

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Mestrado Profissional Ensino em Saúde
Juliano Pedro da Silva

**UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA SOBRE O (A) CONSELHEIRO (A) MUNICIPAL
DE SAÚDE DOS CONSELHOS DA REGIÃO DE SAÚDE DE DIAMANTINA-MG**

Diamantina/MG

2017

Juliano Pedro da Silva

**UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA SOBRE O (A) CONSELHEIRO (A) MUNICIPAL
DE SAÚDE DOS CONSELHOS DA REGIÃO DE SAÚDE DE DIAMANTINA-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rivaldo Alfredo Paccola

Diamantina/MG

2017

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

S586a Silva, Juliano Pedro da
Uma análise exploratória sobre o (a) conselheiro (a) municipal de saúde dos conselhos da Região de Saúde de Diamantina-MG / Juliano Pedro da Silva. – Diamantina, 2017.
110 p. : il.

Orientador: Rivaldo Alfredo Paccola

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

1. Controle social no SUS. 2. Participação popular. 3. Conselheiro de Saúde. 4. Conselho Municipal de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde.
I. Paccola, Rivaldo Alfredo. II. Título. III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 363

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JULIANO PEDRO DA SILVA

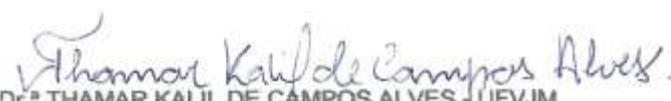
**CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE, NECESSIDADE PARA A
EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS: Análise da Região de
Saúde de Diamantina**

Dissertação apresentada ao
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
EM ENSINO EM SAÚDE - STRICTO
SENSU, nível de MESTRADO como
parte dos requisitos para obtenção do
título de MAGISTER SCIENTIAE EM
ENSINO EM SAÚDE

Orientador : Prof. Dr. Rivaldo Alfredo
Paccola

Data da aprovação : 05/09/2017


Prof.Dr. HERON LAIBER BONADIMAN - UFVJM


Prof.ª Dr.ª THAMAR KALIL DE CAMPOS ALVES - UFVJM


Prof.Dr. RIVALDO ALFREDO PACCOLA - UFVJM

DIAMANTINA

DEDICATÓRIA

Ao mestre maior que guiou meu caminho e esteve sempre presente dia a dia em minha jornada de trabalho, DEUS. Também a minha esposa Paula e meu filho Júlio Pedro

Eu Te Amo Tanto

(Irmão Lázaro)

Por que me resgatou?
Por que me trouxe aqui?
Por que me queres, Deus, tanto assim?
Se contra o céu pequei, e contra ti também
Minha vida eu destruí, como errei
Por que me queres tanto assim?

Filho, eu quero tanto
Enxugar teu pranto
Te fazer só meu
Filho, eu quero ser teu Deus
Eu te amo tanto, tanto, tanto, tanto
Filho, vem ser meu
Filho, eu quero ser teu Deus

Por que me queres tanto assim?

Eu quero te envolver em meus mistérios
No manto da minha Glória
Eu vou desenrolar o rolo santo
Mudar a tua história
Eu vou fazer de ti vaso de honra
Eu vou envergonhar os que te zombam
Vou te dar vitória
Por que me queres tanto assim?

Filho, eu quero tanto
Enxugar teu pranto
Te fazer só meu
Filho, eu quero ser teu Deus
Eu te amo tanto, tanto, tanto, tanto
Filho, vem ser meu
Filho, eu quero ser teu Deus

Porque eu te amo
Eu te amo tanto

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por estar presente todos os dias de minha vida, meu guia, minha luz, meu mestre.

A todas as pessoas que não acreditaram em mim, me deram força diariamente para concluir meu objetivo.

A minha esposa Paula Perrella, ao meu filho Júlio Pedro, por estarem presentes dia a dia, na construção deste trabalho e em todos os momentos de minha vida. Obrigado pelo carinho, a paciência e pela capacidade de me trazerem paz na correria de cada semestre.

A minha mãe, Maria da Luz, ao meu pai Pedro Elias, aos meus irmãos Rogério Francisco, Dalton Maximiliano, Diego José e Angélica Silva, por serem meu alicerce em todos os momentos de alegria e tristeza, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A todos/as os meus colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina, em especial aos colegas da Divisão de Zoonoses e do Conselho Municipal de Diamantina, pelo incentivo e pelo apoio constante.

À “Turma Referência do ENSA”, colegas do mestrado turma 2015/2017, pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo desses anos.

À Professora Dra. Tamar Kalil e ao Professor Dr. Wellington de Oliveira por acreditarem em mim, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão e pela amizade.

Ao Professor Dr. Rivaldo Paccola, meu orientador, com quem partilhei o que era o broto daquilo que veio a ser este trabalho. Por me ouvir, compreender e dar estímulo para a conclusão desta pesquisa.

Aos Professores, Mestres e Doutores do ENSA, pelos ensinamentos e troca de experiência.

À Banca Examinadora pelo diálogo estabelecido.

À Saúde Pública no Brasil.

Aos participantes do Controle Social do SUS, pela partilha e dedicação.

E, por fim, aos participantes da pesquisa pela troca de experiências e por somar para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

A Participação Popular/Controle Social é um princípio estratégico e estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido na Constituição Federal de 1988 e reafirmado com os resultados da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a publicação da Lei Federal nº 8.142 de 1990. Este trabalho teve como objetivo principal compreender se os conhecimentos culturais e sociais, bem como o tempo de atuação do conselheiro de saúde definem a sua efetividade deliberativa no Controle Social do SUS. Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado um contato prévio com os municípios selecionados, foram realizadas visitas programadas e agendadas nos municípios selecionados para aplicação de um questionário semiestruturado aos conselheiros(as) indicados pelo Conselho Municipal de Saúde; o questionário com perguntas abertas e fechadas foi respondido por escrito em local indicado pelo participante; foram realizadas também pesquisas bibliográficas, que se somaram ao conhecimento próprio do pesquisador sobre o tema “Participação Popular e Controle Social no SUS”; após a coleta, os dados foram analisados, sistematizados e classificados. Foram abrangidos os Conselhos Municipais de Saúde da Região Ampliada de Saúde do Jequitinhonha, que é composta por 15 municípios. No transcurso deste trabalho foi abordado um breve histórico da saúde pública no Brasil, no qual descrevemos a participação popular e o controle social na saúde; relatamos sobre a Região de Saúde de Diamantina; apresentamos nossas análises e discussões contemplando: a estrutura e funcionamento do conselho; as ações e atribuições do conselho de saúde; a identificação e perfil do conselheiro de saúde; e concluindo com as considerações finais. Foi possível identificar o perfil dos conselheiros de saúde, analisar os conselhos de saúde e atribuir a atuação dos conselheiros de saúde frente às políticas públicas de saúde do SUS. Tratamos das ações e atribuições do conselheiro de saúde, como agente político de relevância pública, suas competências para deliberar sobre questões de saúde pública e a necessidade de um processo de melhor formação do conselheiro de saúde.

Palavras chave: Controle Social no SUS. Participação Popular. Conselheiro de Saúde.

Conselho Municipal de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Popular participation/Social Control is a strategic and structuring principle of the unified health system (SUS), guaranteed in the Federal Constitution of 1988 and reaffirmed with the results of the 8th National Conference on health, with the publication of the Federal Law No. 8,142 of 1990. This work aimed to understand whether the main cultural and social skills, as well as the time of operation of the Counsellor of health define your effectiveness deliberative in Social control of the SUS. For the development of the survey was carried out a previous contact with the municipalities selected, planned and scheduled visits were carried out in the municipalities selected for implementation of a semi-structured questionnaire to directors (the) appointed by the Council Municipal health; the questionnaire with open and closed questions was answered in writing in the location indicated by the participant; also were carried out bibliographic research, which amounted to the attention of the researcher on the topic "Participation and Social control in the SUS"; after collection, the data were analyzed, systematized and classified. Were covered the municipal health Councils in the region Expanded the Jequitinhonha, which consists of 15 municipalities. In the course of this work was covered a brief history of public health in Brazil, in which we describe popular participation and social control in health; report on the health of Diamantina; We present our analysis and discussions contemplating: the structure and functioning of the Council; the actions and responsibilities of the Board of health; the identification and health advisor profile; and concluding with the final considerations. It was possible to identify the profile of the health advisors, analyzing the health boards and assign the actions of health counselors face the public health policies of the SUS. We treat the actions and responsibilities of the health counselor, as political agent of public relevance, their competence to deliberate on public health issues and the need for a process of better training of Health Advisor.

Keywords: Social Control in the SUS. Popular Participation. Health Advisor.

Municipal Health Council. Health Unic System.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Minas Gerais, Alto e Baixo Jequitinhonha	25
FIGURA 2 -	Mapa da Região de Saúde de Diamantina	28
FIGURA 3 -	Espaços de Controle Social	61
FIGURA 4 -	Paridade no Conselho de Saúde	65

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	O Presidente do Conselho deve ser?	37
GRÁFICO 2 -	O CMS possui sede própria?	38
GRÁFICO 3 -	O CMS possui Secretaria Executiva?	38
GRÁFICO 4 -	O CMS possui equipamentos?	39
GRÁFICO 5 -	Descrição dos equipamentos do CMS	39
GRÁFICO 6 -	O CMS possui dotação orçamentaria	40
GRÁFICO 7 -	O CMS tem autonomia na gestão do seu orçamento	41
GRÁFICO 8 -	Instrumento de criação do CMS	41
GRÁFICO 9 -	Descrição do Instrumento de criação do CMS	42
GRÁFICO 10 -	O CMS possui regimento interno	42
GRÁFICO 11 -	As reuniões do CMS são abertas para a população	43
GRÁFICO 12 -	Quantitativo de reuniões realizadas pelo CMS	43
GRÁFICO 13 -	Periodicidade das reuniões do CMS	44
GRÁFICO 14 -	O CMS não realizou reunião por falta de quórum	44
GRÁFICO 15 -	Quem faz a convocação da reunião do CMS	45
GRÁFICO 16 -	O CMS registra suas reuniões e decisões	46
GRÁFICO 17 -	Dificuldade de participação nas reuniões do CMS	50
GRÁFICO 18 -	Participação do conselheiro no orçamento municipal	51
GRÁFICO 19 -	Políticas públicas aprovadas pelo CMS	52
GRÁFICO 20 -	Faixa etária dos conselheiros	54
GRÁFICO 21 -	Sexo dos conselheiros	55
GRÁFICO 22 -	Escolaridade dos conselheiros	55
GRÁFICO 23 -	Setor que o conselheiro representa no CMS	56
GRÁFICO 24 -	É membro do CMS pela 1ª vez	56
GRÁFICO 25 -	Quantos anos é conselheiro	57
GRÁFICO 26 -	A quantas reuniões do CMS o conselheiro participou	57
GRÁFICO 27 -	Demandas apresentadas pela entidade	58
GRÁFICO 28 -	Discussão com a entidade das reuniões do CMS	58
GRÁFICO 29 -	Dificuldade do conselheiro para analisar e aprovar	60
GRÁFICO 30 -	Significado de Controle Social	61
GRÁFICO 31 -	Data da última conferência de saúde	63
GRÁFICO 32 -	Entendimento do participante da pesquisa sobre paridade no CMS	65
GRÁFICO 33 -	Conhecimento dos conselheiros sobre os Instrumentos de Gestão do SUS	68
GRÁFICO 34 -	Informação do conselho de saúde e do SUS anterior à eleição	68
GRÁFICO 35 -	Capacitação do conselheiro de saúde	69
GRÁFICO 36 -	Conhecimento sobre o PMS de seu município	70
GRÁFICO 37 -	O PMS foi elaborado por quem	71
GRÁFICO 38 -	Deliberações do conselho atendem aos interesses da comunidade	71
GRÁFICO 39 -	Participação dos cidadãos/usuários nas decisões do CMS	72

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1 -	Região de Saúde do Jequitinhonha	27
TABELA 2 -	Temas discutidos nas reuniões do CMS	49
TABELA 3 -	Principais dificuldades para não participação na reunião do CMS	50
TABELA 4 -	Descrição da profissão dos conselheiros	54
TABELA 5 -	Como foi eleito para o CMS	57
TABELA 6 -	Dificuldade do conselheiro em deliberar sobre assuntos	59
TABELA 7 -	Importância do curso de capacitação para o CMS	70
TABELA 8 -	Participação do cidadãos/usuários na defesa de seus interesses	72
QUADRO 1-	Descrição das políticas públicas aprovadas pelo CMS	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JK	Juscelino Kubitschek
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PAS	Programação Anual de Saúde
PID	Programa de Inclusão Digital
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PPAG	Plano Plurianual de Ação Governamental
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	13
2 - BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, DA COLÔNIA A REDEMOCRATIZAÇÃO.....	17
3 - PARTICIPAÇÃO POPULAR, OS CONSELHOS DE SAÚDE	22
4 - VALE DO JEQUITINHONHA E A REGIÃO DE SAÚDE DE DIAMANTINA.....	25
5 - O PERCURSO METODOLÓGICO	30
6 - RESULTADOS E DISCUSSÕES	35
6.1 - Da estrutura e funcionamento do conselho	36
6.2 - Das ações e atribuições do conselho de saúde.....	47
6.3 - Identificação e perfil do conselheiro de saúde.....	53
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	81
ANEXO A - INSTRUMENTOS LEGAIS DE GESTÃO DO SUS.....	106

1 - INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980, a Participação Popular e o Controle Social na Saúde vêm tendo grande destaque e causando impacto nas ações de saúde pública no Brasil, de ordem municipal, estadual e federal. O fator predominante para estas ações são as atividades dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que têm grande importância para a construção e monitoramento das políticas públicas de saúde nas três esferas de governo.

Este trabalho foi idealizado, em julho de 2015 para minha participação no edital de Seleção do Programa de Pós-Graduação - *Stricto Sensu*, Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, na linha de pesquisa: Ensino, Ética e Política Pública de Saúde, momento que teria para desenvolver uma pesquisa acadêmica sobre a importância do Controle Social no SUS e por sua relevância social e acadêmica, para a análise do perfil dos conselheiros municipais de saúde dos municípios pertencentes à Região de Saúde de Diamantina, criada no mandato do Governador Aécio Neves da Cunha e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização-PDR/2014, composta por 15 municípios, com a finalidade de aferir o conhecimento dos conselheiros sobre a sua atuação, com vistas à efetivação das políticas públicas de saúde em seu município.

Nesse sentido, a minha prática acadêmica e profissional e minha participação no controle social do SUS – como Conselheiro Municipal de Saúde, onde exerci funções de julho de 2002 a outubro de 2016), com participações efetivas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Diamantina e em diversos eventos de participação popular e social em nível municipal, estadual e nacional, produziram-me algumas inquietações, dentre elas: Será que o conselheiro municipal de saúde conhece quais são suas atribuições? Será que os conselheiros municipais de saúde sabem de sua importância para o fortalecimento e implementação do SUS em seu município? Será que os conselheiros municipais de saúde, representantes da sociedade, se enquadram no perfil definido na Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde? Qual a importância do processo de formação do conselheiro municipal de saúde?

A natureza deliberativa dos conselhos de políticas instiga à verificação do potencial analítico da literatura que trata a deliberação como eixo central do processo democrático, ou seja, dos estudos acerca da democracia deliberativa. Teóricos inseridos nesse debate (Bohman, 2000; Cohen, 2000; Lüchmann, 2002; Fung e Wright, 2003) consideram que as sociedades complexas e plurais são permeadas por problemas concretos a serem solucionados através de políticas públicas. Neste caso, a participação vai além do ideal republicano da

autodeterminação e da construção e definição do interesse comum, recuperando o aspecto da decisão decorrente de argumentação anterior, estruturada em procedimentos participativos que valorizam a pluralidade de interesses, que devem ser expressos em espaços públicos. A ideia de democracia deliberativa, portanto, está relacionada à disputa entre diferentes interesses e projetos políticos, através de um conjunto de regras e procedimentos democráticos, articulando participação e distribuição.

O fortalecimento da atuação dos conselheiros de saúde como elemento catalisador da participação da sociedade no processo de defesa e fortalecimento do SUS será uma busca constante, que contribuirá para a capacidade do desempenho do papel social dos conselheiros de saúde, como agentes públicos.

É de se afirmar que os conselhos e os conselheiros de saúde devem estar instrumentalizados administrativa, operacional, econômica e financeiramente, capacitados e qualificados, de acordo com as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS para exercerem suas atribuições com a devida consciência sanitária e cidadã, de acordo com a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e com a legislação pertinente. E ainda prontos para dar as respostas necessárias às questões no âmbito do SUS, beneficiando a sociedade através da defesa do fortalecimento e efetivação do sistema (MINAS GERAIS, 2014a).

Dos conselhos, comissões e conferências nasceram propostas de políticas públicas cruciais para o desenvolvimento nacional da saúde pública, cuja decisiva participação social fez concretizar exemplos reconhecidos mundialmente como o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). A importância da implementação, conhecimento e participação dos conselheiros e conselhos de saúde na Política Nacional de Participação Social, busca fortalecer a participação popular reconhecendo o exercício direto do poder que emana do povo como um complemento do exercício indireto da democracia.

