



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS
SECRETARIA DE ENSINO A DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SAÚDE**

CAROLINE LOPES MORAIS

**PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
SOLÂNEA - PB.**

CAMPINA GRANDE – PB

2012

CAROLINE LOPES MORAIS

**PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
SOLÂNEA - PB**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Secretária de
Educação a Distância – SEAD da
Universidade Estadual da Paraíba
em cumprimento as exigências
para obtenção do título de
Especialista em Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a Ma. Cinthya Maria Pereira

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

M827p

Morais, Caroline Lopes.

Perfil dos conselheiros de saúde do Município de Solânea-PB [manuscrito]. / Caroline Lopes Moraes. – 2012.

54 f.: il. Color.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, CIPE, 2012.

“Orientação: Prof^a. Ma. Cinthya Maria Pereira de Souza, UEPB”.

1. Saúde pública. 2. Conselho de saúde. 3. Controle Social. 4. Saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

CAROLINE LOPES MORAIS

PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOLÂNEA -
PB

Aprovado em: 26 de Maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Cinthya Maria P. de Souza

Profª. Ma. Cinthya Maria Pereira de Souza
Orientadora – EAD/UEPB

Alessandra Teixeira Ramos

Profª. Drª. Alessandra Teixeira Ramos
Departamento de Farmácia/ UEPB

Alyne da Silva Portela

Profª. Ma. Alyne da Silva Portela
EAD/UEPB

CAMPINA GRANDE/2012

DEDICATÓRIA

Simplesmente a Deus

AGRADECIMENTOS

*A Deus minha força Suprema meu amor maior Ao meu
esposo Alysson pela paciência e motivação Minha mãe
Neves exemplo de garra e coragem Minha orientadora
Cinthya pelo apoio e incentivo A tutora Ivete sempre
tão presente*

Ao Anjo Valéria

*Ao Conselho Municipal de Saúde de Solânea pela participação e
coragem*

A banca por ter aceitado o convite

“O desenvolvimento humano só existirá se a sociedade civil afirmar cinco pontos fundamentais: igualdade, diversidade, participação, solidariedade e liberdade”.

(BETINHO)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos conselheiros de saúde Solânea – PB quanto ao tempo de trabalho como conselheiro	27
Gráfico 2	Criação de ações de saúde pelos conselheiros de saúde Solânea - PB.	29
Gráfico 3	Conhecimento dos conselheiros de saúde Solânea – PB sobre como os recursos financeiros da saúde são aplicados	32
Gráfico 4	Conhecimento dos conselheiros de saúde Solânea – PB sobre quais os bancos e as contas utilizadas para movimentar os recursos financeiros da saúde	33
Gráfico 5	Número de capacitações oferecidas pelo município que os conselheiros de saúde Solânea – PB participaram	35
Gráfico 6	Opinião dos conselheiros de saúde Solânea – PB sobre participar do Conselho de Saúde	38
Gráfico 7	Opinião dos conselheiros de saúde de Solânea – PB sobre o interesse por questões ligadas ao exercício da cidadania	39
Gráfico 8	Opinião dos conselheiros de saúde de Solânea – PB sobre o interesse pelas políticas de saúde	40
Gráfico 9	Opinião dos conselheiros de saúde de Solânea – PB quanto ao funcionamento na prática do controle social	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos conselheiros de saúde Solânea – PB quanto ao gênero, faixa etária.	24
Tabela 2	Distribuição dos conselheiros de saúde de Solânea – PB quanto ao grau de instrução, entidade que representam e à profissão.	23
Tabela 3	Opinião dos conselheiros de saúde Solânea PB sobre sua atribuição	28
Tabela 4	Descrição das ações de saúde realizadas pelos conselheiros de saúde Solânea – PB	31
Tabela 5	Distribuição dos instrumentos de gestão e planejamento que os conselheiros de saúde Solânea – PB têm acesso	34
Tabela 6	Participação dos conselheiros de saúde Solânea – PB em agremiações	36

RESUMO

MORAIS, C. L. **Perfil dos Conselheiros de Saúde do Município de Solânea - PB.** Campina Grande, 2012. Trabalho Acadêmico Orientado. Universidade Estadual da Paraíba. Secretária de Educação a Distância-SEAD.

Os conselhos de saúde foram criados em todas as esferas do governo pela lei 8.142 do ano de 1990, e atualmente, representam muito mais do que o cumprimento de uma exigência da lei, representam o controle social na garantia de melhoria contínua do sistema de saúde. Assim, esta pesquisa tem o objetivo de investigar o conhecimento dos conselheiros de saúde do município de Solânea – PB sobre exercício do controle social. Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Foram pesquisados os 14 conselheiros de saúde do município de Solânea – PB, no período de fevereiro a abril de 2012. Os dados foram obtidos através de um formulário estruturado, e posteriormente, foram representados por meio de gráficos e tabelas, utilizando-se o programa Microsoft® Office Excel 2010. Com relação ao perfil dos conselheiros de Solânea, observou-se que 71% destes são do gênero feminino; 50% estão na faixa etária entre 31 a 40 anos; 50% possuem 2º grau completo; 78,5% têm experiência de 1 a 3 anos como conselheiro de saúde; 64,3 % são representantes dos usuários e 50% consideram suas atribuições: aprovar projetos, fiscalizar recursos da saúde e reivindicar os interesses da população. Entretanto, apesar da experiência, 72% não sabem como os recursos financeiros da saúde são aplicados; 88% não sabem quais os bancos e as contas utilizadas para movimentar os recursos financeiros da saúde e 93% não participaram das capacitações oferecidas pela secretaria de saúde. Por outro lado, observou-se, que 71% dos conselheiros já criaram ações de saúde, 33,4% participam de organizações sociais; 79% consideram importante a participação no conselho de saúde; 71% possuem interesse pelo exercício da cidadania e 64% se interessam por políticas de saúde; mas 43% não conhecem os instrumentos de gestão e planejamento e 72% considera que o controle social poucas vezes funciona na prática. Portanto, o resultado do perfil dos conselheiros de saúde de Solânea – PB demonstra a baixa efetividade para o controle social devido ao pouco conhecimento dos mesmos em assuntos primordiais para o exercício de suas funções, sendo o grande desafio o financiamento da saúde. Uma das soluções propostas são investimentos em capacitações para fortalecer o reconhecimento da democracia para efetivação do controle social.

Descritores: Conselho de Saúde; Controle Social; Saúde.

ABSTRACT

MORAIS, C. L. **Profile of Board of Health of the city of Solânea - PB.** Campina Grande, 2012. Academic Paper oriented. Universidade Estadual da Paraíba. Secretária de Educação a Distância-SEAD.

The health councils were created in all spheres of government by law 8142 of 1990, and currently represent more than the fulfillment of a requirement of law, represent the social control in ensuring continuous improvement of the health system. Thus, this research aims to investigate the knowledge of health counselors in the city of Solânea - PB on exercise of social control. This was a descriptive and exploratory research with a quantitative approach. We examined the 14 councilors of the municipal health Solânea - PB in the period from February to April 2012. Data were obtained through a structured form, and then were represented through graphs and tables, using the Microsoft® Office Excel 2010. Regarding the profile of councilors Solânea, it was observed that 71% are female, 50% are aged between 31 and 40 years, 50% have two high school degree, 78.5% have experience 1-3 years as a health counselor, 64.3% are representatives of users and 50% consider their duties: to approve projects, monitor health resources and reclaim the people's interests. However, despite their experience, 72% do not know how the financial health are applied, 88% do not know which banks and accounts used to move the money from health care and 93% did not participate in training offered by the health department. On the other hand, it was observed that 71% of advisors have created health actions, 33.4% participate in social organizations, 79% consider it important to participate in the board of health, 71% have interest in citizenship and 64% interested in health policy, but 43% did not know the instruments of planning and management and 72% believe that social control rarely works in practice. Therefore, the result of the profile of health counselors to Solânea - PB demonstrates low effectiveness for social control due to poor knowledge of them in matters essential to the performance of their duties, be a great challenge to health financing. One of the proposed solutions is investments in training to strengthen the recognition of democracy for effective social control.

Descriptors: Board of Health, Social Control, Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO ESPECIFICO.....	13
2.2	OBJETIVOS GERIAS.....	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	O SURGIMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	14
3.2	O CONSELHO DE SAÚDE.....	16
3.3	CONTROLE SOCIAL.....	18
4	METODOLOGIA	21
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	21
4.2	POPULAÇÃO.....	21
4.3	CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	21
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	21
4.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	21
4.6	PROCESSAMENTO DE COLETA DE DADOS.....	22
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	22
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
7	REFERÊNCIAS	43
8	ANEXOS	47
8.1	TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	48
9	APÊNDICES	49
9.1	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	50
9.2	APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	54

1 INTRODUÇÃO

O exercício do controle social da saúde é entendido como a participação do usuário no controle e avaliação das políticas e ações voltadas para área da saúde (COELHO, 2004). Assim, todos os cidadãos são responsáveis, tanto de forma individual quanto social, pela efetivação de bons serviços, ações de atendimento e prevenção de doenças. Sabemos que o engajamento popular é difícil, mas a construção de uma sociedade melhor, mais justa e democrática se faz com a participação de todos, por isso o controle social deve ser incentivado e vivido cotidianamente como exemplo de cidadania para a comunidade.

Para auxiliar a sociedade neste exercício do controle social são criados os conselhos de saúde, os quais foram sancionados pela Lei 8.142/90 a qual prevê a formação dos conselhos federal, estaduais, municipais, além de prevê a realização de conferências periódicas, também nesses três níveis (BRASIL, 1990).

Essa mesma lei define que os conselhos de saúde são considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde. Em sua composição deve haver paridade entre o número de usuários, presentes no conselho, e os demais segmentos, ou seja, 50% dos representantes do conselho são usuários 25% profissionais da saúde e 25% prestadores de serviços ao SUS e gestores (BRASIL, 1990).