Este trabalho procurou analisar e compreender, a partir das aulas presenciais do Mestrado, das discussões realizadas na disciplina Seminários I e II, na literatura sobre a temática: “Participação Popular e Controle Social na Saúde” e tendo como referencial o questionário semiestruturado aplicado aos Conselheiros de Saúde dos municípios pertencentes à Região de Saúde de Diamantina, selecionados para esta pesquisa, indagando se, segundo a Lei Federal nº 8.142/1990 e a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o Conselheiro Municipal de Saúde da região de saúde de Diamantina tem conhecimentos para deliberar sobre as questões de saúde pública de seu município?

O Objetivo principal da pesquisa foi compreender se os conhecimentos culturais e sociais, bem como o tempo de atuação do conselheiro de saúde definem a sua efetividade deliberativa no Controle Social do SUS. E como objetivos específicos:

- Identificar o perfil dos conselheiros municipais de saúde da Região de Saúde de Diamantina;
- Relacionar o perfil do conselheiro de acordo com a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- Identificar o grau de conhecimento dos conselheiros e conselheiras sobre as ações e programas do SUS;
- Identificar se o tempo de atuação dos conselheiros de saúde interfere no seu poder/condição deliberativa;
- Analisar e descrever a função do conselheiro municipal de saúde.

Para a apresentação deste trabalho fiz um breve histórico da saúde pública no Brasil, com o intuito de compreender o percurso temporal até a efetivação do Sistema Único de Saúde/SUS como direito de todos. Foram abordadas a participação popular e os conselhos de saúde, com o propósito de apresentar o Controle Social no SUS e sua importância nas definições de políticas públicas, bem como qual seu papel na efetivação dessas políticas públicas e também descrever algumas ações de Controle Social no SUS. Abordei a Região de Saúde de Diamantina, como ela foi idealizada e sua constituição, e qual seu papel na saúde coletiva. No percurso metodológico, descrevo como este trabalho foi constituído, alguns desafios apresentados, a realização da coleta de dados através do questionário semiestruturado e a sistematização das informações: os caminhos percorridos para sua efetivação.

Os resultados e discussões são apresentados em três subtítulos: no primeiro, Da Estrutura e Funcionamento do Conselho de Saúde, apresento como os conselhos da Região de Saúde de Diamantina estão estruturados nos aspectos administrativo, financeiro e legislação pertinente; no segundo, Das Ações e Atribuições dos Conselhos, enfoco as competências e atribuições dos conselhos de saúde, se estes estão atendendo à Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, quais as temáticas discutidas nas reuniões dos conselhos e o entendimento dos(as) conselheiros(as) sobre políticas públicas de saúde; e no terceiro, Identificação e Perfil do Conselheiro de Saúde, procuro identificar e analisar os conselheiros de saúde dos municípios participantes da pesquisa, para compreender se o perfil deles(as) está relacionado à sua efetivação no Conselho Municipal de Saúde. Finalizando o trabalho,

apresento as considerações finais, nas quais sintetizo as discussões decorrentes dos resultados da pesquisa.

Convido o leitor a fazer uma incursão, como a visita de Dante ao inferno pelas mãos de Beatriz na “Divina Comédia”, para compreender as dificuldades e possibilidades que o SUS tem a oferecer à população brasileira, especialmente, a mais despossuída, a fim de minimizar seu tormento com a construção de políticas públicas para a área de saúde, com a efetiva participação dos diversos segmentos que compõem a sociedade plural.

Sendo assim, a estrutura da dissertação se apresenta da seguinte maneira:

- Breve Histórico da Saúde Pública no Brasil, da Colônia a Redemocratização;
- Participação Popular, Os conselhos de Saúde;
- Vele do Jequitinhonha e a Região de Saúde de Diamantina;
- Percurso Metodológico;
- Resultados e Discussões;
- Considerações Finais.

2 - BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, DA COLÔNIA À REDEMOCRATIZAÇÃO

A história da saúde pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Da instalação da Colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2004).

A história dos cuidados com saúde do brasileiro passou, necessariamente, pela filantropia. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico (CARVALHO, 2013).

Com isso, o atendimento à saúde no Brasil ocorre desde a Colônia. No modelo de exploração instaurado por Portugal em solo brasileiro, a saúde pública definitivamente não era uma preocupação. Assim, cada indivíduo se responsabilizava por si, normalmente buscando, quando preciso, o auxílio de pajés, curandeiros ou boticários que viajavam pelo país afora. As mudanças começaram a surgir com a chegada da família real portuguesa e de sua corte, em 1808, quando decidiram buscar refúgio no Brasil (BRASIL, 2004). Acostumados com um padrão de vida requintado e uma estrutura urbana mais organizada, os portugueses estimularam o crescimento industrial, a criação de estradas, a abertura de bancos, a renovação dos portos, o desenvolvimento de manifestações artísticas e a fundação de cursos universitários. Então, surgiram no Rio de Janeiro as formações em Medicina, Cirurgia e Química. Durante o reinado de Dom Pedro II, merecem destaque a instauração da vacinação contra a varíola em todas as crianças, a criação do Instituto Vacínico do Império, a instauração das juntas municipais (que deveriam se responsabilizar pelas atribuições sanitárias) e o estabelecimento da Lei da Junta Central de Higiene Pública (BRASIL, 2016).

Em 1889, com o golpe militar que derrubou Dom Pedro II, instaura-se a República dos Estados Unidos do Brasil. Baseando-se nos conhecimentos do Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, e na necessidade de reforma urbana e sanitária da cidade do Rio de Janeiro, o sanitarista Oswaldo Cruz iniciou uma fase de intensas mudanças na saúde pública brasileira. Por meio de medidas autoritaristas e militares, casas foram demolidas, pessoas desalojadas, mosquitos combatidos, doentes isolados e vacinações realizadas à força, tudo em nome da saúde pública (BRASIL, 2004).

Apesar de todos os avanços, o sistema de saúde continuava informal e baseado em consultas particulares, sem um sistema que previsse assistência em casos de acidentes, remuneração nas férias ou qualquer legislação trabalhista. Foi só com a imigração de trabalhadores europeus que a pressão para a criação de um sistema se fortaleceu, levando ao surgimento da Lei Elói Chaves, em 1923. Criaram-se aí as chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão, que eram mantidas e geridas pelas empresas e ofereciam serviços médicos aos funcionários e a suas famílias, além de descontos em medicamentos, aposentadoria e pensão para herdeiros. Mas nada aconteceu no meio rural, assim como não se levou em conta as pessoas desempregadas (POLIGNANO, 2006).

Com a chamada Revolução de 1930, movimento armado e a tomada de poder por Getúlio Vargas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), deixando de ser gerenciados pelas empresas e passando a ser controlados por entidades sindicais. A constituição de 1934 garantia ainda a assistência médica, a licença-maternidade e jornadas de trabalho de 8 horas (BRASIL, 2016).

A Lei Orgânica da Previdência Social unificava os IAPs de cada sindicato em um só regime e consolidava as leis trabalhistas, nesse sentido os IAPs são reconfigurados nos anos de 1960. Trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos, no entanto, continuavam de fora. Em 1967, após o golpe militar, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que realmente unificou os IAPs. Como a demanda da população por serviços de saúde ultrapassava a capacidade de oferta do governo, o déficit era coberto pelo sistema privado por meio de repasses financeiros, proporcionando um grande crescimento da rede privada de hospitais. Para controlar esses repasses, o INPS se transformou no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o foco da saúde pública ficou limitado ao processo curativo, sem muitos investimentos em promoção e prevenção (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos da ditadura militar (1964-1985), e até mesmo depois da queda desse regime, à medida que a sociedade voltava a atuar no sistema político, a saúde pública finalmente ganhou um olhar social pela reforma sanitária. Na época, foram criados o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em um movimento que, no fim, gerou a criação do SUS (BRASIL, 2015a).

Somente nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo

capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se pelo menos em discurso institucional, até serem, novamente, destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância (CARVALHO, 2013).

A reforma sanitária ocorrida na década de 1980, luta contra a ditadura (teoria social da medicina), buscava melhorias nas condições de assistência à saúde da população brasileira, que vivia em exclusão social. Considerado “o eterno guru da Reforma Sanitária”, Sergio Arouca costumava dizer que o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura: “discutir a saúde além do Ministério da Saúde e sim como uma função permanente de estado” (AROUCA, 1998, p. 2).

A expressão “Reforma Sanitária” foi usada pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

No final da década de 1980, o Brasil foi marcado por movimentos sociais, pela redemocratização do país e pela melhoria das condições da saúde da população, onde anteriormente era prestada assistência apenas para os trabalhadores, que contribuíam com o Instituto Nacional de Previdência Social, pois a sociedade buscava mudanças na área da saúde, condições de vida preventiva (MINAS GERAIS, 2014a). Com isso, a 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde. A partir da conferência, saiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. Arouca participou de perto de todas essas conquistas.

Escorel, 1999, descreve o movimento sanitário:

O movimento sanitário configura-se em sua singularidade por ter construído sua organicidade através da identidade do discurso e da criação de modelos alternativos; ter ampliado seu campo de ação, superando os limites do mundo acadêmico e penetrando na prática dos serviços; ter se originado nos aparelhos ideológicos de Estado (universidades), mas ter-se radicado na sociedade civil como movimento opositor ao regime; ter incorporado explicitamente a prática política rejeitando a neutralidade técnica; ter conscientemente constituído uma força contra-hegemônica nas instituições setoriais utilizando a estratégia de ‘ocupação de espaços’; ter tido um pensamento estratégico, procurando sua ampliação nos espaços de poder para viabilizar suas propostas de transformação (ESCOREL, 1999, p. 187).

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a participação de trabalhadores, usuários, gestores e técnicos, reunia em Brasília mais de 4.000 (quatro mil) pessoas de todas as regiões e classes sociais, tendo à frente o sanitarista Sérgio Arouca, para discutir a saúde brasileira; a Conferência Nacional de Saúde conseguia pela primeira vez em quase 45 anos de história ser verdadeiramente popular, da primeira (em 1941) à sétima (em 1980), os debates se restringiam às ações governamentais, com a participação exclusiva de deputados, senadores e autoridades do setor.

A “Oitava” foi um marco importante neste processo, tendo sua discussão avançada e reafirma pela Assembleia Constituinte de 1987. A Conferência Nacional de Saúde foi aberta numa segunda-feira, 17 de março de 1986, pelo presidente José Sarney, que assumira em definitivo depois da morte de Tancredo Neves. Em seu discurso, para uma plateia que lotara o Ginásio de Esportes de Brasília, Sarney afirmou que a Conferência representava a “pré-Constituinte da Saúde” (AROUCA, 1998, p. 10). Com a redemocratização do país, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, que garantia a Saúde como direito de todos e dever do estado e também foi criado o Sistema Único de Saúde-SUS como política pública de acesso universal e igualitário a todo cidadão tendo como predominante a recuperação, promoção e proteção à saúde. Foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, contou com a participação de diferentes atores sociais implicados na transformação dos serviços de saúde. Reuniram-se acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de Saúde, sindicatos, e mesmo grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde.

Como dispõe a Constituição brasileira, a saúde decorre das condições de vida das pessoas e, portanto, a garantia do direito à saúde depende da melhoria dessas condições. A saúde é um direito humano e social. Cabe aos governos e à sociedade encontrar os meios necessários para que seja assegurado de modo universal e igualitário, respeitando-se a autonomia e a diversidade de indivíduos, grupos e populações, de acordo com as suas necessidades. Vale lembrar que investir em saúde é uma das formas de retorno dos impostos pagos pela população e que a garantia de um Sistema Único de Saúde de qualidade exige que os cidadãos e as cidadãs sejam ativos.

Uma das grandes conquistas ocorridas após a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi a participação popular nas decisões de políticas públicas de saúde no Brasil, garantida pela Lei Federal nº 8.142/1990, que cria os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, como espaço de prática da participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do controle social.

Deste modo, o Sistema Único de Saúde/SUS deve funcionar de forma regionalizada e hierarquizada. O Decreto Federal nº 7.508/2011, regulamenta a Lei Federal nº 8.080/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no planejamento e execução da Saúde Pública (BRASIL, 2012a).

O Sistema Único de Saúde está fundamentado em diretrizes e princípios fundamentais, descritos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal nº 8.080, de 19 de agosto de 1990, sendo eles: Princípios Doutrinários; Universalidade, Equidade e Integralidade. Princípios Organizativos; Igualdade, Intersetorialidade, Direito à informação, Autonomia das pessoas, Resolutividade, Epidemiologia como base, Descentralização, Direção única, Regionalização, Hierarquização, Complementariedade do privado, Suplementariedade do privado e Participação Popular.

3 - PARTICIPAÇÃO POPULAR, OS CONSELHOS DE SAÚDE

As discussões acerca do controle social ganharam importância a partir do movimento de redemocratização ocorrido na década de 1980, notadamente com a inclusão dos Conselhos e Conferências, institucionalizados como mecanismos de participação a partir da Lei n.8.142/90. (MINAS GERAIS, 2012)

A participação popular na tomada de decisão, constituída a partir do controle social, visa a tornar as políticas públicas de saúde mais participativas e comprometidas com os anseios sociais. É justamente a população, representada pelos diversos segmentos sociais, que pode indicar quais são as principais necessidades de saúde. É, portanto, peça fundamental na construção das políticas públicas, por ser um instrumento para nortear a escolha das diretrizes políticas.

O Conselho de Saúde, constituído de forma paritária, órgão permanente e deliberativo é um colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço da saúde, profissionais de saúde e usuários; atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e tem suas decisões homologadas pelo chefe do Poder Executivo (BRASIL, 1990). Os Conselhos de Saúde, instituições que reforçam a participação dos cidadãos nas questões referentes à saúde, são organizados por nível de complexidade estrutural, desde os níveis mais locais até aqueles mais abrangentes.

De acordo com as citadas Lei Federal nº 8.142/1990 e a Resolução nº 453/2012, o Conselho de Saúde é constituído de forma paritária. A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde deve ser composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde. (BRASIL, 2012a).

Os Conselhos Municipais consolidam o controle social nos municípios. São estruturas que visam a fornecer uma maior interação entre governo e sociedade civil, uma vez que se compõem de representantes do poder público e da sociedade civil organizada. Eles estão inseridos na esfera pública e também na esfera política, uma vez que estão integrados aos órgãos do Poder Executivo (BRASIL, 2015a).

Como atribuição dos CMS, pode ser citado o papel que desempenha na discussão, na deliberação e na definição das políticas públicas de saúde, a partir de uma formulação conjunta, por meio de uma gestão compartilhada e participativa, o que permite um controle social mais ativo, tornando a gestão mais transparente.

A sua dinâmica de funcionamento varia em conformidade com as relações que se estabelecem entre usuários, gestores, prestadores e trabalhadores de saúde. E suas deliberações são, em geral, resultado de negociações que contemplem a diferença de interesses de cada segmento e representações e que garantam a transparência de relação entre os distintos grupos que o constituem (BRASIL, 2015a).

Face à diversidade que ocorre no nível de desenvolvimento da organização dos movimentos sociais e de mobilização das forças políticas nos Estados e municípios do país, a atuação dos Conselhos no direcionamento da política de saúde deve promover a mesma facilidade de acesso de todas as representações da sociedade às informações sobre o SUS, quer sejam de ordem técnico-normativa, quer de ordem econômico-jurídica. Também, deve promover a avaliação de como as informações são entendidas e utilizadas para fundamentar as conquistas de cada segmento e, principalmente, a luta pela garantia dos princípios do SUS.

As Conferências, também institucionalizadas pela Lei n. 8.142/90, são espaços voltados à construção compartilhada das políticas de saúde, com base no incentivo à participação popular. Seus principais objetivos são: avaliar e propor diretrizes da política para o setor saúde; discutir temas específicos para propor novas diretrizes da política de saúde; e escolher delegados para as Conferências Estaduais e Nacionais, quando for o caso (BRASIL, 2009a).

As Conferências Nacionais visam a analisar os avanços e os retrocessos do SUS, a partir da proposição de diretrizes para a formulação das políticas de saúde. São representadas por diversos segmentos sociais. Em contrapartida, as Conferências Municipais são uma preparação às Nacionais, uma vez que discutem e aprovam propostas prévias que serão debatidas, em caráter mais amplo, nacionalmente. A periodicidade da realização das Conferências Municipais deve ser estabelecida por lei específica, tendo-se em vista que a Lei n. 8.142/90 determina que as Conferências Nacionais sejam realizadas a cada quatro anos, podendo tal período ser reduzido no caso das municipais (MINAS GERAIS, 2014).

As Conferências Municipais estão voltadas à construção da cidadania, e a partir delas emergem as representações dos diversos interesses e segmentos sociais. Correspondem ao local que formaliza um poder atribuído às diversas formas de organização popular, de modo a

fortalecer a representação da sociedade usuária dos serviços de saúde. São, dessa forma, verdadeiros espaços de legitimação da cidadania e do poder local.