A competência dos conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções 33/92 e 333/03) que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários. A Resolução 33/92 recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Para estimular o seu efetivo funcionamento, recomenda reuniões pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local. Além disso, a resolução procura fortalecer o caráter propositivo dos conselhos (BRASIL, 1992).

A Resolução 333/03 avança na mesma direção, uma vez que procura fortalecer a representatividade dos conselhos, apresentando, em relação à resolução anterior, uma lista mais ampla de entidades que poderão representar usuários. Determina que os governos devam garantir a autonomia dos conselhos, inclusive através de votação orçamentária própria, e recomenda a articulação com

outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas (BRASIL, 2003).

A Lei 8.142/90 estabelece ainda que é competência dos conselhos de saúde atuar na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Os conselhos de saúde enquanto instituições que devem viabilizar a participação na política de saúde e argumenta que a participação social não depende apenas, do grau de organização e comprometimento dos atores da sociedade civil e do Estado. Mas depende, também, do interesse, e da capacidade desses atores de definirem as condições de legitimidade democrática desses espaços, seja através do estabelecimento de regras e procedimentos para a escolha dos que representarão a sociedade civil nesses espaços, seja através da organização, em seu interior, de processos de discussão e tomada de decisão que conduzam à efetiva participação dos representantes que dispõem de menos conhecimentos técnicos e recursos comunicativos (COELHO, 2004).

Diante da importância e responsabilidade da atuação dos conselheiros de saúde, com poder de influenciar em decisões, planejamento e execução de políticas públicas, este estudo investigou o conhecimento dos conselheiros de saúde do município de Solânea – PB no efetivo exercício do controle social.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar o perfil dos conselheiros de saúde do município de Solânea – PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os conselheiros de saúde quanto ao sexo, idade e tempo de trabalho;
- Identificar a formação profissional dos conselheiros de saúde, bem como a entidade que representam;
- Averiguar o interesse dos conselheiros de saúde quanto ao exercício da cidadania e funcionamento do controle social;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SURGIMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

No Brasil, a questão da participação da sociedade na área da saúde, resultou diretamente das lutas e dos embates pela hegemonia na condução do processo de redemocratização contra a ditadura militar, a partir de finais da década de 70, com o fim do milagre econômico e o agravamento das crises do capitalismo, quando tanto as crises econômico-políticas no cenário nacional e internacional intensificaram os problemas sociais (MOREIRA; ESCOREL, 2006).

É nesse cenário que ressurgem então a organização da população no âmbito do “bairro”, reivindicando melhoria da infraestrutura e maior disponibilidade de bens de consumo coletivos, ocorre uma pluralização dos movimentos sociais abrangendo várias temáticas, como a questão de bairro, de mães, de moradores, de mulheres, acabou por se traduzir ao longo da década (BEM, 2006).

A conjunção deste movimento social com a ação de outros atores sociais presentes nos serviços, na burocracia do Estado, nas universidades e participando de outros “movimentos” no setor saúde, no tema: “saúde – um direito de todos e dever de Estado” (DALLARI et al., 1996).

O grau de participação organizada da sociedade civil nas questões que dizem respeito ao bem-estar e qualidade de vida, como direito humano, mede o nível da consciência social dos direitos e do processo civilizatório os quais abrangem os valores que se desenvolvem simultaneamente na Sociedade e Estado (CONASS, 2011).

Com o processo de democratização e efervescência política e o ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários, criou-se um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças. Foi no período de democratização do país em uma conjuntura de efervescência política, principalmente, na segunda metade da década de 80, que o debate sobre a participação social teve visibilidade, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado (CORREA, 2008).

As demandas populares ou sociais por infraestrutura e por acesso aos serviços de saúde acabam “politizando” os atores sociais, este é considerado um

instrumento da classe dominante e suas instituições como instrumentos de repressão, de agregação e controle dos movimentos sociais levando-os à conquista de direitos e ao desenvolvimento de ações relacionadas à cidadania (DALLARI et al., 1996).

É nesse cenário de redemocratização do país na década 1980, que surge o Movimento Nacional de Reforma Sanitária brasileira, impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a sociedade civil passa a desempenhar seu papel representando uma matriz do pensamento político de esquerda em torno da qual se formou uma ampla coalizão de interesses, materializados fazendo pressões na Assembleia Nacional Constituinte para inserir suas pretensões no texto constitucional o que comina com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde (BATISTA et al., 2010).

O resultado do relatório dessa conferência constitui a referência para garantir na Constituição Federal a saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral, a universalização do atendimento, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação, passando o Estado a ter o dever de prover políticas econômicas e sociais que visem à qualidade de vida da população, além de inscrever a saúde no campo da seguridade social (RIBEIRO, 1997).

A plena regulamentação do SUS demorou pelo menos até 1990 (com a aprovação das Leis 8.080 e 8.142) e sofreu vetos presidenciais importantes em diversos artigos, especialmente no que se refere aos mecanismos de transferência de recursos financeiros (COTTA et al., 2010).

A Constituição de 1988 abre perspectivas para apoiar ações no domínio social, ou ações na esfera pública que possam remeter à “questão social”, tanto por dar tratamento privilegiado aos direitos sociais que ela inscreve, quanto por oferecer instrumentos que possibilitam ao cidadão concretizar as exigências de um Estado de Justiça Social, fundado na dignidade da pessoa humana (BEM, 2006).

A organização social desenhada nesta constituição prevê a participação do povo na gestão pública, seja ou não por via institucional. É a prevalência da vontade do povo (entendido como instância jurídica e reconhecido como instância de poder) sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo, pois democracia implica autogoverno e exige que os próprios governados decidam sobre as diretrizes políticas fundamentais do Estado (DALLARI et al., 1996).

Esta forma de organização prever canais institucionais de participação popular como os inúmeros Conselhos co-gestores de políticas públicas desde o âmbito municipal até o federal. Os Conselhos foram incorporados à Constituição, na suposição de que se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil e formas inovadoras de gestão pública a permitir o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-los (GERSCHMAN, 2004).

Esta participação é regulamentada pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que designa a conferência de saúde “com representação dos vários segmentos sociais”, a reunir-se a cada quatro anos, e o conselho de saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas participantes da gestão do sistema, tem como avaliar e propor diretrizes para a política de saúde (BRASIL, 1990).

Nesta lei é ainda atribuído status público ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), por meio da representação no conselho nacional de saúde, e define-se o caráter paritário destes conselhos (BRASIL, 1990).

Neste sentido, a discussão sobre o processo de criação dos conselhos de saúde no Brasil e sua importância para a participação da sociedade civil na tomada de decisão é elemento primordial no processo de construção da cidadania, sendo ainda importante instrumento de controle social e mecanismo estratégico na garantia do direito à saúde, fundamentado nos princípios da democratização do poder decisório no SUS (MARTINS et al., 2008)

3.2 O CONSELHO DE SAÚDE

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo é um órgão de instância colegiada e tem por finalidade consolidar uma das diretrizes da política do SUS, a participação da comunidade. Atua na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo elementos econômicos e financeiros, ou seja, é a instância que visa a assegurar o controle social da política entendido como o ato de

participar da elaboração e implantação das ações de saúde, assim como fiscalizar as ações e o destino dos recursos financeiros nessa área (BATISTA et al., 2010).

São inegáveis os avanços alcançados com a institucionalização dos Conselhos de Saúde, sem os quais o direito à saúde não poderiam efetivar-se como direito de cidadania. Os Conselhos de Saúde reúnem hoje milhares de usuários, profissionais e gestores na definição de políticas de saúde em suas localidades. Esse “movimento de democratização das relações da sociedade e o Estado” é um acontecimento inédito na história das políticas sociais no país, colocando a saúde como pioneira na luta pela consolidação dos direitos sociais (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais. Muitos desses foram criados apenas formalmente para cumprir o referido requisito legal, se constituindo em mecanismos de legitimação de gestões. São manipulados desde a sua composição, até a sua atuação, reduzida à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos (GOHN, 2002).

Recentemente foram adicionados requisitos que tornam imperativa a existência do Conselho de Saúde, como a obrigação de este examinar e aprovar o Plano de Saúde, o Orçamento e outros instrumentos de gestão. Tais incentivos normativos, junto com a realização periódica de conferências de saúde, têm permitido colocar a implementação do SUS em permanente questionamento e que tem assegurado, o aperfeiçoamento do sistema e a crescente participação cidadã, mesmo ainda, distante do almejado controle social dos usuários sobre as decisões das autoridades setoriais (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

O Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados. Desta forma, constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso com os conflitos contidos no processo de acumulação de capital e, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados na sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde (CORREA, 2008).

O que chama atenção para nesses espaços é a contradição existente nessa forma de participação, que, de um lado, legitima a política do Estado diante da

população e, de outro, significa um canal para as entidades populares disputarem o controle e a destinação da verba pública (PRESOTO; WESTPHAL, 2005).

Os representantes de setores organizados na sociedade civil que compõem um Conselho podem defender os interesses do capital ou do trabalho, em cada proposta apresentada ou aprovada em torno da direção da política de saúde. O segmento que representa as classes subalternas pode interferir para que o fundo público não seja mercantilizado (CORREA, 2008).

Como resultado, atualmente há no país milhares de pessoas envolvidas nos Conselhos de Saúde, com sua composição prevista pela Constituição de 1988, que consiste em representantes do governo, prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos, representantes dos profissionais de saúde e das comunidades usuárias dos serviços de saúde pública (GERSCHMAN, 2004).

Ainda não existe no Brasil uma organização própria dos usuários, as entidades representadas nos Conselhos de Saúde são de natureza diversa, destacando-se as associações de portadores de patologias e deficiências e as associações de moradores de bairros e de favelas. Em muitos destes se fazem representar os sindicatos de trabalhadores urbanos ou rurais, agregações como as das mulheres e os “clubes de serviço” como o Rotary Clube. Por outro lado, apesar de sua importância central, a medicina empresarial privada, da qual o SUS compra serviços, tem discreta presença (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Nos Conselhos existem conflitos que se expressam na presença de diferentes interesses de classes que cada conselheiro representa, para dar o rumo das políticas públicas. Não são espaços imparciais, nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas portadoras de interesses divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses das classes dominantes ou das classes subordinadas. Isso quer dizer que o controle social é uma possibilidade neste espaço, a depender da correlação de forças existente no conjunto da sociedade civil (CORREA, 2008).

3.3 O CONTROLE SOCIAL

Definir participação não é tarefa fácil por se tratar de uma ação com diferentes interpretações. De acordo com a época e a conjuntura histórica, ela aparece

associada a vários termos como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, entre outros. (PRESOTO; WESTPHAL2005).

No setor saúde, a "Participação da Comunidade" no concernente ao Estado passa a ser um dos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde SUS, constituindo para sua concretização novos canais criados pela Constituição – conselhos e conferências (BATISTA et al.,2010).

A Carta Magna incorporou dispositivos que contemplam a participação direta e indireta do povo nas decisões de governo mediante o referendo, movimentos de iniciativa popular e integração da sociedade civil organizada a instâncias de elaboração das políticas sociais (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

A participação da sociedade civil organizada em conselhos permite o exercício do controle social sobre as políticas governamentais, a formulação e proposição de diretrizes, o estabelecimento de meios e prioridades de atuação voltadas para o atendimento das necessidades e interesses dos diversos segmentos sociais, a avaliação das ações e a negociação do direcionamento dos recursos financeiros existentes (PRESOTO; WESTPHAL, 2005).

O papel da participação social seria tornar o processo de formulação e gestão das políticas públicas mais permeáveis às reais demandas da população e também, mais transparentes e abertas ao controle social. Essa contribuição seria decisiva para aproximar essas políticas das reais necessidades da população e contornar problemas de falta de qualidade e iniquidade (COELHO, 2004).

A presença popular é direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública. É desprivatizar interesses. É dominar as condições, os instrumentos, para serem de fato protagonistas, sujeitos da ação, e não meros complementos. A representatividade deve ter a capacidade de se contrapor, influir ou assumir efetivamente seu poder de alterar, essa alteridade deve ter poder de fazer alteração, entendida desde barulho até mudanças (SPOSATI; LOBO 1992).

De acordo com os mesmo autores o controle social é ainda a possibilidade de romper com o caráter privatista, de favorecimento a alguns. É um exercício de trazer as questões e as decisões para mais interlocutores, para cenas explícitas de negociação. Assim, o controle social, mais do que fiscalização, pode constituir espaço de negociação.

A sociedade atuando nos Conselhos teria a possibilidade de contribuir para a definição de um plano de gestão das políticas setoriais, conferindo maior

transparência às alocações e favorecendo a responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração pública (GERSCHMAN, 2004).

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 dos quais são beneficiados, através de um pensamento reflexivo e crítico sobre a realidade (CARVALHO, 2004).

O controle social é, na história de democratização das políticas de saúde, um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, quer pela denunciadas "ausências e omissões" dos serviços instalados, quer pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde (SPOSATI; LOBO 1992).

Segundo Correa (2008) o controle social do sistema é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e como via imprescindível para a sua democratização.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

De acordo com os objetivos definidos nesse estudo, o tema foi desenvolvido através de uma investigação de natureza exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conforme a lei nº 06/2010 do município de Solânea – PB existem 12 conselheiros de saúde e 02 suplentes. Todos estes membros foram convidados a participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide ANEXO). Portanto, este estudo contou com 14 participantes.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa todos os conselheiros de saúde do município de Solânea – PB que aceitarão participar do estudo.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário (Apêndice A), previamente elaborado pelos autores da pesquisa, o qual foi constituído das seguintes partes: na primeira parte, constou a caracterização dos conselheiros de saúde e na segunda parte, as questões norteadoras sobre o conhecimento dos conselheiros de saúde elaboradas a partir do manual de orientações para conselheiros de saúde (2010).

4.5 PRECEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com a utilização dos questionários impressos os quais foram aplicados individualmente na secretaria municipal de saúde Solânea – PB entre os conselheiros de saúde que se disponibilizaram a participar da

pesquisa, mediante assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (vide ANEXO).

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Ao final da coleta de dados, estes foram submetidos a tratamento estatístico, sendo expostos de maneira descritiva em percentuais simples. Para análise dos dados, obtidos através da técnica da observação direta e intensiva dos formulários, foi utilizado o Microsoft Office Excel 2010, a fim de apresentar os resultados em figuras e tabelas, considerando-se os valores relativos e absolutos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa esteve de acordo com a resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada como todos os direitos sobre os princípios éticos como: beneficência, respeito e justiça (BRASIL, 1996).

Sendo assim, os participantes da pesquisa expediram concordância documentada de autorização da pesquisa. Foi preservada a identidade dos sujeitos envolvidos e a pesquisa não terá nem um fim lucrativo para nenhum participante, e ele poderá desistir em qualquer momento da pesquisa. Como também, os pesquisadores assumirão o compromisso de cumprir as normas da Bioética (vide ANEXO).

Em conformidade com as determinações da Resolução 196/96, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB sob o protocolo nº0062.0.133.000-12.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre os 14 conselheiros de saúde abordados neste estudo, observou-se que, aproximadamente, 71% são do gênero feminino, 50% estão na faixa etária entre 31 e 40 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos conselheiros de saúde Solânea – PB quanto ao gênero, faixa etária.

Gênero	N	%
Masculino	04	29
Feminino	10	71
Total	14	100%
Faixa Etária	N	%
18 a 30 anos	02	14
31 a 40 anos	07	50
41 a 50 anos	04	29
51 a 60 anos	01	7
Total	14	100%

Resultados diferentes foram encontrados por Gerschman (2004) em sua pesquisa intitulada: Conselhos Municipais de Saúde; atuação e representação das comunidades populares, uma vez que a 70% dos conselheiros entrevistados é do gênero masculino, possui idade superior a 46 anos. Também foram achados resultados diferentes na pesquisa de Cotta, Cazal e Martins (2010), uma vez que dos 34 conselheiros de saúde entrevistados, dezenove (60%) eram do sexo masculino, com média de idade de 46,8 anos, variando de 22 a 69 anos.

A semelhança quanto ao gênero é encontrada no estudo de Carvalho (2010), onde, 73% (N=14), eram do sexo feminino, havendo um elevado número de conselheiros na faixa etária superior a 50 anos de idade (~50%).

De acordo com a Tabela 2, apenas quatro conselheiros (29%) possuem terceiro grau completo, deste total, dois conselheiros são representantes dos gestores, um é representante dos prestadores de serviços e um é representante dos

usuários. Sendo que todos os representantes dos gestores são profissionais da área de saúde (odontólogo e enfermeiro).

Tabela 2: Distribuição dos conselheiros de saúde de Solânea – PB quanto ao grau de instrução, entidade que representam e à profissão.

Grau de Instrução	N	%	
Ensino fundamental incompleto	01	7	
Ensino fundamental completo	01	7	
Ensino médio (2º grau) completo	07	50	
Superior incompleto	01	7	
Superior completo	04	29	
Total	14	100%	
Entidade que Representam	N	%	Profissão
Representante dos gestores Odontólogo.	02	14	Enfermeiro;
Representante dos prestadores de serviço	01	7	Professor.
Representante dos trabalhadores de saúde	02	14	Agente Comunitário de Saúde (2).
Representante dos usuários de saúde	09	65	Agricultor (3); Agente Comunitário de Saúde(4); Aux. de enfermagem(1); Professor (1).
Total	14	100%	

Esses resultados corroboram com os de Wendhausen e Caponi (2002) no qual dentre os 30 conselheiros pesquisados, aqueles que possuem o terceiro grau completo, em sua maioria, tem a profissão ligada à área da saúde – são médicos (4), enfermeiros (2), farmacêutico (1) e engenheiro sanitário (1). No segmento dos usuários, a maioria possui o primeiro grau incompleto e apenas um possui terceiro grau, somente dois são da área da saúde.

Devido à predominância da representação de setores com maior capacidade de organização, há uma tendência de a participação nos conselhos se elitizar, esta tendência revela-se, em primeira instância, no fato de o grau de instrução dos

conselheiros ser, geralmente, mais alto do que o da média dos usuários do SUS (STRALEN et al., 2006).

De acordo com dados de Moreira e Escorel (2006) o Conselho Municipal de Saúde de Solânea, criado em 1993, contava com 12 conselheiros titulares, dos quais (6) representam o segmento de usuários; (2) o de gestores; (2) o de trabalhadores de saúde; e (2) o dos prestadores de serviços.

Esta pesquisa abordou além dos 12 conselheiros titulares, os 2 suplentes, os quais são representante dos usuários de saúde. Percebe-se que ao confrontar os dados atuais com os de Moreira e Escorel (2006) existem diferenças por ter apenas (1) representante dos prestadores de serviço, gerando assim uma sub-representação desta entidade (Tabela 2).

Em contrapartida, deve ser considerada a grande representatividade dos usuários (65%). Conforme Cortes (2002), as organizações que representam os interesses dos usuários cada vez mais têm renovado esforços para aumentar sua influência nos Conselhos de Saúde.

De acordo com a Resolução n°. 333/03 do SUS, o Conselho Municipal deve ser constituído de 50% de representantes gestores, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde; os outros 50% são representantes da população usuária dos serviços da rede SUS, os quais se originam de várias regiões do município.

Percebe-se que o conselho de saúde de Solânea – PB não obedece à resolução citada, uma vez que (7) conselheiros são representante dos usuários, 58% e (5) são representantes gestores, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde, ou seja, apenas 42%, significando que a composição total do conselho em estudo não obedece ao critério de paridade da Lei 8.142/90.