São inegáveis os avanços alcançados com a institucionalização dos conselhos de Saúde, sem os quais o direito a saúde não poderiam efetivar-se como direito à cidadania. Os conselhos reúnem hoje milhares de usuários, profissionais e gestores na definição de políticas de saúde em suas localidades. (MORAES, 2012).

4 - VALE DO JEQUITINHONHA E A REGIÃO DE SAÚDE DE DIAMANTINA

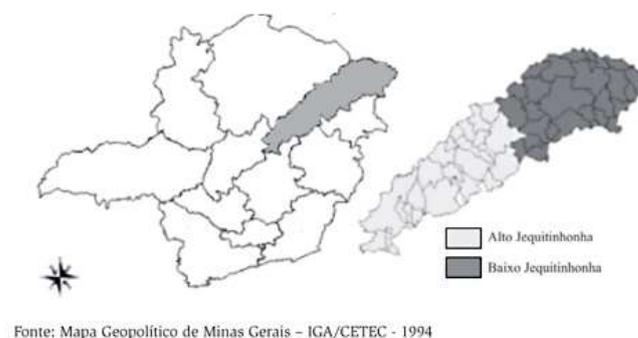
O Vale do Jequitinhonha está situado na região nordeste do estado de Minas Gerais. É uma região amplamente conhecida devido aos seus baixos indicadores sociais. Por outro lado, é detentora de exuberante beleza natural e de riqueza cultural, com traços sobreviventes da cultura indígena e da cultura negra. A região, que inicialmente (1730/1757) pertenceu à Bahia (até o final do século XVIII), foi incorporada ao estado de Minas Gerais, após a descoberta de diamantes no Tijuco, em 1713. A região, no passado, era formada por florestas e habitada por tribos indígenas. O que mais contribuiu para a degradação da região foi a atividade predatória da mineração e extração do diamante. No Vale do Jequitinhonha produz-se um excelente e criativo artesanato em Cerâmica, Tecelagem, Cestaria, Esculturas em Madeira, Trabalhos em Couro, Bordados, Pintura, Desenho, Música¹.

Situado na região mais central do vale, o Alto Jequitinhonha tem como características a baixa densidade populacional e grande parte da população residente em zona rural, características compartilhadas por Diamantina, a maior cidade da região.

O Território do Alto Jequitinhonha - MG abrange uma área de 19.578,30 Km² e é composto por 20 municípios: Aricanduva, Capelinha, Coluna, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Leme do Prado, Presidente Kubitschek, Rio Vermelho, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves, Serra Azul de Minas, Serro, Carbonita, Diamantina, Minas Novas, Turmalina e Veredinha².

A população total do território é de 270.516 habitantes, dos quais 97.184 vivem na área rural, o que corresponde a 35,93% do total. Possui 15.089 agricultores familiares, 390 famílias assentadas e 5 comunidades quilombolas. Seu IDH médio é 0,68³.

FIGURA 1: Minas Gerais, Alto e Baixo Jequitinhonha



¹ Fonte: <https://madeinrubim.wordpress.com/2010/02/05/jequitinhonha/> acesso em: 22 ago 2017.

² Fonte: Sistema de Informações Territoriais (<http://sit.mda.gov.br>) acesso em: 10 ago 2017.

³ Fonte: Sistema de Informações Territoriais (<http://sit.mda.gov.br>) acesso em: 10 ago 2017.

Diamantina, antigo Arraial do Tijuco, emancipada em 1831; conhecida por ser a terra de Juscelino Kubitschek e Chica da Silva, foi declarada Patrimônio Cultural da Humanidade em 1999, e hoje é considerado um dos maiores expoentes da Cultura Mineira, porta de entrada para o Vale do Jequitinhonha é a cidade polo da Saúde para a Região de Saúde de Diamantina e a Região Ampliada de Saúde do Jequitinhonha.

Em Minas Gerais, a extensão geográfica do Estado e as desigualdades regionais reforçam a necessidade de se fazer valer a iniciativa de descentralização como instrumento de gestão para a garantia de equidade, integralidade e acessibilidade, conforme preceitua a política do SUS (MINAS GERAIS, 2017).

Instrumento de planejamento e gestão que na área da saúde objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala. O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial (MINAS GERAIS, 2017, p.1).

De acordo com o Censo 2010, em Minas Gerais há 853 municípios, totalizando uma população de 19.597.330 milhões de habitantes. Do total de municípios mineiros, 92,3% possui menos que 50.000 (cinquenta mil) habitantes, e desses, 62,4% possuem menos de 10.000 (dez mil) habitantes. O Estado é caracterizado por profundas desigualdades regionais, apresentando municípios bastante pobres, com baixo índice de desenvolvimento humano, e municípios com indicadores socioeconômicos mais favoráveis, reproduzindo o mesmo padrão de iniquidade do Brasil. Também se evidencia essa desigualdade no setor saúde, tanto no que se refere aos resultados de saúde como à distribuição desses serviços entre os municípios (MALACHIAS *et al.*, 2010).

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, durante o mandato do Governador Antônio Anastásia, implementou o Plano Diretor de Regionalização-PDR/2016, com vistas à organização, planejamento e execução de forma descentralizada da assistência à saúde, para atendimento aos princípios do SUS: equidade, universalidade, integralidade e economia de escala. O Plano Diretor de Regionalização-PDR/2016, tem como premissa a organização do estado de Minas Gerais em Regiões Ampliadas de Saúde e Regiões de Saúde, para otimizar a gestão e assistência à saúde aos diversos municípios mineiros, de forma regionalizada.

O espaço territorial mineiro dos 853 municípios foi recortado em 76 Regiões de Saúde e em 13 Regiões Ampliadas de Saúde de Saúde. Dessa forma, a proposta de regionalização da saúde encontra-se com os princípios de economia de escala, qualidade e acesso (MINAS GERAIS, 2017).

TABELA 1: Região de Saúde do Jequitinhonha

REGIÃO DE SAÚDE DO JEQUITINHONHA		
Municípios	Extensão territorial (KM²)	População Estimada (IBGE/TCU 2016)
JEQUITINHONHA (DIAMANTINA)	20566,8	298645
DIAMANTINA	14266,0	173228
Alvorada de Minas	374,9	3669
Carbonita	1454,9	9526
Coluna	347,6	9162
Congonhas do Norte	483,0	5128
Couto de Magalhães de Minas	484,0	4428
Datas	309,0	5457
Diamantina	3869,8	48095
Felício dos Santos	358,9	5046
Gouveia	874,9	12056
Itamarandiba	2736,1	34462
Presidente Kubitschek	189,5	3059
Santo Antônio do Itambé	303,9	4066
São Gonçalo do Rio Preto	313,2	3197
Senador Modestino Gonçalves	948,6	4446
Serro	1217,7	21431
MINAS NOVAS / TURMALINA / CAPELINHA	6300,8	125417
Aricanduva	243,5	5156
Capelinha	965,9	37606
Chapada do Norte	828,0	15666
José Gonçalves de Minas	382,9	4637
Leme do Prado	281,3	4991
Minas Novas	1810,8	31963
Turmalina	1153,1	19612
Veredinha	635,3	5786

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. (MINAS GERAIS, 2017). Adaptado.

De acordo com o Decreto nº 7.508 de 2011, região de saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por aglomerado de municípios com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde e será referência para a transferência de recursos entre os entes federativos (CORREIA, 2013).

A Região de Saúde de Diamantina pertence à Região Ampliada de Saúde do Jequitinhonha e é composta por 15 municípios, sendo eles: Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto Magalhaes de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro. Todos eles possuem Conselhos Municipais de Saúde.

FIGURA 2: Mapa da Região de Saúde de Diamantina



Fonte: SES/SMACSS/DEAA

Conforme Ajuste 2014

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. (MINAS GERAIS, 2017). Adaptado.

Para diminuir essas diferenças, é necessária a elaboração de políticas públicas que busquem melhorar as condições de acesso aos serviços de saúde. Portanto, é preciso rediscutir a alocação de recursos, uma vez que historicamente, na atenção primária à saúde, a distribuição se dá em função do tamanho da população, e, nos serviços hospitalares, ocorre de acordo com a oferta de serviços existentes. Esse tipo de política desconsidera as características epidemiológicas e socioeconômicas da população, contribuindo para o aumento das desigualdades na alocação e no acesso aos recursos de saúde entre as regiões (MINAS GERAIS, 2012).

De acordo com o propósito do Plano Diretor de Regionalização/MG:

REGIÃO – conjunto de municípios circunvizinhos que mantêm entre si inter-relações para as questões de promoção e assistência à saúde do SUS, sendo a maioria periféricos a um polo que exerce força de atração sobre os demais, e constituem-se como base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde e organização de redes. Para o PDR/MG, cada região se configura conforme o modelo de atenção adotado; cada região se caracteriza segundo o nível de atenção, o âmbito de cobertura dado, o porte, as inter-relações com as demais regiões do sistema, circunvizinhas ou não. (MALACHIAS, Leles et al. 2011, p.29).

5 - O PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico iniciou-se com o objetivo de compreender se os conhecimentos culturais e sociais, bem como o tempo de atuação do conselheiro de saúde definem a sua efetividade deliberativa no Controle Social do SUS, analisando a Região de Saúde de Diamantina, tema principal deste trabalho desde a minha inserção no Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional ensino em Saúde.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi utilizado o enfoque descritivo e exploratório embora, em alguns momentos, tenham sido utilizados dados quantitativos no intuito de elucidar os nossos entendimentos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Assim, a opção pela abordagem qualitativa permitiu um estudo aprofundado para melhor conhecer a realidade dos sujeitos pesquisados, com dados coletados a partir de interações sociais entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), as características da investigação qualitativa são múltiplas: a) Acontece em ambientes naturais; frequentemente o investigador vai ao local dos participantes para recolher os dados com grande detalhe; b) Usa múltiplos métodos de recolha de dados e que são interativos e humanistas; há uma participação ativa do investigador e uma sensibilidade para com os participantes no estudo; c) Emerge do processo de investigação em vez de ser pré-estabelecida; em consequência, as questões de investigação podem mudar e ser redefinidas durante o processo; d) É profundamente interpretativa e descritiva; o investigador faz uma interpretação dos dados, descreve os participantes e os locais, analisa os dados para configurar temas ou categorias e retira conclusões; d) É indutiva; o investigador analisa os dados indutivamente; não há a preocupação em arranjar dados ou evidência para provar ou rejeitar hipóteses; e) É significativa; é uma preocupação essencial na abordagem qualitativa. O investigador está preocupado em saber como diferentes pessoas fazem sentido ou dão significado às suas vidas e quais são as perspectivas pessoais dos participantes. f) O investigador qualitativo vê os fenómenos sociais holisticamente; este facto explica por que os estudos qualitativos parecem gerais e visões panorâmicas em vez de micro análises; g) O investigador qualitativo reflete sobre o seu papel na investigação; reconhece possíveis enviesamentos, valores e interesses pessoais. O “eu” pessoal é inseparável do “eu” investigador. Assume-se, portanto, que toda a investigação está eivada de valores. h) O investigador qualitativo usa, em simultâneo, a recolha de dados, a análise e o processo de escrita; privilegiam-se os significados e como os participantes dão sentido às suas vidas, o que experienciam, o modo como interpretam as suas experiências e como estruturam o mundo

social em que vivem; i) O investigador qualitativo é o principal instrumento de recolha de dados; o investigador passa imenso tempo no local de estudo a compreender os contextos; j) O investigador qualitativo preocupa-se mais com o processo do que simplesmente com os resultados.

Nesta perspectiva, a minha participação como conselheiro municipal de saúde, há a mais de 12 anos; me proporciona condições necessárias e entendimento sobre as ações e atribuições do Conselho Municipal de Saúde para desenvolver pesquisa.

Bardin (1979) resume o terreno, o funcionamento e o objetivo da análise de conteúdo ao explicitar que o termo análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

Por se tratar da realização de questionário semiestruturado, este projeto foi submetido à avaliação dos membros do Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM, sendo inserido na Plataforma Brasil pela primeira vez em Novembro de 2016. O Comitê de Ética retornou o projeto a este pesquisador por duas vezes, para adequações; sendo que em Março de 2017 o projeto de pesquisa recebe o parecer aprovado pelo CEP (Número do Parecer: 1.966.402), assim continuei os trabalhos da pesquisa.

O campo a ser pesquisado foi a Região de Saúde de Diamantina que é composta por 15 municípios, sendo eles: Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto Magalhaes de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro, todos eles possuem Conselhos Municipais de Saúde, com um total de 280 conselheiros e conselheiras de saúde, sendo 140 titulares e mesmo quantitativo de suplentes (MINAS GERAIS, 2016).

Para o delineamento da pesquisa e para um análise representativa da pesquisa, devido à extensão territorial e ao grande quantitativo de conselheiros de saúde da região de saúde de Diamantina, como critério para seleção dos participantes foi feita a seleção de 1/3 dos municípios da região de saúde de Diamantina, o que contabiliza 5 municípios, estes municípios foram selecionados nos seguintes critérios: Dentro da região de saúde de Diamantina, conforme descrito na Tabela 1, identifiquei o município mais populoso, Diamantina (48.095 habitantes), o menos populoso Presidente Kubitschek (3.059 habitantes), os dois municípios que ficam intermediários entre o mais populoso e o menos populoso,

sendo Carbonita (9.526 habitantes) e Couto de Magalhaes de Minas (4.428 habitantes) e o município que fica intermediário entre os quatro selecionados, Felício dos Santos (5.046 habitantes).

Sendo assim, a pesquisa foi realizada nos municípios de Carbonita, Couto Magalhaes de Minas, Diamantina, Felício dos Santos e Presidente Kubitschek, totalizando 110 conselheiros, destes 55 são titulares. Para um critério de não identificação dos municípios, no transcurso deste trabalho, sempre que necessário indiquei os municípios como: M1, M2, M3, M4 e M5, sem considerar nenhuma ordem sequencial.

Para a seleção dos participantes, utilizei o critério de paridade dos conselhos de saúde, instituído através da Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assim, dos 05 municípios selecionados para a pesquisa foi trabalhado com 04 (quatro) conselheiros de saúde de cada município, sendo 02 usuários do SUS, 01 trabalhador de saúde e 01 prestador de serviços para o SUS/Governo, com um total de 20 participantes da pesquisa. Para um critério de não identificação dos membros da pesquisa, no transcurso desse trabalho denominei os pesquisados sendo: C1, C2, C3, C4, C5, C6... e assim por adiante até o total de 20, sem considerar nenhuma ordem sequencial.

O contato com os municípios selecionados para participarem da pesquisa, ainda com o projeto sendo analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pois era critério deste a carta de anuência, foi através de telefone e encaminhamento de e-mail, direcionado ao Secretário(a) Municipal de Saúde e ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde, de cada município, informando que o município foi selecionado, explicando sobre os objetivos da pesquisa e solicitando a carta de anuência dos municípios, que se encontra no Apêndice deste trabalho. Todos os municípios responderam-me com o termo de concordância.

Após a aprovação deste projeto pelo CEP/UFVJM, retornei novamente o contato com os municípios, através de telefone e e-mail, solicitando a indicação dos 04 (quatro) conselheiros de saúde que iriam participar da pesquisa. Então, 4 (quatro) municípios retornaram-me a relação com os nomes e dados de contato dos conselheiros de saúde para responder ao questionário, sendo que 01 (um) município indicou os nomes dos conselheiros, porém não encaminhou os dados para contato com eles.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas, tomando como base Gil (1999), que define o questionário como:

Uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo como objetivo o conhecimento de suas opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc. (GIL, 1999, p.124).

O contato prévio foi feito diretamente aos conselheiros de saúde selecionados a participarem da pesquisa, através de telefone e e-mail, agendando o dia e horário da entrevista. O presente estudo, por envolver a realização de entrevistas pelo pesquisador, apresentou risco mínimo aos sujeitos da pesquisa. O questionário foi respondido no próprio município de origem, em local indicado pelo entrevistado, a fim de diminuir os riscos de algum desconforto e/ou cansaço no momento de responder às perguntas; as perguntas poderiam levar a algum mal estar ou constrangimento por não saber o que responder. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE consta o objetivo da pesquisa, e foi garantido o direito livre e irrestrito de não responder a qualquer questão, caso o entrevistado não se sentisse à vontade para respondê-la.

Dos 05 (cinco) municípios selecionados, não consegui contato com os conselheiros(as) de um município, visto que este município não enviou os dados deles. Tentei diversos contatos com a Secretaria de Saúde e com o Conselho de Saúde, sem sucesso; sendo assim, esse município ficou fora da pesquisa. Em outro município, apesar da indicação dos nomes e contatos pelo Conselho Municipal de Saúde, um(a) conselheiro(a) não quis participar da pesquisa, no momento em que eu estava no município, fiz contato com o Conselho Municipal de Saúde, porém este não indicou outro conselheiro(a) para participar da pesquisa. Devido ao prazo de tempo para o desenvolvimento desta pesquisa e a escrita da dissertação, não foi possível selecionar outro município para participar da pesquisa. Assim, a presente pesquisa contou com 15 (quinze) participantes em 04 (quatro) municípios.

Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, pois os sujeitos da pesquisa terão condições de ampliar sua percepção e fontes de consulta, quanto às atribuições do conselho municipal de saúde a atuação e importância do conselheiro de saúde para a efetivação das políticas públicas de saúde, seu processo de formação e sua participação enquanto agente de transformação e/ou mobilização na comunidade.

O questionário – planejado a partir das pesquisas bibliográficas, do conhecimento próprio do pesquisador e do tema “Participação Popular e Controle Social no SUS”, foi um projeto composto por aproximadamente 75 perguntas divididas em blocos com perguntas abertas e fechadas, que foram respondidas por escrito, com enfoque em questões estruturais do conselho e do conhecimento do conselheiro de saúde sobre as políticas públicas de saúde, o sistema único de saúde e o controle social no SUS. O questionário foi dividido em três partes: 1) Da estrutura e funcionamento do conselho; 2) Das ações e atribuições do Conselho de Saúde; 3) Identificação e Perfil do Conselheiro de Saúde.

Como refere Minayo (2010), o método de pesquisa qualitativa tem sua inserção na investigação científica por ser capaz de produzir descrição densa e ter abrangência analítica sobre os dados coletados e objeto investigado. Assim, ela o define:

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. [...] Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias. (MINAYO, 2010, p.57)

Para a análise dos dados respondidos pelos pesquisados, foram utilizadas como ferramentas digitais os programas Microsoft Office Excel que é um editor de planilhas e o Microsoft Office Word que é um processador de texto, nos quais os dados foram tabulados para realização da análise estatística e descritiva; posteriormente foram analisados, sistematizados e classificados segundo os objetivos indicados.

Foi utilizada a experiência do pesquisador, acadêmica e profissional e também foi realizada pesquisa de artigos e publicações com o tema: participação popular e controle social na saúde, bem como a consulta a livros e publicações com este tema. Procurei descrever no capítulo “Resultados e Discussões” a minha interpretação, frente às respostas dos participantes.

Dos dilemas vivenciados, cabe apontar, em primeiro lugar, o interesse por aprimorar um campo de conhecimento já expresso em outros estudos e pesquisas realizadas sobre participação em saúde, tendo como cenários os conselhos e as conferências de saúde que já apontavam um objeto de investigação (SILVEIRA, 2014).

A minha participação na disciplina Seminários I e II, os grupos de trabalho, por sugestão da banca avaliadora e a própria pesquisa em si, conduziram-me à necessidade de alteração do título deste trabalho, porém, mantendo a coerência com a linha de estudos e com os objetivos específicos. Entendo que na pesquisa científica o método de investigação adotado é o meio para se apropriar do objeto a ser investigado, quem o define é o próprio objeto recortado da realidade (SILVEIRA, 2014).

Este trabalho buscou compreender se o perfil dos conselheiros municipais de saúde, com base no levantamento de seus conhecimentos culturais e sociais, bem como em seu tempo de atuação como conselheiro têm relevância para conduzir suas ações deliberativas no controle social do SUS.

6 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Antes de iniciar as discussões sobre a pesquisa, vale frisar a necessidade da apresentação de alguns conceitos básicos, propostos por autores que investigam sobre a área, dentre eles, Pena (2017), Souza (2004), Lucchese (2004), bem como presentes na legislação brasileira, os quais foram utilizados durante a realização do trabalho, já que estão diretamente ligados à temática desenvolvida neste trabalho:

Cidadania: A cidadania é o conjunto de direitos e deveres exercidos por um indivíduo que vive em sociedade, no que se refere ao seu poder e grau de intervenção no usufruto de seus espaços e na sua posição em poder nele intervir e transformá-lo (PENA, 2017).

Saúde: A “Organização Mundial de Saúde” (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. A saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos (BRASIL, 2017).

Controle Social no SUS: Controle da Sociedade sobre a política de saúde. É a participação da população na elaboração, implementação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2015a).

Participação Popular/Social: É o caminho da democracia. É um dos cinco princípios da democracia. Transforma a realidade, possibilita construir os caminhos percorridos pela humanidade e dar sentido aos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade. “É através da Participação que se supera a resignação e o medo e gera as condições para o exercício pleno da liberdade e da cidadania” (SOUSA, 2004).

Conferência de Saúde: São instâncias colegiadas com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (Lei nº 8.142, art. 1º). As Conferências de Saúde foram um dos mecanismos pensados para cumprir o mandamento constitucional que exige que o sistema de saúde seja organizado com a participação da comunidade. (C. F., art. 198, III). Ordinariamente elas devem ser convocadas pelo chefe do Poder Executivo em cada esfera de governo e se reunirem a cada quatro anos.

Conselho de Saúde: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da 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, 1990a).

Sistema Único de Saúde: O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado por todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público. (BRASIL, 1988).

Políticas Públicas de Saúde: As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. (LUCCHESI, 2004).

6.1 - Da estrutura e funcionamento do conselho

Fator de suma importância para o desenvolvimento das ações e atividades de um Conselho de Saúde, tanto na formulação de estratégias, quanto no controle da execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, é sua estrutura de trabalho. A Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde traz:

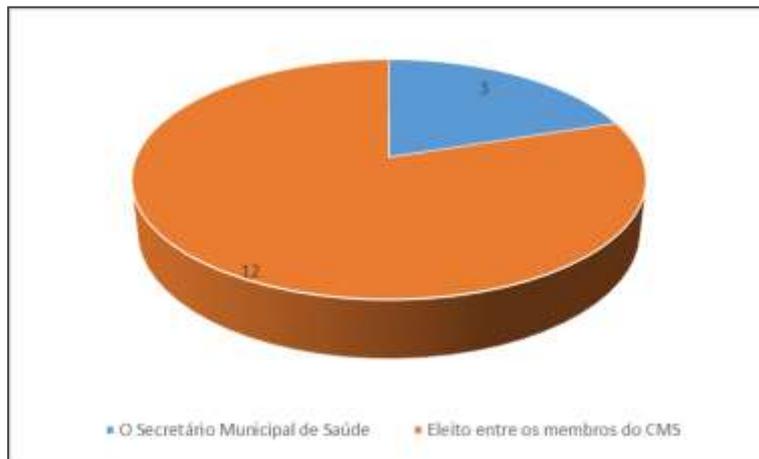
Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico. (BRASIL, 2012a)

No momento da entrevista, foi perguntado aos participantes o nome do presidente do Conselho de Saúde, 13 (treze) participantes disseram o nome e que conhecem o presidente, 02 (dois) participantes disseram não saber o nome do presidente do conselho. Perguntado se eles sabem o segmento que o presidente representa, 12 (doze) participantes responderam que sim e 03 (três) participantes disseram não saber. Os conselheiros responderam a qual segmento o presidente pertence, porém não foi possível confirmar, pois os presidentes não foram entrevistados.

A autonomia e independência da mesa diretora do Conselho de Saúde são fatores de extrema importância para o desempenho das atividades da entidade. Historicamente, o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde é o(a) presidente do Conselho de Saúde, sendo ainda que em vários municípios tanto a Lei de criação, quanto o Regimento Interno do Conselho,

determinam que o(a) Secretário(a) de Saúde seja o(a) presidente do conselho. Perguntado ao participante se o presidente foi eleito em plenária do Conselho Municipal de Saúde, 13 (treze) participantes responderam que sim e 02 (dois) participantes não souberam informar. Isso mostra o compromisso destes conselhos com a autonomia da entidade, embora em alguns casos o presidente do conselho é um profissional de saúde, que mantém vínculo e dependência com a administração municipal. Perguntado se, na opinião do participante, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde deve ser: O(A) Secretário(a) de Saúde ou eleito(a) entre os membros do conselho, obteve o seguinte resultado:

GRAFICO 1: O Presidente do Conselho deve ser?



Fonte: Pesquisa do Autor

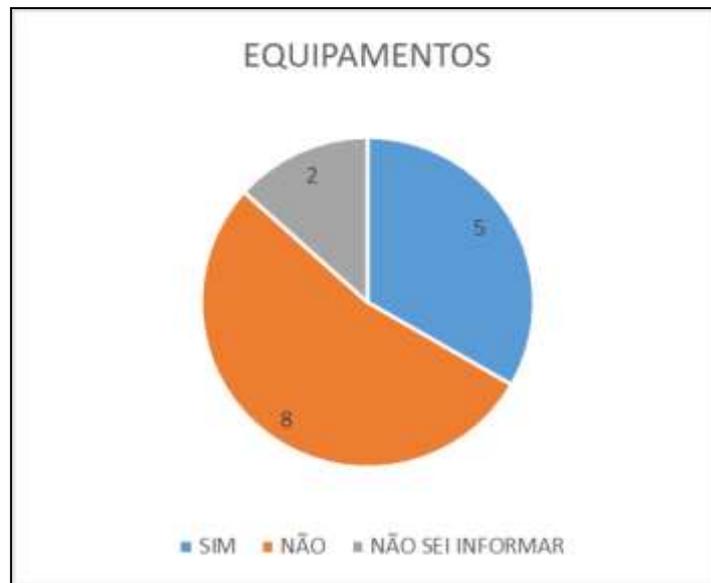
Quanto ao número de conselheiros titulares que compõem o Conselho Municipal de Saúde, 10 (dez) participantes informaram o quantitativo e 05 (cinco) participantes não souberam informar. Embora tenham respondido a este item, nesta pergunta pode verificar o desconhecimento dos participantes quanto ao número de conselheiros, já que em um mesmo município, os participantes informaram números diferentes de conselheiros que compõem o conselho, mostrando assim o completo desconhecimento dos participantes neste item.

O Conselho Municipal de Saúde, por sua dimensão e atribuição necessita de estrutura própria para o seu funcionamento. Perguntado ao participante se o Conselho Municipal de Saúde possui sede própria, o resultado segue abaixo:

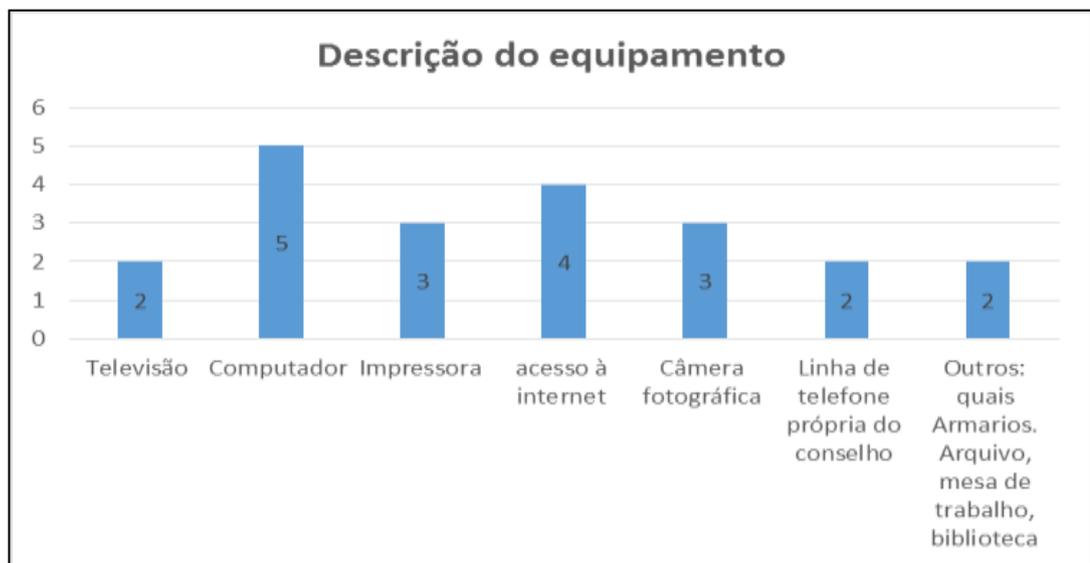
GRAFICO 2: O CMS possui sede própria?

O Conselho de Saúde deve contar com uma Secretaria-executiva, coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão. (Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde). A pergunta ao participante foi: O conselho Municipal de Saúde possui Secretaria Executiva?

GRAFICO 3: O CMS possui Secretaria Executiva?

GRAFICO 4: O CMS possui equipamentos?

Dos municípios que responderam que possuem equipamentos, foram discriminados os seguintes itens:

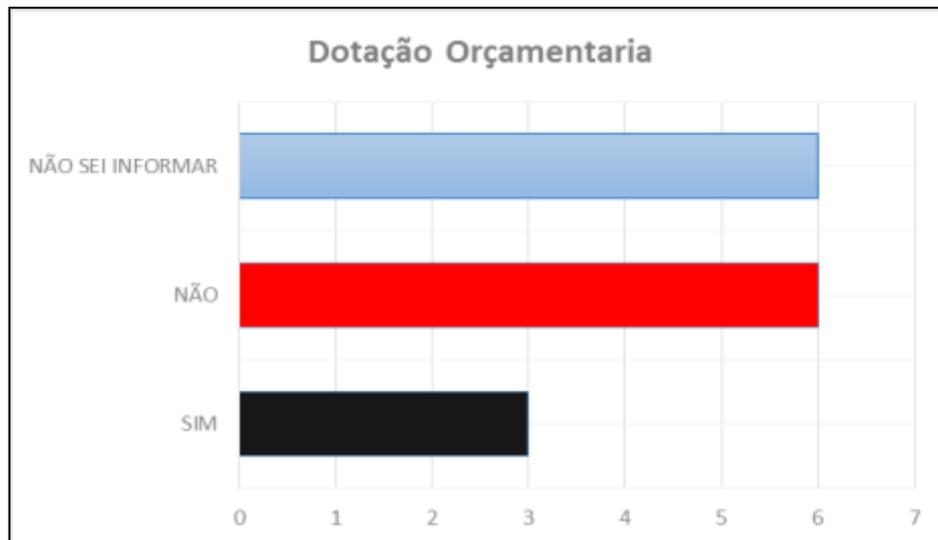
GRAFICO 5: Descrição dos equipamentos do CMS

No ano de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), atendendo à demanda do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências de Saúde, iniciou o PID - Programa de Inclusão Digital, que tinha como objetivo contribuir para que os conselheiros nacionais, estaduais e municipais de saúde se

apropriassem de informações e adquirissem habilidades para comunicação indispensáveis ao exercício do controle social, por meio do acesso a equipamentos de informática, informações em saúde necessárias ao desempenho do papel de conselheiro e estabelecimento de rede de intercâmbio entre os Conselhos de Saúde. Nesse sentido foram disponibilizados computadores e impressoras a todos os conselhos municipais e estaduais do Brasil. As afirmações dos participantes da pesquisa, demonstram que a não efetividade da mesa diretora, bem como o CMS não possuir um sede própria, estes equipamentos foram perdidos.

A verba para cobrir os custos para o funcionamento do conselho vem do orçamento do Poder Executivo, ou seja, da prefeitura ou do governo estadual ou do governo federal, por meio das respectivas secretarias de saúde. De qualquer forma, é preciso lembrar que o dinheiro destinado ao conselho de saúde deve ser gerenciado pelo próprio. Esta é uma questão muito importante para a independência dos conselhos (BRASIL, 2015a). Dotação Orçamentaria significa que o conselho deve ter orçamento próprio, que as prefeituras devem repassar recursos financeiros para o conselho, ou a prefeitura deve fornecer ao conselho estrutura administrativa para o seu funcionamento. Assim, foram formuladas indagações: O Conselho Municipal de Saúde possui dotação orçamentária própria?

GRAFICO 6: O CMS possui dotação orçamentária



O Conselho Municipal de Saúde tem autonomia na gestão do seu orçamento?

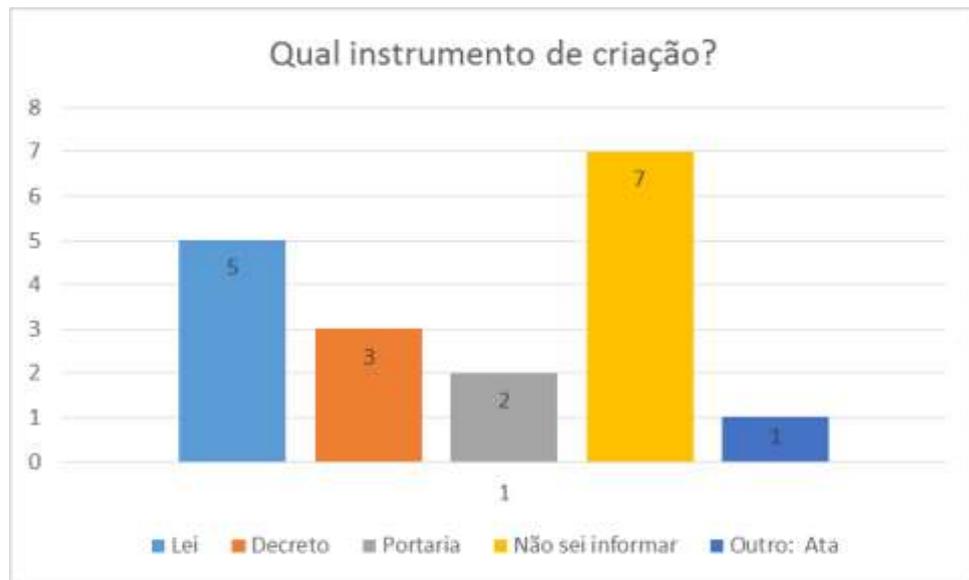
GRAFICO 7: O CMS tem autonomia na gestão do seu orçamento



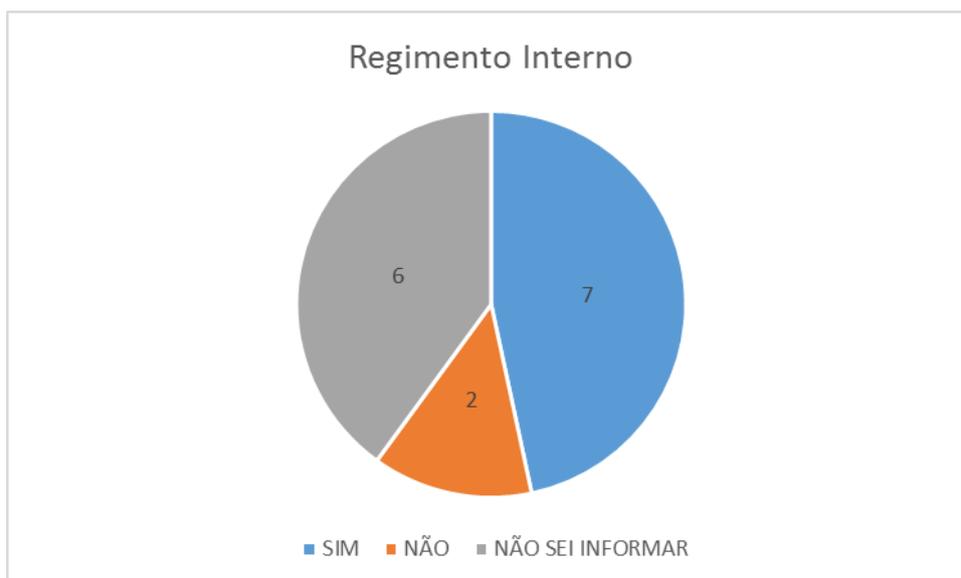
Resolução nº 453/2012, do CNS: “Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei nº 8.142/90.” Pergunta: O Conselho Municipal de Saúde possui instrumento legal de criação?

GRÁFICO 8: Instrumento de criação do CMS



GRÁFICO 9: Descrição do Instrumento de criação do CMS

Todo conselho de saúde deve ter regimento interno, que definirá como será o mandato dos conselheiros e estabelecerá regras de funcionamento do conselho. (Resolução nº 453/2012, CNS). Pergunta: O conselho Municipal de Saúde possui Regimento Interno?

GRÁFICO 10: O CMS possui regimento interno

O Conselho Nacional de Saúde estabeleceu, por meio da Resolução 453/2012, que o plenário do conselho deve se reunir, no mínimo, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário. As reuniões plenárias são abertas ao público e ainda deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade. Para esta condição, fiz a pergunta: As reuniões do Conselho Municipal de Saúde são abertas para participação da comunidade?

GRÁFICO 11: As reuniões do CMS são abertas para a população



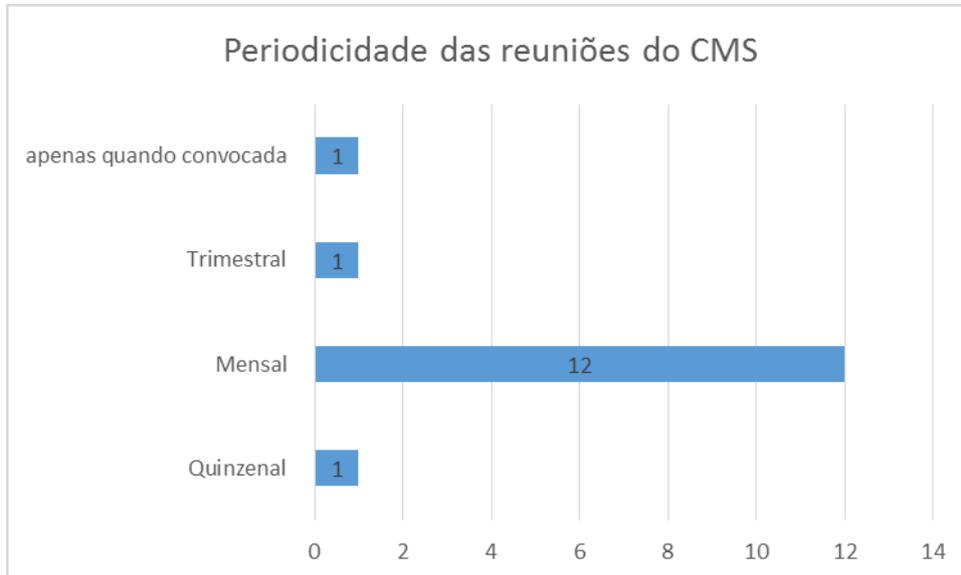
No período de julho de 2016 a julho de 2017, quantas reuniões ordinárias foram realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde:

GRÁFICO 12: Quantitativo de reuniões realizadas pelo CMS



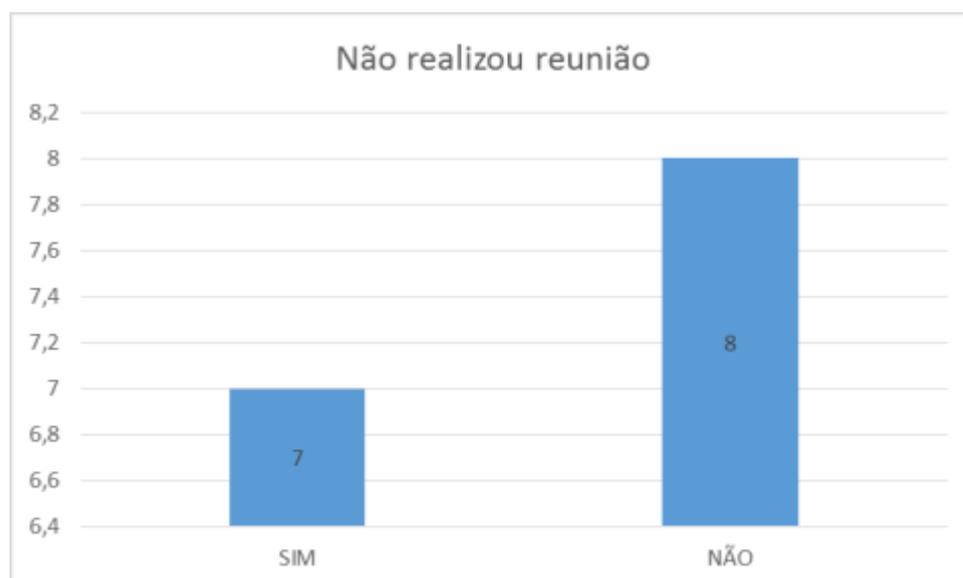
Qual a periodicidade prevista para realização das reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

GRÁFICO 13: Periodicidade das reuniões do CMS



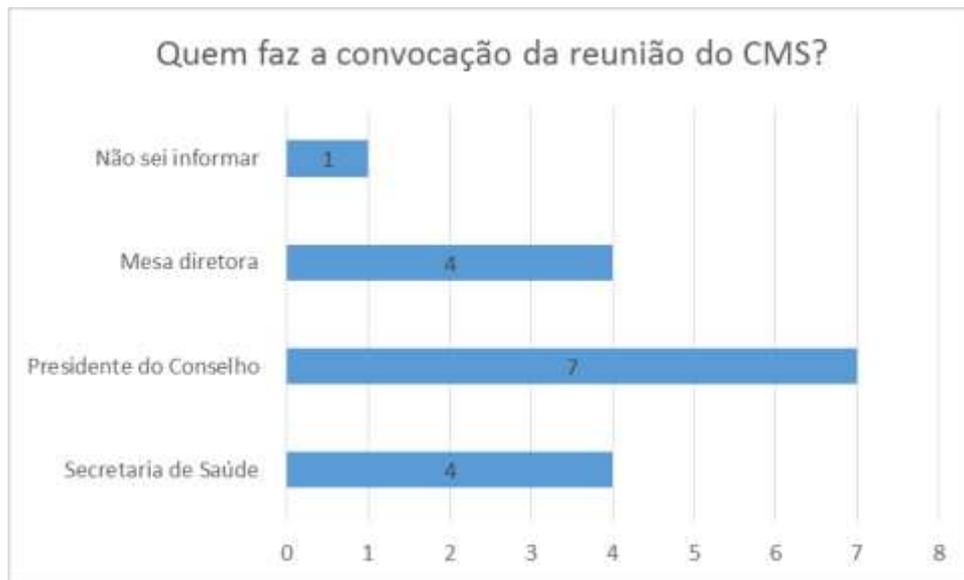
No período de julho de 2016 a julho de 2017, alguma vez o Conselho Municipal de Saúde não realizou reunião por falta de quórum (número mínimo de conselheiros para iniciar a reunião)?

GRÁFICO 14: O CMS não realizou reunião por falta de quórum



A convocação dos conselheiros para as reuniões não acontece com a antecedência necessária ou, pior, simplesmente não acontece. Por isso, sugere-se que a convocação seja encaminhada aos conselheiros por escrito, por meio de Aviso de Recebimento (AR) dado pelos correios, bem como divulgado em site, redes sociais e enviado por e-mail. Assim, é possível assegurar se a convocação de fato aconteceu ou não. Pergunta: Quem faz a convocação para a reunião do Conselho?

GRÁFICO 15: Quem faz a convocação da reunião do CMS



O plenário do conselho tem que tornar públicas suas decisões por meio de documentos, tais como resoluções, recomendações e propostas. É importante que os assuntos tratados em cada reunião sejam registrados em ata. Basta que, durante a reunião, a pessoa responsável pela Secretaria Executiva, se assim o conselho tiver, escreva tudo o que está sendo falado, o mais detalhadamente possível, e registre o nome de todos os conselheiros presentes. Após a reunião, os escritos são organizados no caderno de atas. Na reunião seguinte será apresentada a ata da reunião anterior, para que seja assinada pelos conselheiros que estiveram presentes e concordarem com tudo o que foi escrito. Pergunta: Como o CMS registra suas reuniões e decisões?

GRÁFICO 16: O CMS registra suas reuniões e decisões

Existem atualmente 5.597 conselhos municipais, estaduais e distrital de saúde (BRASIL, 2013). Entretanto, a atual conjuntura política e social requer uma retomada desses espaços como instrumentos vivos de gestão participativa capazes de cumprir com suas atribuições legais e políticas, fortalecendo sua autonomia deliberativa, estrutura e representação perante o Estado e a sociedade.

Em sendo um órgão oficial da estrutura de cada uma das três esferas de governo deve existir com as condições essenciais ao seu funcionamento. Assim os Conselhos devem ter uma estrutura administrativa que lhe garanta o funcionamento. Esta pode ser maior ou menor, mais ou menos complexa, na dependência do tamanho do município. Não existe lei, nem norma que defina isto, pois a obrigatoriedade legal é de que exista, mas as formas de existência varia conforme tempo e lugar, desde que preservada sua função constitucional e legal. Já vi prefeituras que oferecem aos Conselhos constitucionais um espaço comum, dentro ou fora do prédio da administração onde colocam toda uma infraestrutura comum a todos os Conselhos e que funciona muito bem. Outras menores onde os conselhos utilizam-se da infraestrutura do gabinete do secretário, sem nenhum prejuízo a suas funções precípua. (CARVALHO, 2017).

6.2 - Das ações e atribuições do conselho de saúde

Ao exercer o controle social do SUS, o conselho deve participar da fiscalização e do planejamento das políticas de saúde, propondo a forma de emprego dos recursos destinados a essa área, sobretudo no que diz respeito aos recursos recebidos pelos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2015a). O Conselho Municipal de Saúde de um município é responsável por aprovar, propor, acompanhar, avaliar e monitorar toda a política pública de saúde do município, tanto na parte financeira e orçamentaria, recursos humanos e assistenciais. Dada a importância do Conselho de Saúde, a Lei Complementar Federal nº 141/2012, cita o compromisso e competência do Conselho Saúde 19 (dezenove) vezes em todas os aspectos, conforme se infere de seu artigo 30:

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos **Conselhos de Saúde** deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades. (BRASIL, 2012a, com grifo nosso).

Para tanto, cabe ao conselho, exercer, resumidamente, as seguintes atividades (BRASIL, 2015a):

- deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive quanto aos seus aspectos econômicos e financeiros;
- deliberar, analisar, controlar e apreciar o funcionamento do Sistema Único de Saúde no estado ou no município;
- aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o Plano de Saúde;
- apreciar a movimentação dos recursos financeiros do SUS e pronunciar-se conclusivamente sobre os relatórios de gestão apresentados pela Secretaria de Saúde do estado ou município;
- acompanhar e fiscalizar os procedimentos do Fundo de Saúde;
- propor critérios para a criação de comissões necessárias ao efetivo desempenho do Conselho de Saúde, aprovando, coordenando e supervisionando suas atividades;

- apreciar os parâmetros estaduais ou municipais quanto à política de recursos humanos para a saúde, bem como a alocação de recursos econômicos, financeiros operacionais e humanos dos órgãos integrantes do SUS;
- promover a articulação entre diferentes instituições e setores a fim de garantir a atenção à saúde no estado ou município;
- aprovar o regimento, a organização e as normas de funcionamento da Conferência de Saúde;
- elaborar propostas, aprovar e examinar quaisquer outros assuntos que lhes forem submetidos, dentro de sua área de competência.
- apreciar, previamente, emitindo parecer sobre o Plano de Saúde e a aplicação de recursos financeiros recebidos fundo a fundo, bem como dos recursos destinados pelos orçamentos do estado ou do município para a saúde.

Pensando na importância e necessidade do Conselho Municipal de Saúde discutir as políticas de saúde do município, perguntei aos participantes da pesquisa: “Nos últimos 12 meses, quais temas e ou assuntos foram discutidos/deliberados na reunião do Conselho Municipal de Saúde? ”

TABELA 2: Temas discutidos nas reuniões do CMS

TEMAS DISCUTIDOS NA REUNIÃO DO CMS	RESPOSTAS	PORCENTAGEM
Saúde da Mulher	10	67%
Saúde do Homem	7	47%
Saúde Mental	9	60%
Saúde Bucal	5	33%
Saúde do Trabalhador	9	60%
Doenças Transmissíveis	7	47%
Doenças e Agravos não Transmissíveis	6	40%
Acidentes e Violências	6	40%
Modelo de Atenção	8	53%
Rede de Atenção à Saúde	7	47%
Atenção Primária em Saúde	13	87%
Atenção Especializada Ambulatorial	5	33%
Atenção nos Serviços de Urgências	9	60%
Atenção Hospitalar	8	53%
Regulação e Controle do Sistema de Saúde	6	40%
Vigilância em Saúde	12	80%
Atenção à Saúde das Pessoas Idosas	7	47%
Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência	5	33%
Atenção à Saúde das Pessoas em Condições Vulneráveis	5	33%
Prestação de Contas	13	87%
Plano Municipal de Saúde	14	93%
Programação Anual de Saúde	11	73%
Lei de diretrizes Orçamentaria	6	40%
Lei orçamentaria anual	7	47%
Relatório quadrimestral	9	60%
Relatório de Gestão	13	87%
*Outros:	4	27%

Também perguntei: O Conselheiro tem dificuldades para participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

GRÁFICO 17: Dificuldade de participação nas reuniões do CMS

Os participantes que responderam que existe a dificuldade em participar das reuniões do conselho, apresentaram, em síntese, os seguintes motivos:

TABELA 3: Principais dificuldades para não participação na reunião do CMS

Dificuldade em conciliar as atividades de Conselheiro de Saúde com as atividades profissionais	03
Desmotivação pela participação, já que a atividade não é remunerada	01
Falta de informação prévia sobre os assuntos e propostas técnicas que são discutidos e deliberados nas reuniões do Conselho	03
Outras: Falta de motivação e apoio do gestor	01

Os Conselheiros de Saúde têm participação na definição dos orçamentos da saúde no âmbito municipal?

GRÁFICO 18: Participação do conselheiro no orçamento municipal



Como já tratado nos capítulos anteriores deste trabalho, as políticas públicas de saúde, são o cerne do SUS, são as ações, projetos e programas para o atendimento à saúde do cidadão, inclusive na promoção e proteção a saúde. Ter o conhecimento sobre as políticas públicas de saúde do município, facilita e direciona os trabalhos do conselho de saúde. Com vistas a isto, perguntei aos participantes: “Para você, o que significam políticas públicas de saúde?” Dos 15 participantes, 04 (quatro) não souberam informar, abaixo são descritas as respostas dos participantes.