A limitação que os conselheiros apresentaram na sua atuação junto ao conselho mostra que a institucionalização da participação não garante a sua efetivação. Essa situação pode voltar-se contra a democracia, tornando o conselho um instrumento popular que apenas legitima as decisões governamentais (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

Avritzer (2009) encontrou no conselho municipal de saúde de Ilhéus, na Bahia, a mesma situação, a ausência de uma representação paritária, descumprindo, assim, a própria regra institucional e reforçando os desequilíbrios no processo deliberativo no interior dessa instituição.

A presença da paridade entre os membros do conselho de saúde é eficaz para ações como: efetividade democrática, através da participação de seus atores sociais, os quais podem gerar decisões relacionadas a novas políticas públicas que ampliem o acesso a serviços públicos de saúde. Nesse caso, a participação consiste na deliberação sobre o conteúdo de uma política pública ou no controle sobre o atendimento prestado na área da saúde (AVRITZER, 2009).

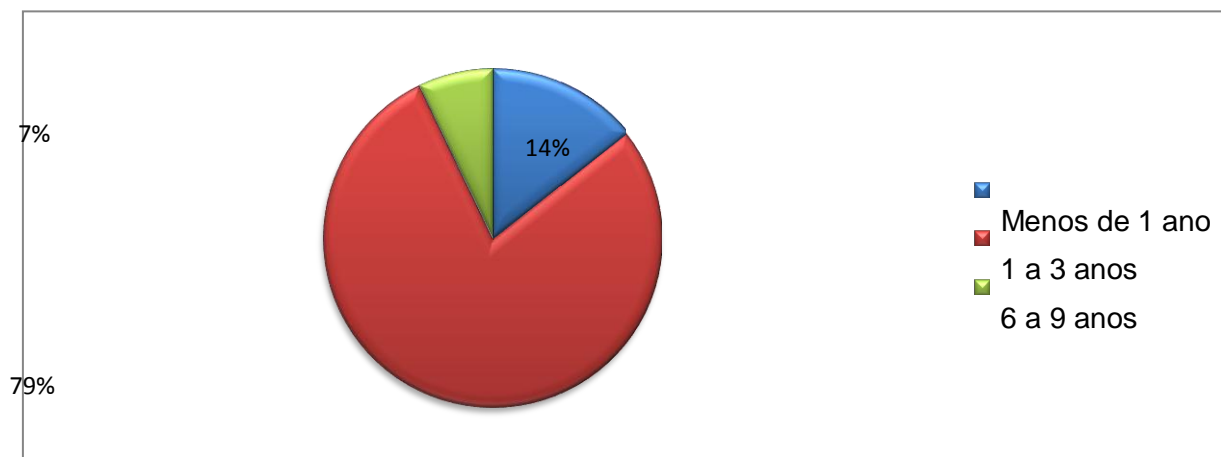
Em consonância com a realidade estudada, se faz imprescindível questionar a efetividade de atuação e representatividade dos interesses dos diversos segmentos sociais no conselho de saúde. Lembrando que, dentre as competências do poder executivo no processo de criação e reformulação dos conselhos, respeitando-se os princípios da democracia, este deve garantir condições para a participação efetiva de todos os segmentos sociais na avaliação e controle das políticas de saúde. Assim, fica difícil pensar que a verdadeira participação possa ocorrer diante do não cumprimento legal da forma de composição do conselho de saúde, fortalecendo algumas categorias em detrimento de outras (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Quando, por motivos diversos, o equilíbrio do pluralismo começa a perder força e algum segmento predomina sobre os demais, sejam usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços ou o próprio governo, o Conselho se enfraquece (SANTOS, 2010).

Segundo Martins et al. (2008) uns dos problemas mais frequentes e difíceis de serem solucionados na prática estão relacionados a composição, representação e representatividade do conselho, com frequência, a composição do conselho não respeita os princípios da paridade, o que têm demonstrado que apenas a existência formal dos espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade.

Quanto ao tempo de trabalho como conselheiro percebe-se que 79% possuem de 1 a 3 anos como conselheiros (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos conselheiros de saúde Solânea – PB quanto ao tempo de trabalho como conselheiro



Estes dados podem estar relacionados com o que expõe Cohn (2003) o qual observou que a baixa rotatividade deve provavelmente ser atribuída a uma insuficiência do exercício democrático. Entretanto, parece plausível que isso se deva também ao fato de que diversas entidades não desenvolvem disputas pelo cargo de conselheiro de saúde. A ausência de disputas e a continuidade dos mesmos representantes poderão contribuir para o distanciamento entre representantes e representados.

Para os conselheiros pesquisados suas principais atribuições são: fiscalizar recursos da saúde 25%, aprovar projetos 22% e reivindicar os interesses da população 12%, percebe-se distorções entre aqueles que responderam ser sua atribuição suplente e presidente (Tabela 3).

Tabela 3 - Opinião dos conselheiros de saúde Solânea - PB sobre sua atribuição

Atribuição do Conselheiro de Saúde	N*	%
Aprovar projetos	06	22
Fiscalizar recursos da saúde	07	25
Deliberar	01	3
Consultar	01	3
Investigar	01	3
Elaborar projetos	01	3
Lutar pelos interesses da população	01	3
Acompanhar plano de gestão	01	3
Avaliar recursos gastos	01	3
Reivindicar os interesses da população	03	12
Observar a ação da saúde	01	3
Participar das reuniões	01	3
Desaprovar projetos	01	3
Ser presidente	01	3
Ser suplente	01	3
Total	28	100

* **Múltiplas respostas**

Westphal e Presoto (2005) constataram semelhanças em sua pesquisa, pois os conselheiros de saúde entendem ser função do conselho a de fiscalizar, e não se sentem comprometidos com as soluções, atribuindo esta responsabilidade ao governo local. As respostas exemplificam o distanciamento da maioria dos conselheiros entrevistados da sua função entendida como exercício de cidadania.

Os mesmos autores relatam ainda que embora as funções estejam explicitadas em lei e confirmadas nos regimentos, na prática, percebe-se que os papéis consultivo, deliberativo e fiscalizador se confundem no entendimento de seus conselheiros. Porém, a única função cumprida, segundo os entrevistados de sua pesquisa, é a fiscalizadora.

Estudos realizados por Santos (2010) com os conselheiros de saúde do município de Ingazeira – PE quando perguntados sobre suas atribuições observou-se que a maioria dos entrevistados 44% relataram também que o conselho deve fiscalizar.

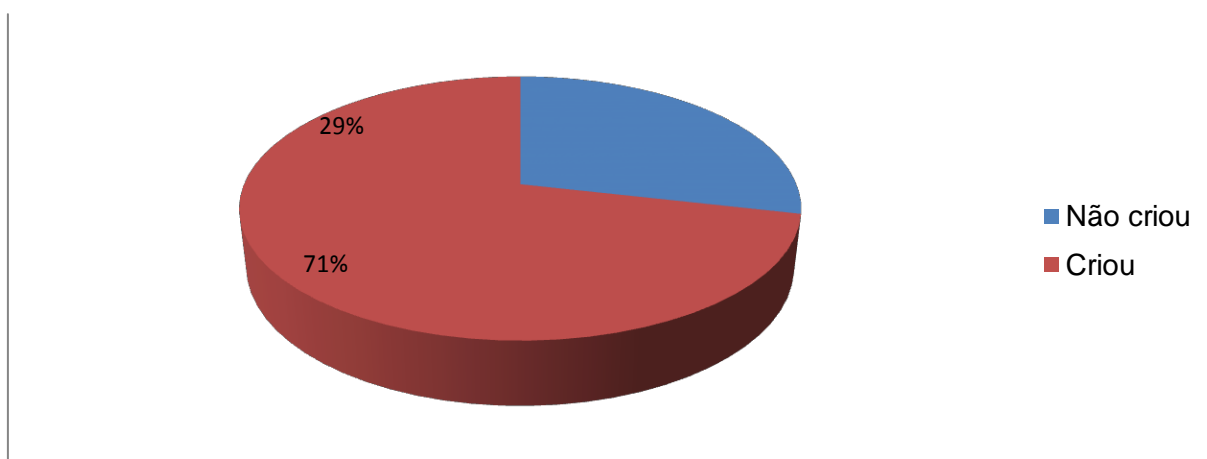
A função fiscalizar igualmente foi uma das atribuições mais citada pelos conselheiros de Olinda – PE 41% (CARVALHO, 2010).

A falta de conhecimento sobre a atuação dos conselhos não é detectada apenas entre os usuários do SUS. Nota-se que os próprios gestores e membros dos conselhos apresentam um conhecimento insatisfatório sobre o papel e a importância do mesmo (MARTINS et al., 2008).

Isto se explica, talvez, pelo fato dos movimentos sociais terem começado com caráter reivindicador, fiscalizador e pouco propositivo, embora esse direcionamento tenha mudado nas últimas décadas (WESTPHA; PRESOTO, 2005).

No que diz respeito à criação de ações de saúde, observou-se que 29% dos conselheiros pesquisados nunca criaram ações de saúde, sendo que apenas um deles justificou esta não participação, alegando que todos os projetos aprovados no conselho já vêm prontos (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Criação de ações de saúde pelos conselheiros de saúde Solânea-PB.



Calderon (2000) reforça que cabe aos conselhos participar da formulação de políticas públicas, da definição dos objetivos e prioridades do governo municipal, da estruturação de meios para atingi-los, do controle e avaliação do processo. Pelo que foi demonstrado até agora e mesmo pelo que tem sido comprovado por pesquisas, os conselheiros não conhecem suas funções definidas pela legislação e por isso as competências estabelecidas nos regimentos não têm se efetivado na prática.

Compreender-se então que o grande impasse dos conselhos é justamente quando desconhece sua dupla missão de ajudar a fazer e aprovar o plano municipal

de saúde, assim como acompanhar e controlar econômica e financeiramente este plano, objeto principal do controle social (SANTOS, 2010).

Portanto, cabe ressaltar que cada conselheiro atua para representar uma parte da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e sugestões da sua comunidade para as políticas de saúde. Assim, é indispensável que o conselheiro de saúde compreenda que, antes de qualquer coisa, ao exercer seu papel, ele está exercendo sua cidadania. Ele pode e deve exigir que os seus direitos e os de todos da sua comunidade sejam respeitados, dessa forma, o conselheiro luta para melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

Neste sentido, a Resolução 333/2003 para fortalecer o controle social no SUS, entre diversas normas, retrata as atribuições e competências para os conselhos de saúde.

Dentre as ações de saúde criadas pelos conselheiros, as mais citadas foram as reivindicações (50%), as aprovações de projetos (20%) e a falta de humanização dos profissionais (20%) (Tabela 4).

Tabela 4– Descrição das ações de saúde realizadas pelos conselheiros de saúde Solânea – PB

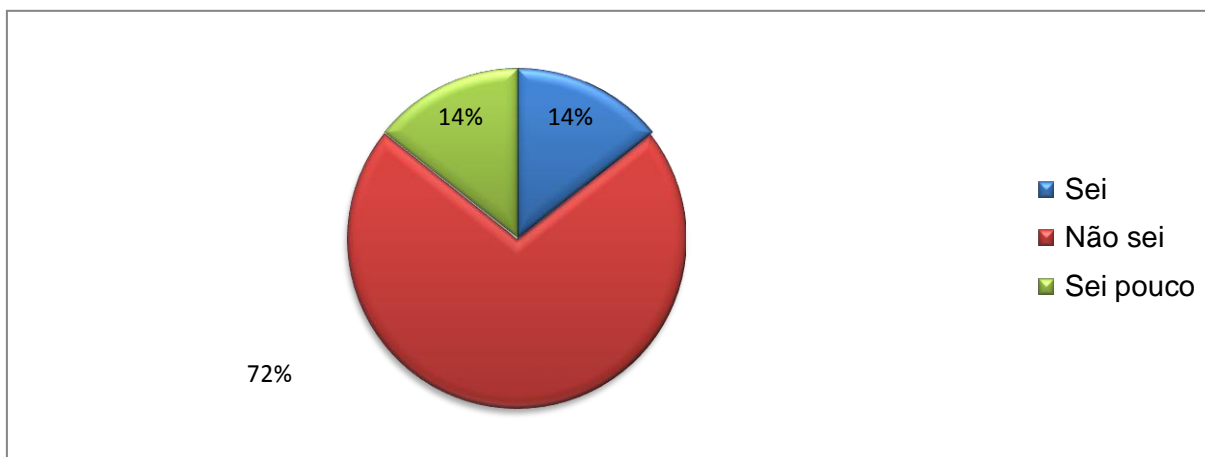
Ação de Saúde Criada	N	%
Reivindicações da falta de profissionais, falta de medicação e falta de ação da secretária, falta de assistência, falta de estrutura física dos Programas Saúde da Família.	05	50
Questionamentos sobre tratamento, encaminhamento de paciente com tuberculose.	01	10
Aprovação de projetos do governo.	02	20
Falta de humanização dos profissionais.	02	20
Estruturação física e inclusão digital do conselho de saúde (criação de e-mail e ingresso em redes sociais).	01	10
Total	10	100

Dallari et al. (1996) entrevistaram 30 conselheiros de saúde e um dos aspectos positivos observado foi a interpretação de questões pertinentes na linha da “advocacia em saúde”, que representa uma nova instância de apoio e assessoria aos “movimentos sociais” que buscam a melhoria do atendimento e da saúde coletiva da população brasileira, tendo como base a participação local por meio de reivindicações.

A falta de preparo técnico e de conhecimento do papel dos conselheiros estudados por Craco e Almeida (2004) é evidenciada pela comunicação entre os conselheiros, através do uso de termos como “conversa de surdos e cegos”, “monólogo” e “linguagem codificada”, o que dificulta as iniciativas de tomar decisões para coletividade.

Outro fator limitante para os conselheiros da pesquisa é a falta de conhecimento sobre como os recursos financeiros são aplicados, já que 72% desconhecem este aspecto como demonstra o Gráfico 3

Gráfico 3 - Conhecimento dos conselheiros de saúde Solânea – PB sobre como os recursos financeiros da saúde são aplicados



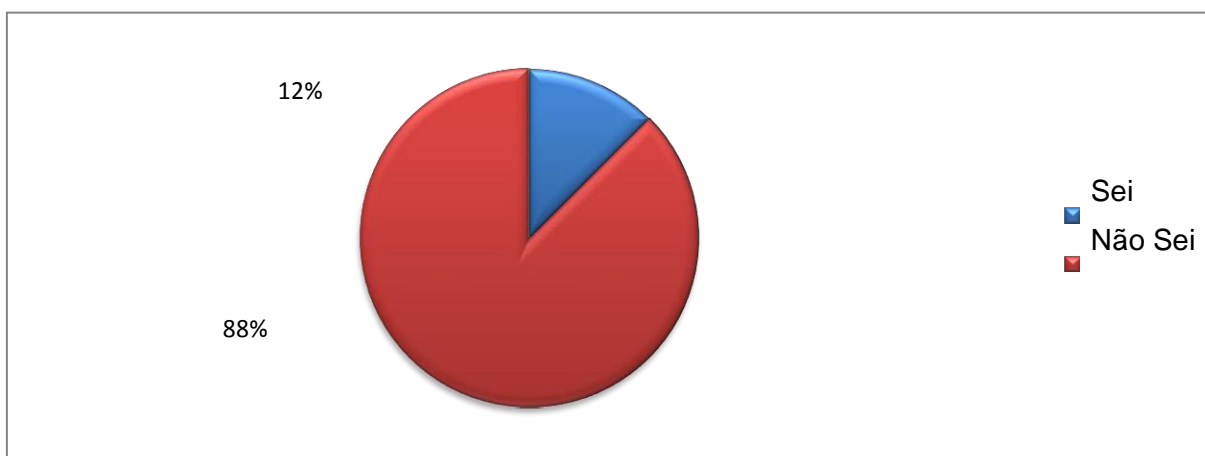
Estudos realizados por Cotta et al. (2010) com os conselheiros de saúde de Viçosa - MG apontam a falta de acesso aos dados orçamentários e prestação de contas do governo municipal como um dos principais pontos negativos que dificultam o funcionamento do conselho.

Existe uma complexidade dos assuntos discutidos, em particular os financeiros, sobre os quais as pessoas leigas não têm conhecimento (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

O artigo de Craco e Almeida (2004) aponta a ação de vigilância sobre o gasto público como um avanço, uma vez que, a prestação de contas feita pelo gestor da esfera do governo correspondente, deve fazer parte da pauta de reunião de Conselho, o qual deverá apresentar um relatório detalhado, contendo o andamento da agenda de saúde pactuada, o relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria e contratada e conveniada, entre outros.

De acordo com o Gráfico 4, observamos que 88% dos conselheiros de Solânea não sabem informar quais os bancos e as contas utilizadas para movimentar os recursos financeiros da saúde.

Gráfico 4 - Conhecimento dos conselheiros de saúde Solânea – PB sobre quais os bancos e as contas utilizadas para movimentar os recursos financeiros da saúde



A Lei nº 8.080/90 artigo 33 determina que os recursos financeiros do SUS sejam depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde; e que na esfera federal os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, sejam administrados pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde.

O repasse de recursos para financiar as ações da Atenção Básica deve ser feito por meio do Banco do Brasil. Já os recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para as ações relacionadas aos demais blocos de financiamento podem ser creditados e movimentados em instituições conveniadas com Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Pela legislação atual cada área do Sistema Único de Saúde deve ter uma conta específica que deve ser gerenciada pela Secretária de Saúde e fiscalizada pelos conselhos de saúde e o dinheiro depositado nessas contas específicas deve ser utilizado apenas para a finalidade para a qual aquela conta foi criada, além disso, o conselheiro pode solicitar aos gestores a relação de contas bancárias utilizadas na movimentação dos recursos por parte da prefeitura (BRASIL, 2010).

Na Tabela 5 é possível visualizar os instrumentos de gestão e planejamento que os conselheiros de Solânea têm acesso. Ressaltando que apenas 19% (N=4) destes conselheiros participam da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e do Relatório de gestão.

Tabela 5 - Distribuição dos instrumentos de gestão e planejamento que os conselheiros de saúde Solânea – PB têm acesso.

Instrumentos de gestão e planejamento	N	%
Relatório de gestão	04	19
Plano Municipal de Saúde	04	19
Licitações	01	4,7
Termo de compromisso de gestão	03	14,3
Nenhum instrumento	09	43
Total	21	100

* **Múltiplas respostas**

O conselho municipal de saúde deve discutir e aprovar o plano municipal de saúde (PMS), o relatório de gestão anual (RAG), as prestações de contas e ainda discutir e apreciar diretrizes para as políticas, programas e ações que serão implantadas no município. Para exigir eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde nos municípios deve ser co-autor da principal ferramenta que detém, que é o plano de saúde, além de acompanhá-lo, avaliando, monitorando-o constantemente (SANTOS, 2010).

Estudos realizados por Cotta et al. (2010) demonstra que a falta de participação do conselho na elaboração do PMS é apresentada como uma dificuldade para os conselheiros de saúde do município de Viçosa – MG.