São reuniões para tentar resolver as questões de saúde do município. (C2)

É, reuniões para discutir o que é melhor para a saúde, discutir e tentar resolver. (C3)

As políticas públicas de saúde são o conjunto de atividades voltadas à programação, prevenção e assistência à saúde em geral. (C4)

A política pública são ações onde todo o cidadão pode usufruir do sistema. (C6)

São as ações intervenções setoriais para atendimento à saúde da população. (C7)

Políticas públicas de saúde são os programas, ações, projetos e atividades realizadas pelo estado ou por instituições privados e filantrópicos que visam garantir o acesso aos direitos relacionados a saúde conforme é previsto em legislação vigente. (C10)

Política pública de saúde e uma política que veio para um melhor atendimento aos usuários. (C11)

Políticas públicas são todas as medidas ações e estratégias de saúde para a melhoria da população da região. (C12)

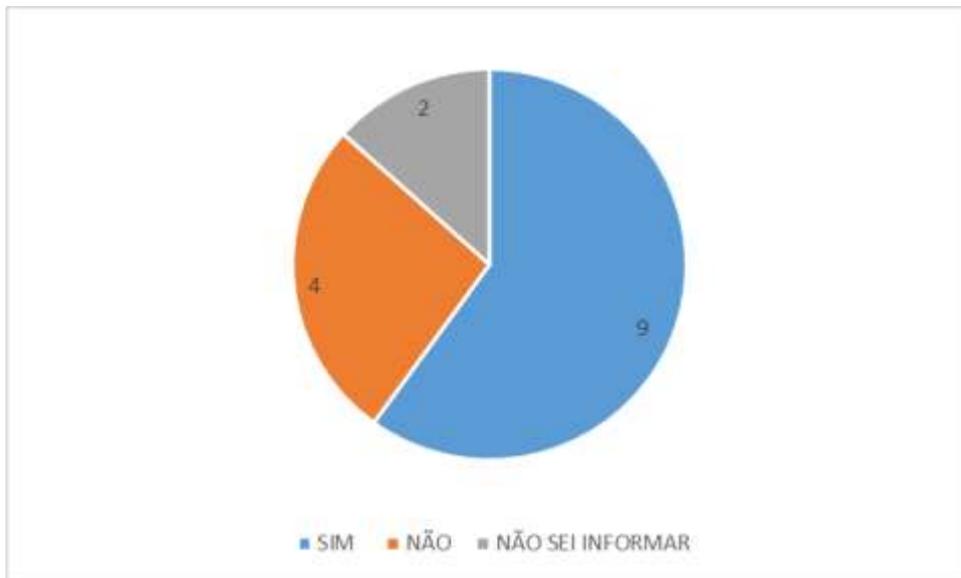
Todo o sistema que garante a gestão com qualidade do serviço de saúde. A política não é só atendimento, mas garantir a assistência integral ao paciente. (C13)

Programação, organizar a saúde de uma forma onde pode ser prevenida a doença. (C14)

São atendimento a população de um modo geral. (C15)

Nos últimos 12 meses, foram aprovadas políticas públicas municipais de saúde pelo Conselho de Saúde?

GRÁFICO 19: Políticas publicas aprovadas pelo CMS



QUADRO 1: Descrição das políticas públicas aprovadas pelo CMS

Plano de Enfrentamento da dengue. Plano de ação para mulher (mamografia), subsídios financeiros par hospitais referenciados

Rede hospitalar e vigilância em saúde

Criação de mais uma estratégia de saúde da família no município

Criação da Unidade de Saúde do Centro. Inauguração da laboratório municipal e a farmácia básica

Conferencia de saúde da mulher. Gestão Plena do Sistema de Saúde. Projeto de requalificação da Farmácia Básica

Atendimento a Dengue. Atendimento no câncer de mama (mês rosa). Atendimento ao câncer de próstata (mês azul).

Sendo o CMS responsável pela política de saúde do município, a formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, assim dispõe a Quinta Diretriz, item IX, da Resolução nº 453/2012:

Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, **propor** a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde (BRASIL, 2012a, com **grifo nosso**).

O Conselho Municipal de Saúde deve propor programas e ações para atendimento a população. Perguntei: No período de julho de 2016 a julho de 2017, quais políticas públicas municipais de saúde aprovadas foram objeto de iniciativa do conselho de saúde? 04 (quatro) participantes informaram que o conselho propôs, porém, no momento da pesquisa não soube informar qual política. 09 (nove) participantes informaram que o Conselho nunca propôs política de saúde para o município. 02 (dois) participantes não souberam informar.

6.3 - Identificação e perfil do conselheiro de saúde

O ponto de partida da atuação dos conselheiros de saúde são as necessidades da comunidade. Os conselheiros são a ligação entre o conselho de saúde e o grupo social que representam. Cada conselheiro representa um segmento da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade para as políticas de saúde. Neste capítulo, abordarei o perfil dos conselheiros de saúde da Região de Saúde de Diamantina, sua vivência com o controle social, sua representatividade na sociedade e sua atuação no Conselho Municipal de Saúde.

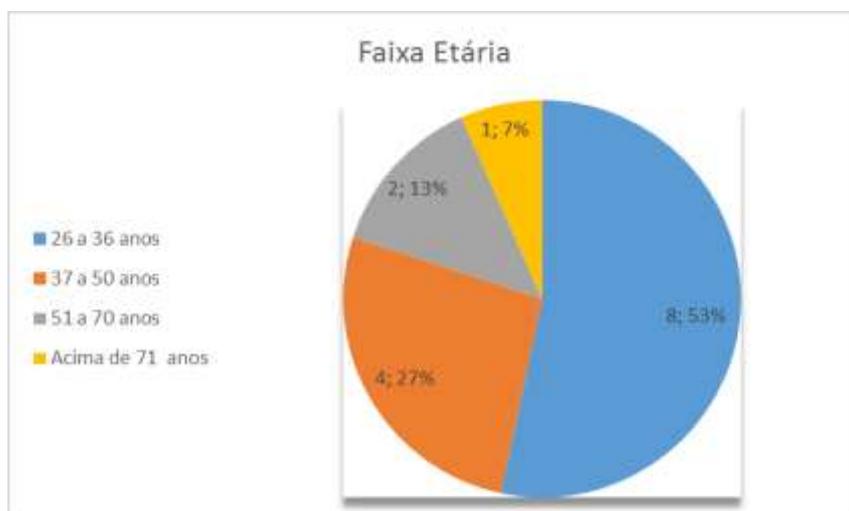
Quanto à Profissão dos conselheiros:

TABELA 4: Descrição da profissão dos conselheiros

PROFISSÃO	QUANT
Funcionário Público	02
Dona de Casa	01
Agente Comunitário de Saúde	01
Agente Administrativo	01
Técnica de Enfermagem	02
Assistente Social	01
Farmacêutico	01
Cozinheiro aposentado	01
Bombeiro Hidráulico	01
Enfermeiro	01
Pedagoga	01
Aposentado	01

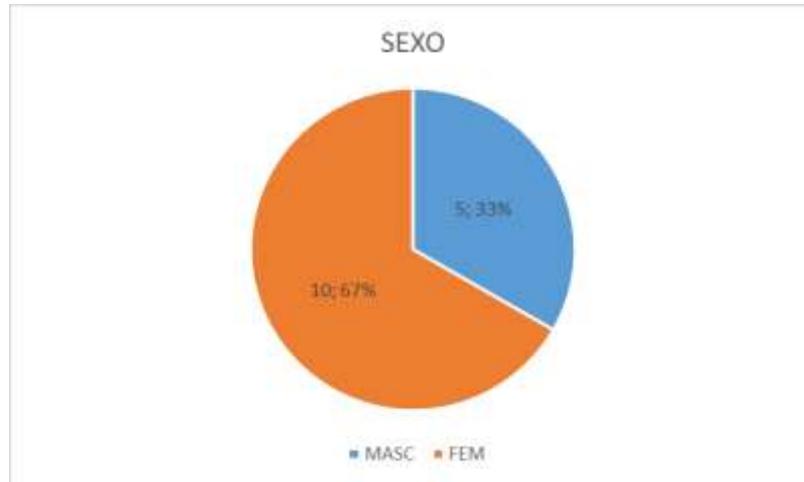
Quanto à Faixa Etária dos participantes da pesquisa:

GRÁFICO 20: Faixa etária dos conselheiros



Quanto ao Sexo dos Participantes da Pesquisa:

GRÁFICO 21: Sexo dos conselheiros



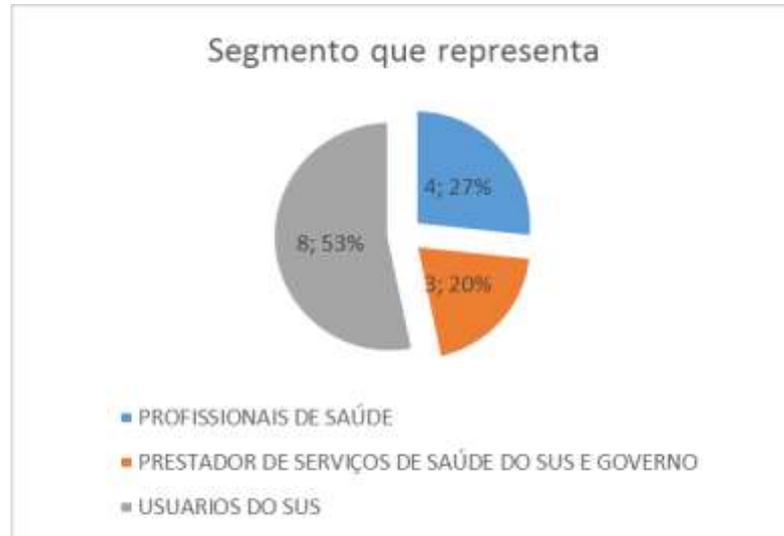
Quanto à escolaridade dos Participantes da Pesquisa

GRÁFICO 22: Escolaridade dos conselheiros



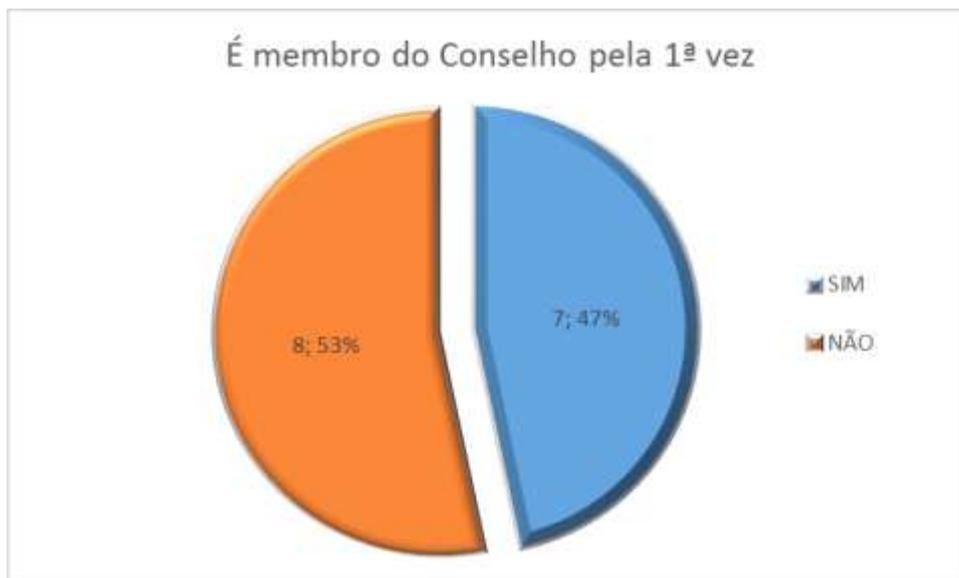
Setor que representa no conselho municipal de saúde:

GRÁFICO 23: Setor que o conselheiro representa no CMS



É membro do Conselho de Saúde pela primeira vez?

GRÁFICO 24: É membro do CMS pela 1ª vez



Há quantos anos é conselheiro (a) de Saúde?

GRÁFICO 25: Quantos anos como conselheiro

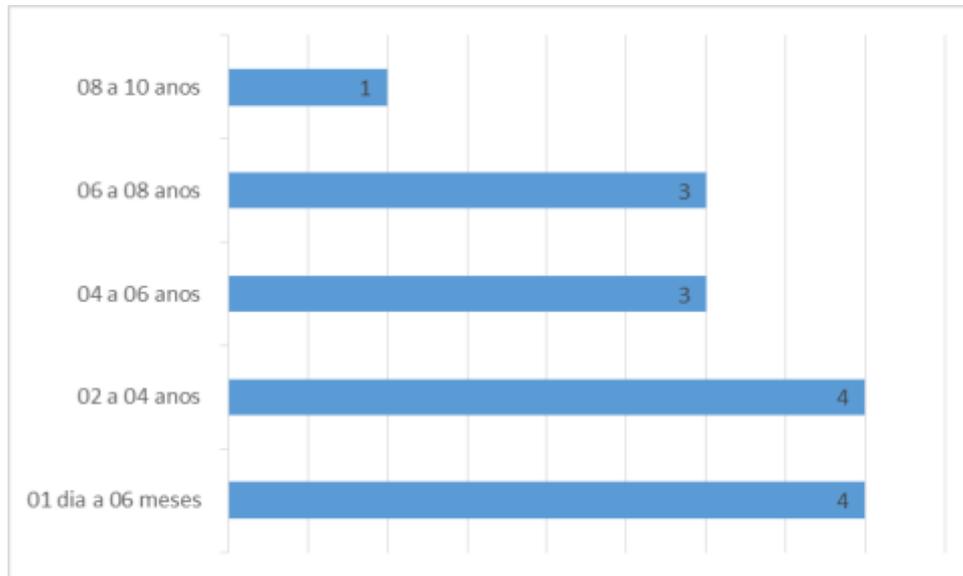
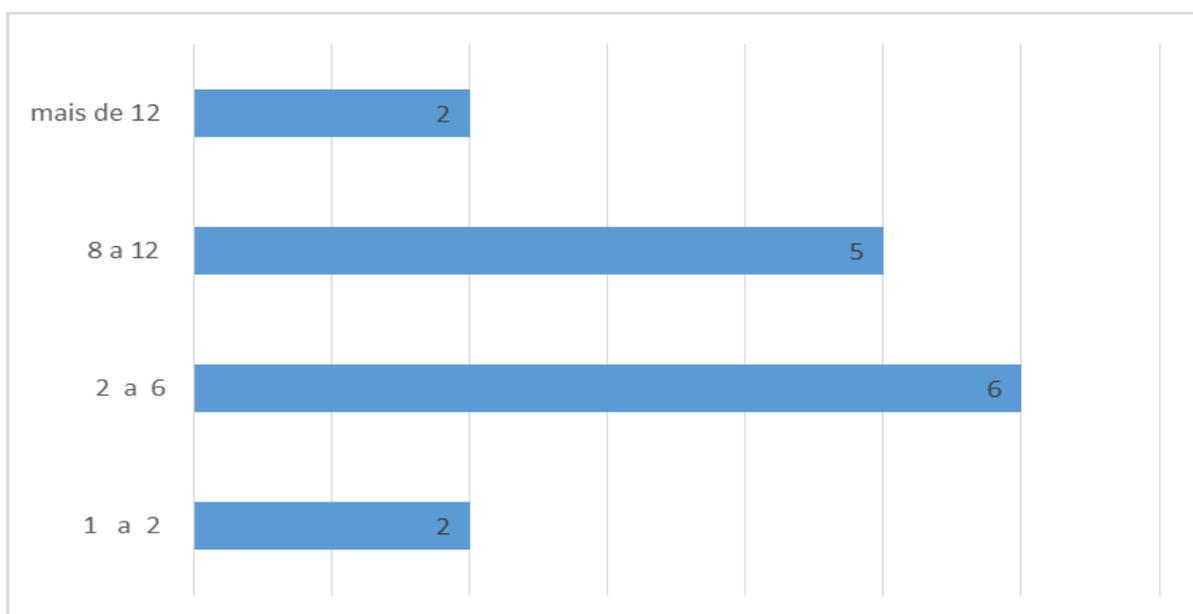


TABELA 5: Como foi eleito para o CMS

Indicado (a) pelo setor que representa no Conselho (exceto Governo Municipal)	10
Eleito em assembleia geral pelo setor que representa em reuniões de saúde ou pré-conferências	02
Indicado pelo poder público (Governo Municipal)	03

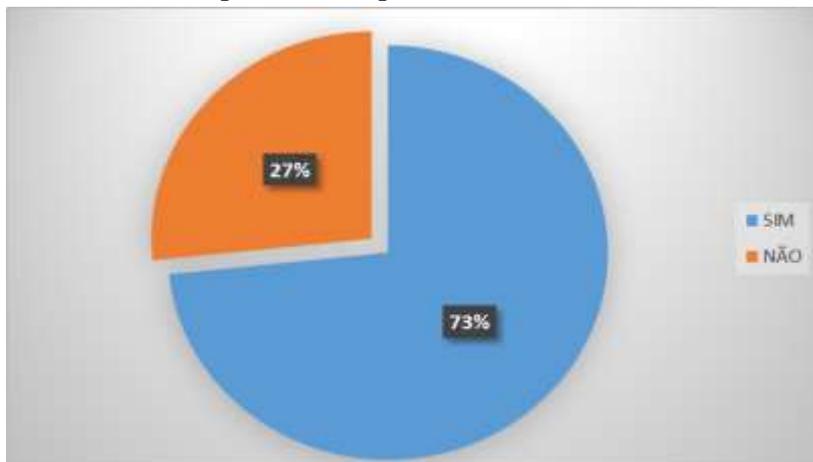
No período de julho de 2016 a julho de 2017, a quantas reuniões do Conselho de Saúde você participou?

GRÁFICO 26: A quantas reuniões do CMS o conselheiro participou



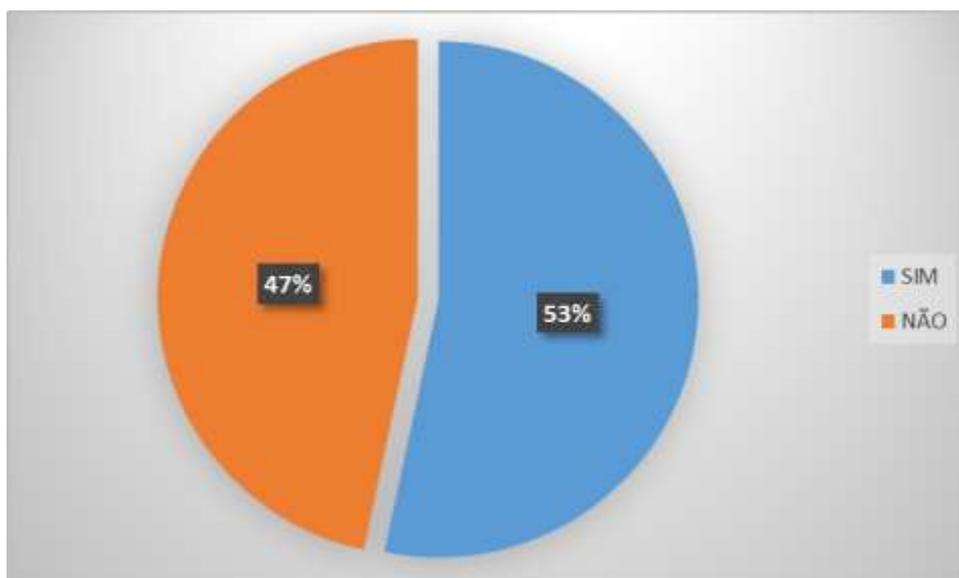
Você leva para as reuniões do conselho de saúde demandas apresentadas por sua entidade de base?

GRÁFICO 27: Demandas apresentadas pela entidade



Você leva para sua entidade de base as discussões e decisões feitas nas reuniões do conselho de saúde?

GRÁFICO 28: Discussão com a entidade das reuniões do CMS



Pela sua experiência e tempo de atuação de conselheiro(a) de saúde, você tem dificuldade para deliberar sobre assuntos referentes a:

TABELA 6: Dificuldade do conselheiro em deliberar sobre assuntos

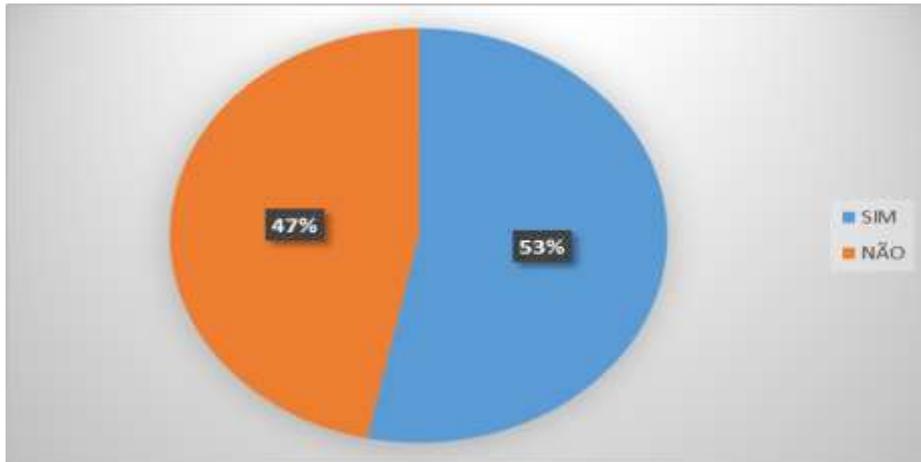
Saúde da Mulher	3	20%
Saúde do Homem	2	13%
Saúde Mental	6	40%
Saúde Bucal	5	33%
Saúde do Trabalhador	2	13%
Doenças Transmissíveis	4	27%
Doenças e Agravos não Transmissíveis	4	27%
Acidentes e Violências	3	20%
Modelo de Atenção	7	47%
Rede de Atenção à Saúde	7	47%
Atenção Primária em Saúde	2	13%
Atenção Especializada Ambulatorial	6	40%
Atenção nos Serviços de Urgências	5	33%
Atenção Hospitalar	3	20%
Regulação e Controle do Sistema de Saúde	7	47%
Vigilância em Saúde	7	47%
Atenção à Saúde das Pessoas Idosas	5	33%
Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência	5	33%
Atenção à Saúde das Pessoas em Condições Vulneráveis	8	53%
Prestação de Contas	5	33%
Plano Municipal de Saúde	6	40%
Programação Anual de Saúde	6	40%
Lei de Diretrizes Orçamentárias	9	60%
Lei Orçamentária Anual	9	60%
Relatório Quadrimestral	8	53%
Relatório de Gestão	6	40%
Outros:		
Referente a assuntos que o prefeito pede	1	7%

Dos assuntos que os participantes apresentaram maior dificuldade em discutir na reunião plenária do Conselho de Saúde estão: Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual (60%), Relatório Quadrimestral (53%) Modelo de Atenção, Rede de Atenção à Saúde, Regulação e Controle do Sistema de Saúde, e Vigilância em Saúde (47%).

Nestes, os participantes apresentaram dificuldade nos temas e assuntos ligados à gestão do SUS, avaliação do SUS e programas de prevenção à Saúde.

Você sente dificuldade de analisar e aprovar documentos, ações e projetos?

GRÁFICO 29: Dificuldade do conselheiro para analisar e aprovar

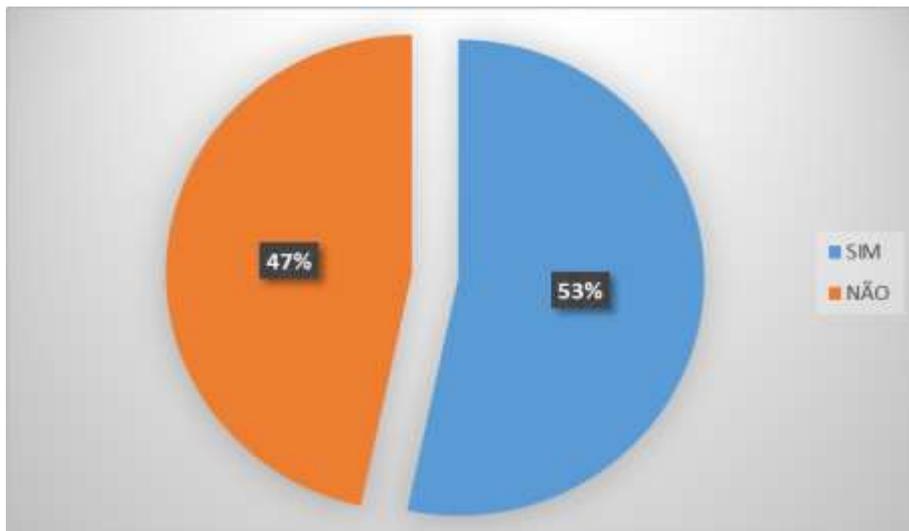


Ressalta-se que o Controle Social no SUS é o controle da sociedade sobre a política de saúde. É a participação da população na elaboração, implementação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde. O controle social é realizado pelo cidadão a partir da sua vivência na comunidade, no trabalho, na escola. É a forma organizada que os cidadãos têm de demandar os órgãos de governo para o aperfeiçoamento das políticas públicas: na área da assistência social, educação e saúde (BRASIL, 2015). O Controle Social pode ser exercido de forma individual e de forma coletiva. De acordo com a Lei Federal nº 8.142/2012, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, configuram-se como espaço do Controle Social no SUS, porém existem outras formas de exercício.

FIGURA 3: Espaços de Controle Social

Fonte: Tribunal de Contas da União. Brasil. 2015. p. 14. Adaptado⁴

Para você, o que significa Controle Social e qual sua importância?

GRÁFICO 30: Significado de Controle Social

Controle Social é onde controla a parte da saúde no município, é muito importante esse controle. (C1)

É a forma de controlar e intervir nas formas de comportamento da sociedade. (C4)

É a participação da população nas decisões da saúde pública. E Muito importante. (C8)

O Conselho controlar as coisas de um modo geral. Por isso que já falei que é importante. (C9)

Controle social é a possibilidade da população participar da elaboração e execução das políticas, tendo a população maior conhecimento das políticas. (C10)

⁴ **Fonte:** <http://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/orientacoes-para-conselheiros-de-saude-2-edicao.htm>. Acesso em: 11 ago 2017

É a organização do sistema de saúde. Uma comunidade mais saudável. (C11)

Controle Social é garantir a participação da comunidade e o exercício da democracia e corresponsabilidade entre governo e sociedade civil. (C13)

São as necessidades das pessoas necessitadas da comunidade/cidade. (C15)

Quanto as Conferências de Saúde, 13 participantes informaram saber o que é a Conferência e 02 (dois) participantes informaram não saber. Perguntei: Você sabe o que é Conferência de Saúde? Qual a sua finalidade?

Conferência de saúde é onde apresenta tudo que foi feito na área da saúde e a finalidade é aumentar o conhecimento da população. (C1)

Traçar os planos da saúde. (C3)

Tem o objetivo de elaborar propostas e demandas referentes a saúde e buscar a solução. (C4)

São traçar metas par o desenvolvimento de ações do município com a finalidade de solucionar os problemas. (C6)

Analisar, propor e deliberar as ações realizadas e o aprimoramento na saúde. (C7)

Discutir temas relacionados a saúde da população e propor soluções. (C8)

A conferência é muito importante para a saúde. (C9)

As conferencias são realizadas de 4 em 4 anos e são de extrema importância para o funcionamento do SUS, pois este é um momento da população avaliar a situação do municio e propor diretrizes para a formulação da política de saúde e servir como base para a construção do Plano Municipal de Saúde. (C10)

É um momento de apresentação de propostas para a melhoria da saúde das pessoas do município. (C11)

É o momento onde reúne diversas âmbitos para discutir melhores propostas. (C12)

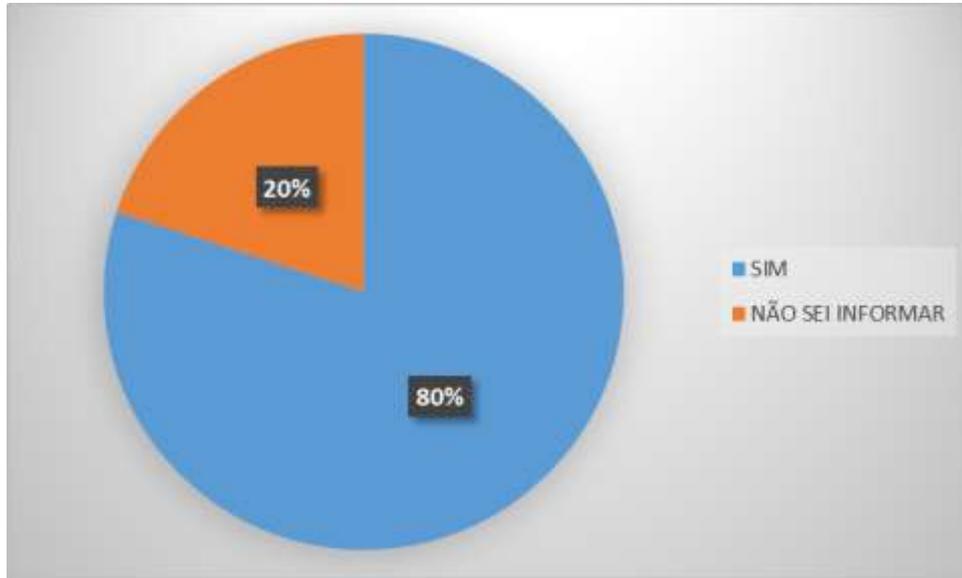
Conferencia é um momento de reflexão e levantamento de proposta para a saúde pública. Espaço que garante a participação popular. (C13)

É a onde se reúnem para discutir a melhor programação de saúde para o usuário e município. (C14)

Para discutir as necessidades a serem implementadas no município. (C15)

Você sabe dizer quando seu município realizou a última conferência de saúde? Houve participação da comunidade?

GRÁFICO 31: Data da última conferência de saúde



Mencionado no início deste capítulo, as competências e atribuições de um Conselho Municipal de Saúde, a atuação/atribuição do conselheiro municipal de saúde estão diretamente ligadas ao exercício do cumprimento das competências do conselho, conforme descrito também Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O conselheiro tem de saber qual é seu papel no Conselho de Saúde. Historicamente, o conselheiro é visto como o “fiscalizador” da Secretaria de Saúde, porém suas atribuições vão além de fiscalizar, devendo também, propor, avaliar, monitorar, acompanhar as políticas de saúde do SUS. Assim, perguntei aos participantes: Em seu entendimento quais as atribuições de um conselheiro de saúde? 13 (treze) participantes responderam, sendo que 02 (dois) participante disseram não saber. O tema “Fiscalizar” é presente em quase todos os diálogos.

Deliberar as demandas apresentadas nas reuniões, fiscalizar a equipe da saúde. (C1)

Fiscalizar a saúde e ajudar na organização. Levar ideias, apresentar erros para serem corrigidos. (C2)

Ajudar na organização da saúde e controlar gastos. Porém aqui no município a gente só aprova projetos. (C3)

O Conselheiro de saúde tem a função de acompanhar, orientar e fiscalizar o serviço único de saúde do município. (C4)

Fiscalizar, analisar, aprovar, reprovar as ações de saúde do município. (C6)

Analisar, acompanhar, fiscalizar, propor e deliberar. (C7)

Fiscalizar os recursos da saúde. Deliberar temas relacionados a saúde da população. Propor novas políticas. (C8)

Para dar normas, olhar como está a saúde. (C9)

Exercer o controle social fiscalizando, acompanhando, monitorando as políticas públicas de saúde. (C10)

É responsável pela situação de saúde pois tudo se passa pelo conselho. (C11)

Contribuir na sua área para as melhorias das condições de saúde da população. (C12)

Ser voz e vez da instituição que representa. Fiscalizar e deliberar, ser propositivo. (C13)

Discutir e aprovar tudo aquilo realizado relativo a saúde no município. (C15)

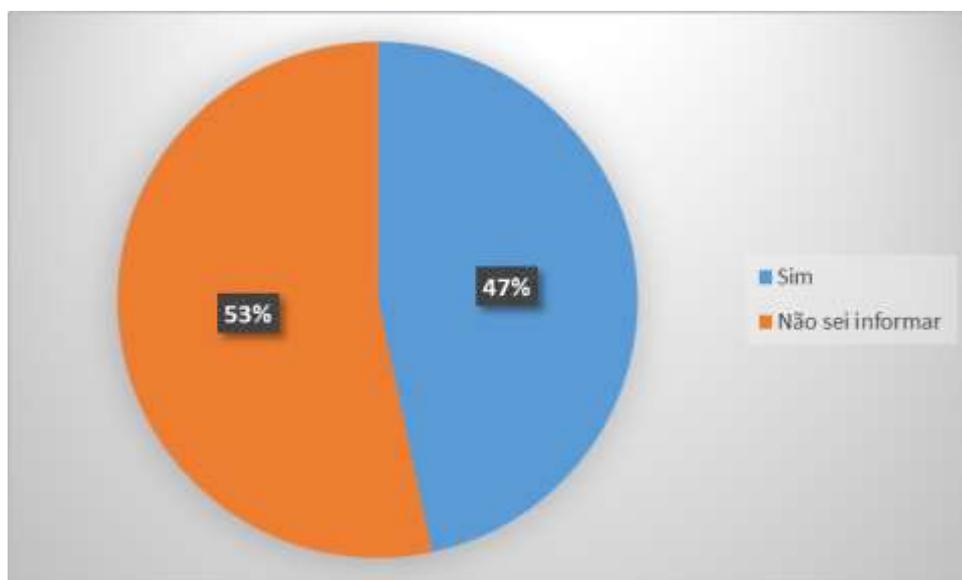
A Lei federal nº 8.142/90 define que o Conselho de Saúde terá composição paritária, a Resolução 453/2012 definiu, ainda, que o conselho de saúde deve ser composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde. O conselho de saúde não é paritário quando sua formação (representatividade) não obedece ao que está na lei.

Os conselhos de saúde reúnem pessoas com pensamentos diferentes uns dos outros, ideias que podem ter semelhanças e diferenças e sugestões que podem até mesmo ir contra sugestões de outros. Mas essas diferenças são muito importantes para que o conselho tenha uma visão geral da saúde, acolhendo diversas perspectivas, e possa tomar decisões com mais qualidade, sempre respeitando todas as opiniões. Por isso, você, conselheiro de saúde, deve expressar suas opiniões e ouvir os outros conselheiros, para que todos se entendam e cumpram o objetivo maior do conselho de saúde, que é melhorar a saúde da comunidade (BRASIL, 2015).