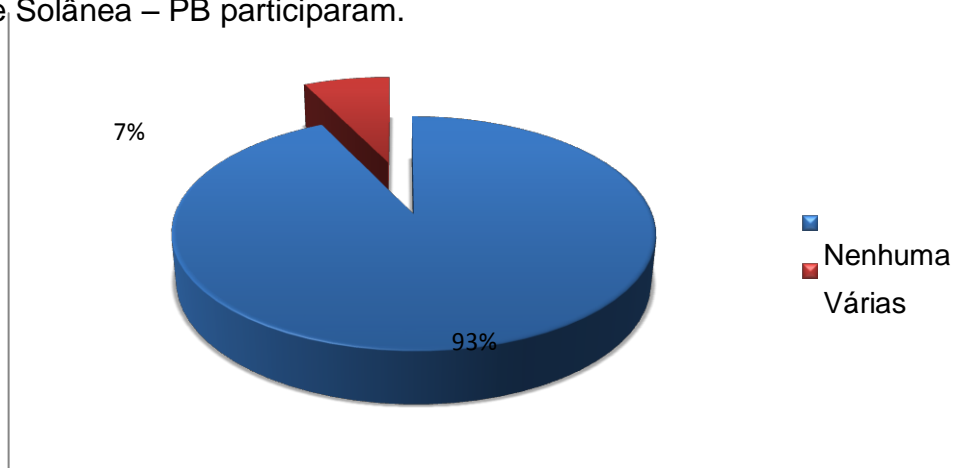
Mottin (1999) encontrou em seu estudo que a maioria das referências feitas pelos Secretários de Saúde entrevistados sugeriu situação de baixa participação do conselho municipal de saúde, meramente formal, com justificativas que recaíram principalmente na questão do tempo reduzido para o preparo do PMS e a precária e passiva participação dos conselheiros em seu município.

Por outro lado, na pesquisa realizada por Santos (2010) 100% dos conselheiros do município de Ingazeira – PE participaram da concepção do PMS, um instrumento que determina as diretrizes da administração pública na rede da atenção básica a saúde do município, sendo necessário que os conselheiros participem desta construção.

Segundo Tribunal de Contas da União ao analisar o Relatório de Gestão, o conselho de saúde deve verificar se os objetivos previstos no Plano de Saúde foram alcançados e avaliar se as ações de saúde desenvolvidas pela Secretária de Saúde estão beneficiando os cidadãos e melhorando a saúde da população, outro ponto é analisar se os recursos gastos na execução das ações de saúde foram bem aplicados (BRASIL, 2010).

De acordo com o Gráfico 5, concluímos que 93% dos pesquisados relatam não ter participado de nenhuma capacitação profissional oferecida pelo município de Solânea.

Gráfico 5 - Número de capacitações oferecidas pelo município que os conselheiros de saúde Solânea – PB participaram.



O que demonstra um distanciamento com os estudos realizados por Labra e Figueiredo (2002) as quais afirmam que assunto como os financeiros tem levado a diversas iniciativas de capacitação de conselheiros que, junto com uma espécie de “profissionalização” dos representantes dos usuários, tem permitido que adquiram alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde.

A capacitação técnica, institucional e política foi um dos itens citados por Filho (2007) como elementos básicos para que um conselho de saúde cumpra com sua função legítima de controle social.

As estratégias de capacitação dos conselheiros possuem o intuito de fortalecer a dinâmica interna dos conselhos de saúde e sua relação com a sociedade fortalecendo a implantação do controle social (MARTINS et al., 2008).

Cotta et al. (2010) aborda a capacitação permanente dos conselheiros de saúde como um desafio a ser trabalhado, para que estes possam intervir efetivamente no fortalecimento do controle social, de forma coerente com os princípios e diretrizes do SUS, melhorando os serviços e a vida dos cidadãos.

Desta forma, a capacitação dos conselheiros de saúde aparece como uma possibilidade de superação das dificuldades, transformando esses atores sociais em protagonistas na construção de um sistema de saúde universal e equitativo.

Segundo a X Conferência Nacional de Saúde, conforme as proposições destacadas de seu relatório: os conselhos devem dispor de dotação orçamentária própria; dispor de espaço físico permanente e de órgãos de assessoramento técnico e dispor de programas de educação continuada para os conselheiros (BRASIL, 1996).

Conforme a Tabela 6 percebe-se que 33,4% dos conselheiros pesquisados participam de outras organizações sociais como: associação de agricultores, pastoral da criança, associação dos agentes comunitários de saúde, sindicato rural, ONG entre outras; e que 72% participam em mais de uma organização.

Tabela 6 - Participação dos conselheiros de saúde Solânea – PB em agremiações

Agremiações	N*	%
Partido político	05	16,6
Cultos religiosos	08	26,6
Atividades culturais	06	20,0
Esportes	01	3,4
Outras organizações sociais	10	33,4
Total	30	100

* **Múltiplas respostas**

Os dados da Tabela 6 demonstram muita similaridade com os estudos realizados por Labra e Figueiredo (2002), os quais apresentam a participação dos conselheiros em agremiações: partido político – 55%; cultos religiosos – 50%; atividades culturais – 35%; esportes – 18%; outras organizações sociais – 58%. Participação em mais de uma organização – 73%.

Essas informações mostram que os entrevistados são bastante atuantes. A grande maioria participa em mais de uma organização e desenvolve atividades variadas. Além disso, contrariamente à apatia política esperada, a metade dos conselheiros nos estudos de Labra e Figueiredo (2002) expressou aderir a um partido político, o mesmo não aconteceu com esta pesquisa uma vez que a apatia política esperada foi confirmada, ou seja, apenas 16,6% dos conselheiros desta pesquisa relataram aderir a um partido político.

Por outro lado, ainda na pesquisa de Labra e Figueiredo (2002) a influência da Igreja Católica e das igrejas evangélicas e pentecostais, é uma opção que se equipara à atividade partidária, entretanto nesta pesquisa a participação em cultos religiosos ultrapassa em 10% à atividade partidária, já que 26,6% dos conselheiros expressaram esta opção, contra apenas 16,6% expressou filiação partidária.

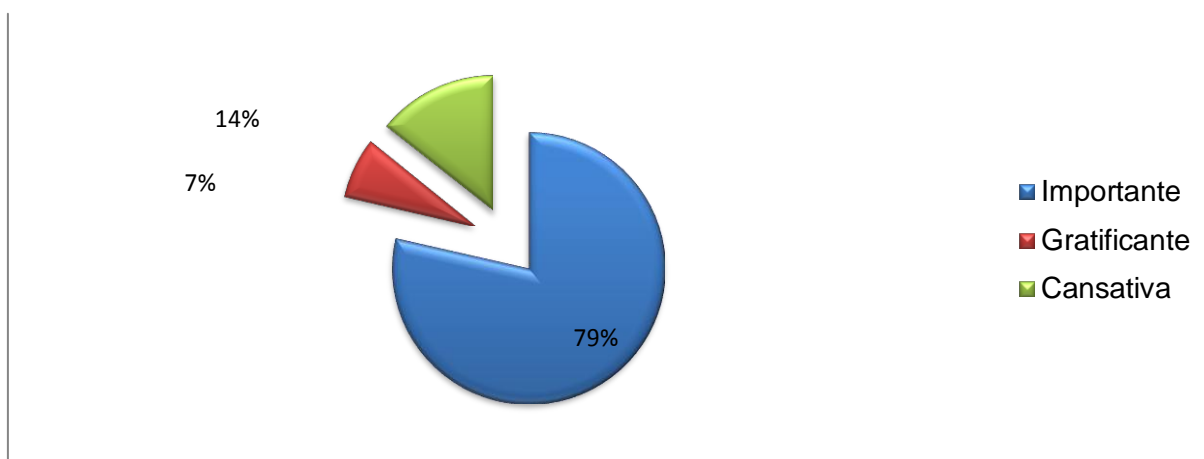
A participação política é um dado especialmente relevante e tem sido levado em consideração em estudos de cultura política (FUKS; PERISSINOTTO; 2006). O pertencimento a associações da sociedade civil e a filiação partidária certamente estão associados à presença de certa motivação para a ação política além das habilidades políticas específicas adquiridas nessas experiências, constituindo-se, portanto, como um importante indicador da presença dessa condição subjetiva.

Dos representantes dos usuários 33,3% dos representantes dos usuários possuem filiação partidária, ou seja, (3) conselheiros, as outras filiações partidárias está distribuída (1) sendo representante dos gestores e (1) representante dos trabalhadores da saúde.

Dados distintos foram encontrados por Fuks (2005) o representante dos usuários em Curitiba superam, de longe, os demais segmentos quando se trata da filiação partidária. Apenas 14,3% dos usuários não são filiados a nenhum partido, em comparação com os 71,4% dos trabalhadores e com os 50% dos prestadores e dos gestores.

Quanto à valorização da participação no Conselho Municipal de Saúde, observamos no Gráfico 6, que 79% expressam ser importante, 14% consideram cansativa e apenas 7% acredita ser gratificante.

Gráfico 6 - Opinião dos conselheiros de saúde Solânea – PB sobre participar do Conselho de Saúde



Estudos realizados por Coelho (2004) informam que a maioria dos conselheiros entrevistados descreve sua participação como sendo gratificante seja porque é franqueada a pessoas que, como eles, têm pouca instrução, seja porque lhes abre acesso a novas informações, seja, ainda, porque o conselho é percebido como um espaço amigável, diferente das pastorais e comprometido com a melhora do Sistema Único de Saúde.

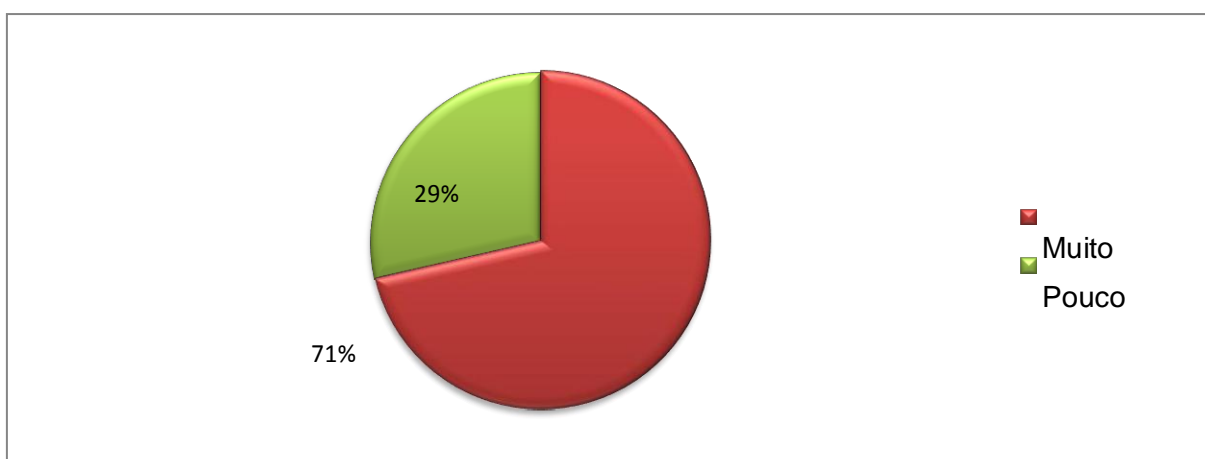
Dados semelhantes ao que demonstra o gráfico 6 foram encontrados por Labra e Figueiredo (2002), em que a participação no CS é considerada importante

para 94%; produtiva para 78%; motivadora ou gratificante para 74% e cansativa (“chata”) para 17% dos conselheiros entrevistados.

Tais respostas atestam o grande significado que tem para esses conselheiros na participação no conselho municipal de saúde. De fato, fazer parte da administração local através desse colegiado tem se constituído em um compromisso muito valorizado, que é levado a sério. Ademais, coloca o cidadão em uma posição de status social diferenciado frente a sua comunidade. De qualquer forma, para um grupo de conselheiros a participação nas reuniões é “chata”, talvez devido à escassa familiaridade com os assuntos tratados (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

O Gráfico 7 expressa que 71% dos conselheiros municipais de Solânea possuem muito interesse por questões ligadas ao exercício da cidadania, esse dado demonstra um fator positivo é que a maioria acha importante participar do conselho, possuem muito interesse por questões ligadas a cidadania, além de muito interesse por políticas de saúde – Gráfico 8, o que têm levado a se sentirem mais cidadãos, mais pertencentes à comunidade e mais responsáveis perante ela pela qualidade do atendimento à saúde.

Gráfico 7 - Opinião dos conselheiros de saúde de Solânea – PB sobre o interesse por questões ligadas ao exercício da cidadania



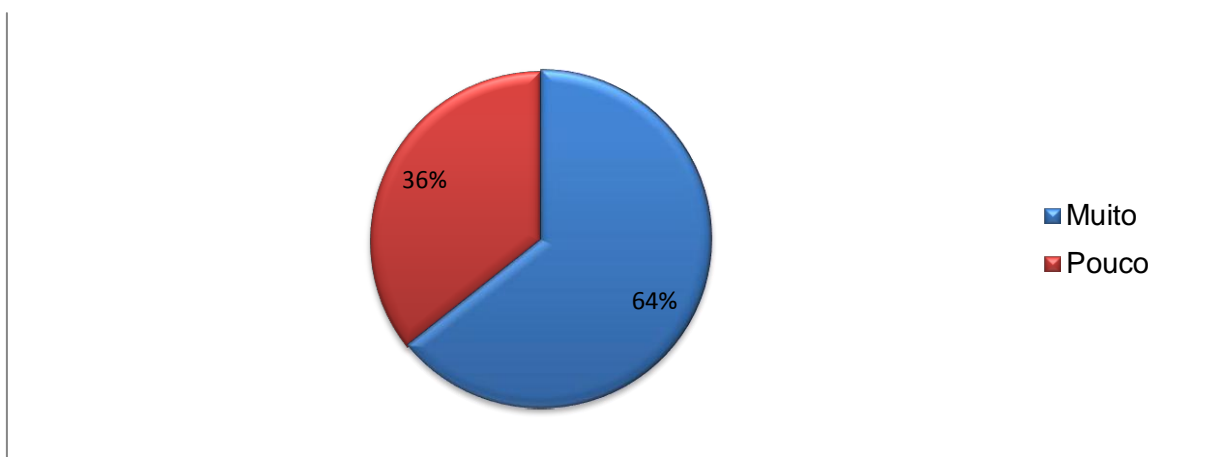
Em estudos realizados por Labra e Figueiredo (2002) o conselho de saúde contribuiu para despertar interesse por questões ligadas ao exercício da cidadania: muito – 75%; pouco ou nada – 22%.

Os mesmo autores relatam que estes dados afirmam a contribuição positiva do conselho de saúde o que de certa forma obriga os conselheiros a se manterem

mais bem informados sobre o funcionamento das instituições públicas, despertando um interesse maior por questões cívicas. Não obstante, para quase um terço dos entrevistados a participação teve efeito praticamente nulo, resultado semelhantes também foram encontrados na atual pesquisa.

Quanto à indagação até que ponto os conselheiros de Solânea passaram a se informar melhor sobre as temáticas da saúde, ou seja, se a participação no Conselho contribuiu para despertar o interesse pelas políticas de saúde, 64% dos conselheiros afirmam que aumentou muito o seu interesse por estas políticas e apenas 36% relatam ter pouca influência de acordo com o que demonstra o Gráfico 8.

Gráfico 8 - Opinião dos conselheiros de saúde de Solânea – PB sobre o interesse pelas políticas de saúde

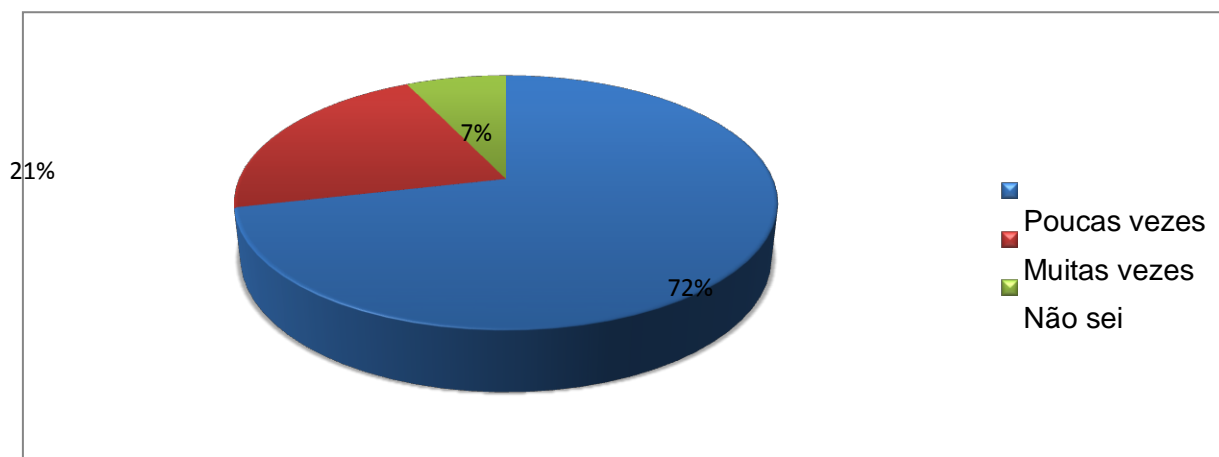


Dados parecidos foram encontrados por Labra e Figueiredo (2002) em que 88% (N=53) dos conselheiros afirmaram que a participação no conselho contribuiu muito para despertar interesse pelas políticas de saúde e 12% responderam que despertou pouco ou nada. O alto percentual de respostas positivas é um resultado esperado, porquanto é no âmbito das políticas de saúde e os problemas ligados à sua implementação que se desenvolvem os trabalhos do conselho de saúde, embora não haja unanimidade entre os conselheiros nesse sentido.

Conforme Coelho (2007) o processo de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas é fruto da junção de forças dos conselhos de saúde o qual é parte de um movimento dos atores políticos e a sociedade civil.

Quanto ao exercício do controle social, o gráfico 9 demonstra que 72% dos entrevistados admitem que poucas vezes o controle social funciona na prática

Gráfico 9: Opinião dos conselheiros de saúde de Solânea – PB quanto ao funcionamento na prática do controle social



A efetivação do controle social no campo dos Conselhos é limitada do lado dos usuários por diversos fatores: pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido (CORREIA, 2008).

Dados semelhantes foram encontrados por Labra e Figueiredo (2002) em que dos seus entrevistados, 30% relataram que o controle social sempre ou muitas vezes funciona na prática, 65% afirmaram que poucas vezes ou nunca funcionava e 5% não sabe opinar sobre o assunto.

Segundo esses mesmos autores, o controle social se trata de um tema de abordagem difícil, cuja compreensão revela-se paradoxal, haja vista que o controle social não é percebido como uma realidade na prática dos conselhos de saúde. E quando isso sucede, é entendido como sendo uma função das autoridades e não como um meio para os cidadãos exercerem vigilância sobre as ações dos poderes públicos de modo que atendam o bem comum.

Cotta et al (2010) em pesquisa realizada com 29 conselheiros de saúde quando questionados quanto a importância do conselheiro apenas 10,3% deles relataram que era por promover o controle social.

Corroborando Gerschman (2004), este resultado indica que poucos entrevistados atribuem ao conselho o papel de viabilizar o controle social, mesmo se tratando de um atributo essencial deste órgão idealizado pelo movimento social em saúde e garantido pela Lei nº 8142. Esta dificuldade pode ser atribuída à falta de preparo dos conselheiros e ao desconhecimento de sua função (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002), justificando a necessidade de capacitações permanentes para que eles possam conhecer seu papel e aprofundar as discussões na formulação e implantação das políticas municipais de saúde (SOARES; TRINCAUS, 2007).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados deste estudo, pôde-se observar que os conselheiros de Solânea possuíam pouco conhecimento sobre instrumentos de gestão e planejamento, não participaram de capacitações e alegaram que poucas vezes o controle social funciona na prática.

Diante dessas constatações compreende-se a baixa efetividade do conselho, identificada por sua incapacidade de influenciar os rumos da política de saúde, o que acaba por diminuir a legitimidade conferida pela ampla participação social, além de tornar difícil indicar onde e como o conselho está contribuindo para o processo de reestruturação e eficiência do sistema de saúde.

É importante compreender que neste estudo, não se pretendeu minimizar a importância do conselho municipal de saúde de Solânea para o município, mas sim identificar quais os obstáculos estariam dificultando a concretização da participação social de forma mais ativa. O que se pretende é colaborar para que o conselho funcione como um órgão de controle e de transparência nas decisões e ações do poder público.

Neste sentido, o grande dilema do conselho seria a possibilidade de conseguir reinventar a democracia nesses espaços para intervir efetivamente nas políticas de saúde.

Sugere-se então, investimentos em diversas capacitações para os conselheiros, para que possam assim conhecer as legislações que regem o conselho de saúde, criando mecanismos para integrá-los, a partir da ação coletiva para uma adequada participação e controle social.

Por fim, vale ressaltar que, apesar dos entraves apontados por diversos estudos sobre a efetivação do controle social, o conselho de saúde continua sendo espaço de participação da sociedade, o qual é fruto de uma longa luta popular e lugar de encontro de sujeitos sociais que, antes, estavam excluídos do jogo político e do processo de decisão. Sendo assim a análise aponta para a urgência da construção de conselhos de saúde radicalmente democráticos.

REFERÊNCIAS

AVRITZER, L. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In: FLEURY, S; LOBATO. L.V.C. Participação, Democracia e saúde. **Cebes**, 2009.p. 129

BATISTA, A. A., et al . A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2010.

BEM, A. S. A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o estado e a sociedade brasileira nos séculos XIX e XX. **Educ. Soc.**, Campinas, v.27, n. 97, p. 1137-1157, set-dez. 2006.

BRASIL. Lei n °. 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. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 18 jan. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da X Conferência Nacional de Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1996.

BRASIL. Orientação para conselheiros de Saúde. **Tribunal de Contas da União: TCU**, Brasília, 2010, p. 127.

BRASIL. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 17 jan. 2012.

BRASIL. Resolução n°. 33, de 23 de dezembro de 1992. Recomendações para constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 1992. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm>. Acesso em 18 jan. 2012.

BRASIL. Resolução n°. 333, de 4 de novembro de 2003. Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8142.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2012.

CALDERON, A. I. **Democracia local e participação popular: a lei orgânica paulistana e os novos mecanismos de participação popular em questão**. São Paulo: Cortez & Moraes, 2000.

CARVALHO, J. M. M. Perfil dos conselheiros municipais de saúde de Olinda: descobrindo os caminhos. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistema

e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, **Fundação Oswaldo Cruz**, Recife, 2010.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago, 2004.

COELHO, V. S. P. A democratização dos conselhos de saúde: O paradoxo de atrair não aliados. **Novos estudos**, v.78, jul, 2007.

COELHO, V. S. P. **Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando?**. Editora 34, São Paulo, 2004.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v.8, n.1, p. 09-1, .2003.

CONASS. **Sistema Único de Saúde**. 20. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2005.

CORREIA, M. V. C. Formação e Trabalho Profissional. **Serviço Social e Saúde**, 2008.

CORTES, S. M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 18-49, 2002.

COTTA, R. M. M., 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, p. 853-872, 2010.

COTTA, R.M.M; CAZAL, M.M; MARTINS, P,C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

CRACO, P.F; ALMEIDA, M.C.P. A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57n. 2p. 188-92, mar-abr, 2004.

DALLARI, S. G., et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 531-540, out-dez, 1996.

DODGE, R. E. F. A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça, 2004.

FILHO, J.J. Participação cidadã e controle social nos conselhos municipais de saúde da Paraíba: um estudo comparativo. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, 2007.

- FUKS, M. participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 25, p. 47-61, nov. 2005.
- FUKS, M; PERISSINOTTO, R. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. **Rev. bras. Ci. Soc.**, v. 21, n.60, p. 67-81, 2006
- GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov-dez, 2004.
- GOHN, M. G. Papel dos conselhos gestores na gestão pública. **Informativo Cepam**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 7-15, mar. 2002.
- GRISOTTI, M; PATRÍCIO, Z.M; SILVA, A.A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 3, p. 831-840, 2010.
- GUIZARDI, F. L; PINHEIRO. R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p.797-805, 2006.
- LABRA, M. E; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.537-547, 2002.
- MARTINS, P. C., et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1 ,p. 105-121, 2008
- MOREIRA, M. R; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2006.
- MOTTIN, L. M. Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município. Um estudo no Rio Grande do Sul. 1999. 159p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - **Fundação Oswaldo Cruz**, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.
- RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS), **Scientific Electronic Library Online**, v, 13, n.1, p.81-92, jan-mar, 1997.
- SANTOS, M.D.S. P. Avaliação das condições de funcionamento do conselho municipal de saúde do município de Ingazeira - PE. 2010. Monografia (Especialização em Saúde Pública)-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,**Fundação Oswaldo Cruz**,Recife,2010.
- SPOSATI, A; LOBO, S. E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p. 366-378, out-dez, 1992.

STRALEN, C.J.V. 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.

VÁZQUEZ, M.L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.579-59, mar-abr, 2003.

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

WESTPHAL, M. F; PRESOTO, L. H. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga – SP. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.1, p.68-77, jan-abr, 2005.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

_____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **percepção dos conselheiros municipais de saúde sobre o exercício do controle social** terá como objetivo geral: **investigar o conhecimento dos conselheiros de saúde do município de Solânea – PB no exercício do controle social**. Ao voluntário só caberá a autorização para responder o questionário da pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

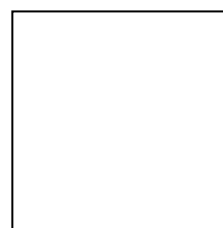
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 3321-9094, Caroline Lopes Morais**.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Universidade Estadual da Paraíba Secretária de Educação a
Distância-Sead Curso de Especialização Gestão em Saúde

Título do projeto: Percepção dos conselheiros municipais de saúde sobre o exercício do controle social.

Responsáveis pelo projeto: Caroline Lopes Morais

Orientadora: Cinthya Maria Pereira de Souza

QUESTIONÁRIO

Dados Pessoais

1- Sexo:

() Masculino () Feminino

2 - Faixa Etária:

() De 18 a 30 anos () de 51 a 60 anos
() de 31 a 40 anos () Maior de 60 anos
() de 41 a 50 anos

Dados Profissionais

3 - Profissão? _____

4 - Grau de Instrução:

() Ensino Fundamental () Ensino Médio (2º grau)
incompleto completo
() Ensino Fundamental completo () Superior incompleto
() Ensino Médio (2º grau)
incompleto () Superior completo
() Pós-graduação

5 - Tempo de Trabalho como conselheiro de saúde?

- () menos de 1 ano () 6 a 9 anos
() 1 a 3 anos () mais de 10 anos
() 3 a 6 anos

6- Qual grupo ou entidade representa: (

-) Representante dos gestores
() Representante dos prestadores de serviço
() Representante dos trabalhadores de saúde
() Representante dos usuários de saúde

7- Qual sua atribuição como conselheiro de saúde?

8- Você já participou da formulação de alguma ação efetiva de saúde voltada para necessidade da população do seu município:

- () Sim () Não

Descreva essa ação:

9- Sobre financiamento da saúde você sabe como é gasto o dinheiro público na saúde do seu município:

- () Sim () Sei Pouco () Não

10- Você sabe quanto e como os recursos financeiros da saúde são aplicados? (

-) Sim () Sei Pouco () Não

11- Você sabe como é realizada a transferência dos recursos dos fundos da saúde? (

-) Sim () Sei Pouco () Não

12- Você sabe quais são os bancos e as contas utilizadas para movimentar o dinheiro da saúde:

() Sim () Sei Pouco () Não

13- Dos Instrumentos de gestão e planejamento assinale os que você tem acesso e:

() Relatório de Gestão () Termo de Compromisso de
() Plano Municipal de Saúde gestão
() Licitações () Nenhum

14 – Quantas capacitações para conselheiros de saúde oferecidas por seu município você participou:

() Nenhuma () Duas
() Uma () Várias

15- De quais agremiações abaixo você costuma participar:

() Partido político () Esportes
() Cultos religiosos () Outras organizações sociais
() Atividades culturais

16- A participação no Conselho de Saúde é na sua opinião:

() Importante () Gratificante
() Produtiva () Cansativa (“chata”)
() Motivadora

17- O Conselho de Saúde contribuiu para despertar interesse por questões ligadas ao exercício da cidadania:

- () Muito
- () Pouco
- () Nada

18- A participação no Conselho de Saúde contribuiu para despertar interesse pelas políticas de saúde:

- () Muito

- () Pouco
- () Nada

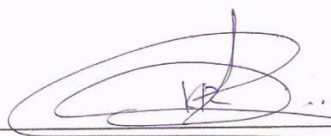
19- O controle social funciona na prática: () Sempre

- () Muitas vezes
- () Poucas vezes
- () Nunca
- () Não sei

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu Karina Itala Frade de Oliveira Souza representante da Secretaria Municipal de Saúde estou ciente da intenção da realização do projeto intitulado "PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL" desenvolvido pela aluna Caroline Lopes Morais do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Cinthya Maria Pereira de Souza.

SOLÂNEA, 19 / 03 / 2012



Dr^a Karina Itala F. de Oliveira e Souza
SECRETARIA DE SAÚDE

Assinatura do responsável institucional

DADOS DA INSTITUIÇÃO:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SOLÂNEA- PB
CNPJ: 08787236000202
Rua Cirilo da Costa Maranhão, Centro.
CEP: 58225-00