FIGURA 4: Paridade no Conselho de Saúde

Fonte: Tribunal de Contas da União. Brasil. 2015. p. 22. Adaptado⁵.

Qual seu entendimento sobre paridade no Conselho de Saúde? Ela é importante?

GRÁFICO 32: Entendimento do participante da pesquisa sobre paridade no CMS

Acho importante sim, porque fica mais fácil no caso de aprovação. (C4)

É o mesmo quantitativo de representação. Exemplo: 6 usuários e 06 governo. (C6)

⁵ **Fonte:** <http://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/orientacoes-para-conselheiros-de-saude-2-edicao.htm> acesso em: 11 ago 2017

50% usuários, 25% prestador e governo e 25% profissionais de saúde. (C8)

É a possibilidade dos vários segmentos participarem do conselho tendo representantes diversificados, como trabalhador, prestadores, sociedade civil, etc nas decisões. (C10)

É a distribuição de vagas entre as entidades de acordo com a lei nº 8080. (C11)

Acho que é a questão do voto dentro da reunião do conselho. (C12)

Ta em igual condições (sociedade civil e governo) igualmente representadas. (C13)

Quantidade de conselheiros por setor/segmento da sociedade. (C15)

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado por todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público. (CF/1988) Perguntei ao participante: Você conhece ou já ouviu falar do Sistema Único de Saúde? Em caso positivo, o quê? 14 (quatorze) participantes informaram conhecer o SUS, apenas 01 (um) participante disse não saber informar no momento de responder o questionário.

O SUS é muito bom sim. Consultas, exames e outros, ajuda demais a população, principalmente a mais carente. (C1)

É o sistema onde a gente pode acompanhar nossa saúde. (C2)

É o melhor plano de saúde que existe no mundo, porem falta organização e recursos por parte do governo. (C3)

É o Sistema de Saúde que tem como garantia o atendimento gratuito, integral e igualitário para todos. (C4)

É uma política de saúde para todos. (C6)

É universal e para todos. (C7)

Um sistema universal de acesso a saúde pública no Brasil. (C8)

SUS é para tratamento da saúde das pessoas. (C9)

É um dos maiores sistema publico de saúde do mundo sendo criado na constituição federal de 1988, sendo um dos tripés da seguridade social. (C10)

É o sistema onde se faz a saúde acontecer. (C11)

SUS é um sistema criado pelo governo de forma única para que todos tenham atendimento de acordo com sua necessidade. (C12)

É a forma de gestão da politica publica de saúde do Brasil. É a todo a gestão. (C13)

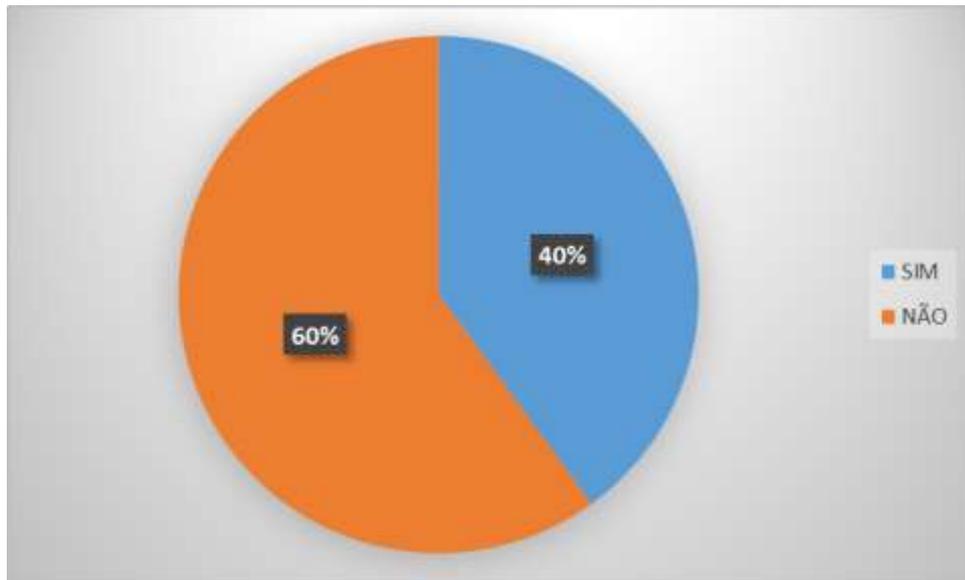
Sistema Único de Saúde é um direito de todo cidadão. (C14)

É atendimento à população de um modo geral. (C15)

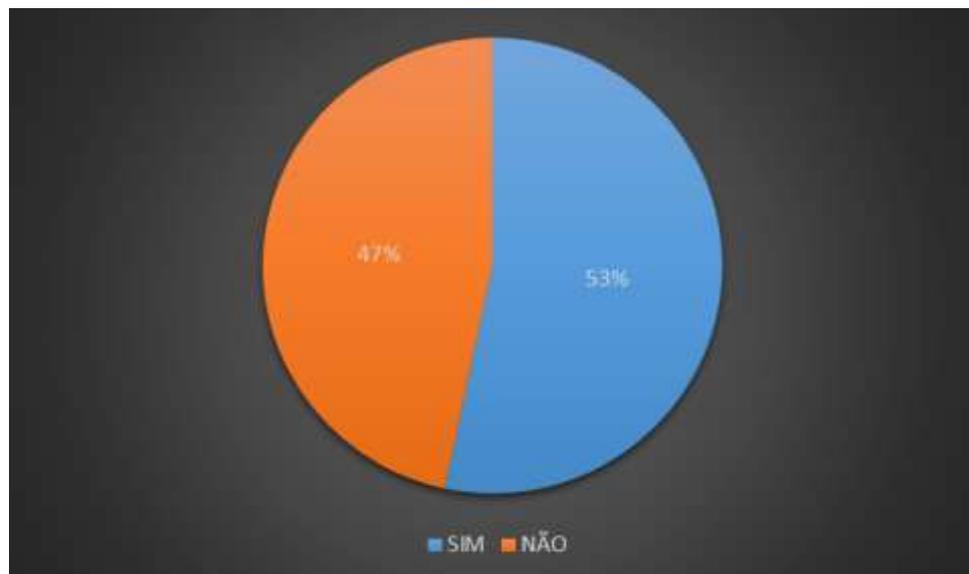
O planejamento em saúde, como arcabouço legal do SUS, pode indicar processos e métodos de formulação e/ou requisitos para repasses de recursos, controle e auditoria. Para o fortalecimento e a institucionalização do SUS, faz-se necessária a “adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS” (BRASIL, 2013).

De acordo com o Decreto 7.508/2011, o “processo de planejamento de saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde”, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Essa compatibilização deve ser feita no âmbito dos Planos de Saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são: o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. De acordo com a Portaria GM/MS 2.135/2013, esses instrumentos estão interligados sequencialmente entre si, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (BRASIL, 2015). Existem também, o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior/RDQA, o Plano Plurianual de Ações Governamentais/PPAG, a Lei de Diretrizes Orçamentárias, a Lei Orçamentaria Anual. Todos estes instrumentos devem ser construídos juntamente com os conselheiros de saúde e devem ser aprovados pelo conselho de saúde, conforme determina a lei. Para investigar sobre esses instrumentos perguntei: Você conhece os instrumentos de planejamento e gestão do SUS? Em caso positivo, quais? 40 % (quarenta por cento) dos participantes responderam sim e citaram alguns dos instrumentos já mencionados no parágrafo anterior. 60% (sessenta por cento) dos participantes informaram não conhecer. Vale destacar que nenhum participante informou os nomes de todos os instrumentos, informavam entre 01 a 03 nomes. Outros participantes informaram conhecer os instrumentos, no entanto não souberam informar o nome de nenhum deles.

GRÁFICO 33: Conhecimento dos conselheiros sobre os Instrumentos de Gestão do SUS

Ter o conhecimento do que vai participar, como vai participar, para que vai participar, onde vai participar, com quem vai participar é muito importante para o direcionamento de seus trabalhos e até mesmo para a escolha se vai ou não participar. Por isso, foi importante a pergunta: Você foi informado(a)/orientado(a) sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o papel do Conselho Municipal de Saúde na gestão do Sistema Municipal de Saúde antes da sua eleição como membro do Conselho?

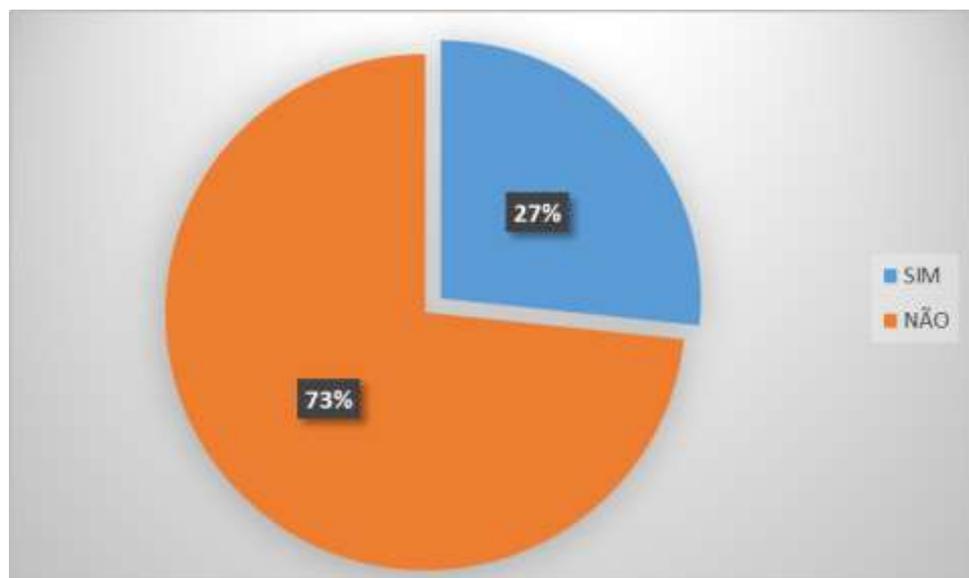
GRÁFICO 34: Informação do conselho de saúde e do SUS anterior à eleição

O Conselho Nacional de Saúde, com vistas a dar condições e instrumentos para os conselheiros de saúde para o pleno desenvolvimento de suas atribuições deliberativas, aprovou em agosto de 2006 a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único De Saúde-SUS, tendo como base as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, que teve como objetivo atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na Política de Saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde para fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS. (PNEP, 2006). Corrobora a Política Nacional de Educação Permanente a Lei Complementar nº 141/2012, que diz:

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (BRASIL, 2012b).

Então perguntei aos participantes: Você já participou de algum curso/evento para Capacitação de Conselheiros de Saúde? Em caso positivo, qual?

GRÁFICO 35: Capacitação do conselheiro de saúde



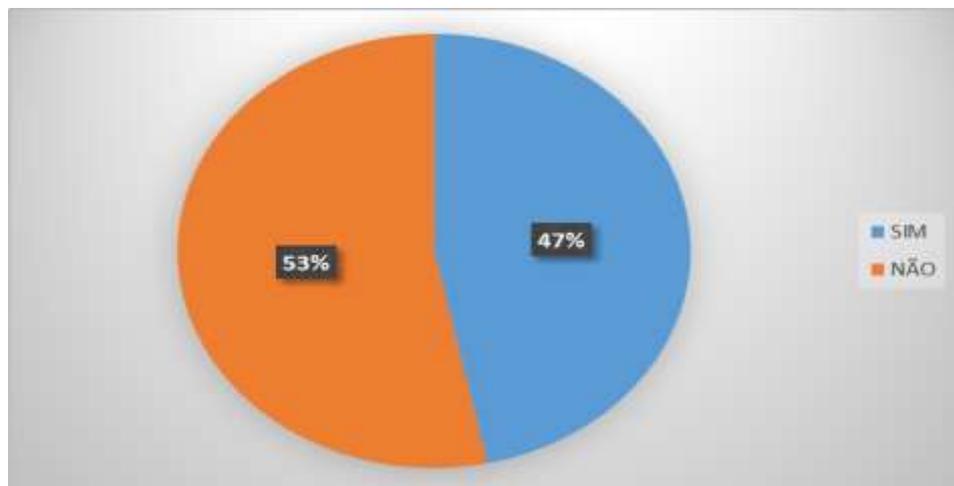
Para você, qual a importância de curso de capacitação de conselheiros(as) de saúde?

TABELA 7: Importância do curso de capacitação para o CMS

IMPORTÂNCIA DO CURSO DE CAPACITAÇÃO	RESPOSTAS	PORCENTAGEM
Aprimoramento de conhecimentos	15	100%
Mudança de atitude como conselheiro na prática	12	80%
Alterações nas normatizações, documentos ou estratégias de trabalho no conselho	9	60%

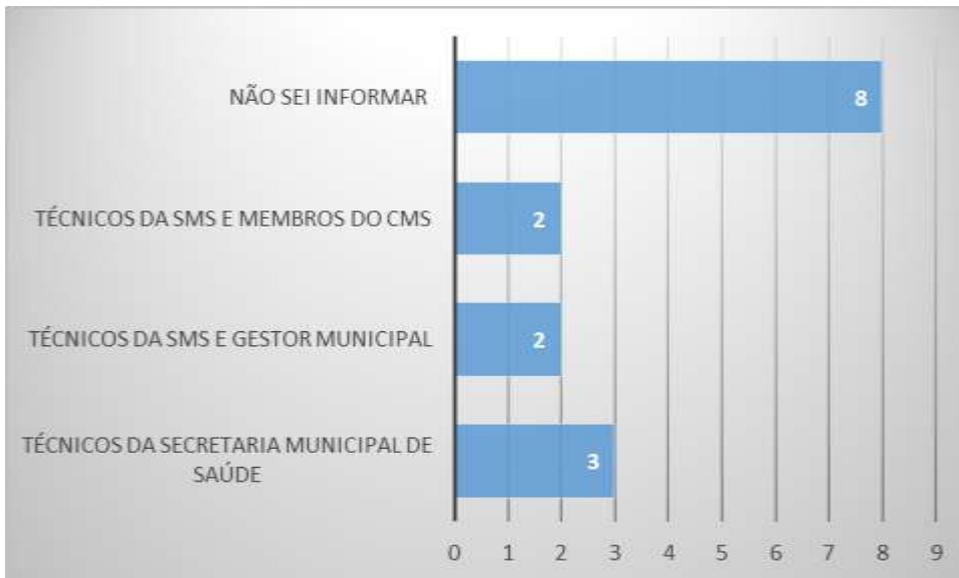
O plano municipal de saúde é a base para o planejamento de todas as ações de governo na área da saúde. Ele deve refletir as necessidades de saúde nos municípios e nos estados e ser referência para os processos de planejamento e formulação de programações e projetos. O Plano de Saúde é o instrumento básico que orienta a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. Conforme prefeitura também a lei federal nº 8.142/1990 e a lei complementar nº 141/2012, o Plano Municipal de Saúde deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde de cada ente da federação. O PMS é a linha guia para o conselheiro de saúde, acompanhar, monitorar e avaliar as políticas de saúde do município, ele deve ser criado pelo gestor municipal com a participação do Conselho Municipal de Saúde. Perguntei ao participante: Você conhece o Plano Municipal de Saúde de seu município?

GRÁFICO 36: Conhecimento sobre o PMS de seu município



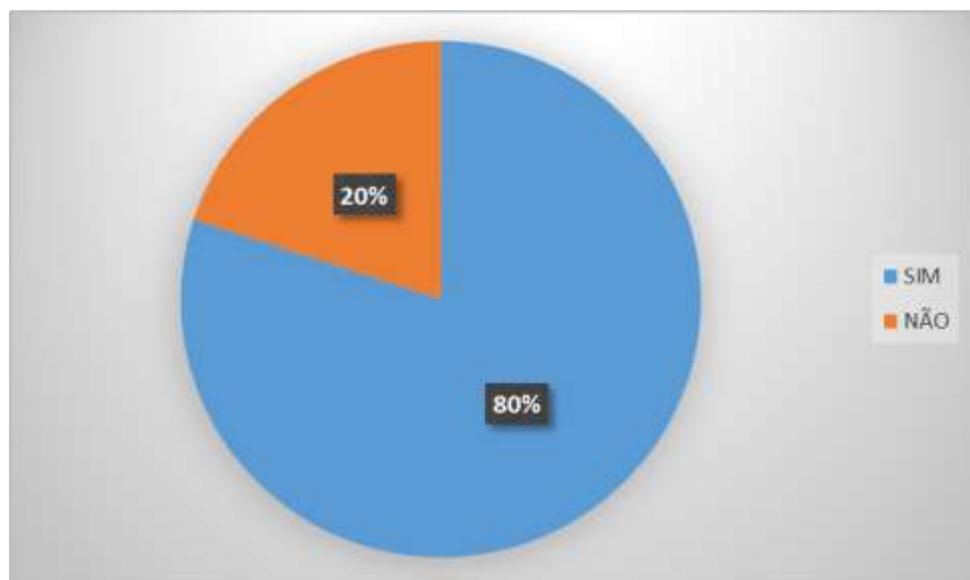
O Plano Municipal de Saúde em vigor foi elaborado por:

GRÁFICO 37: O PMS foi elaborado por quem



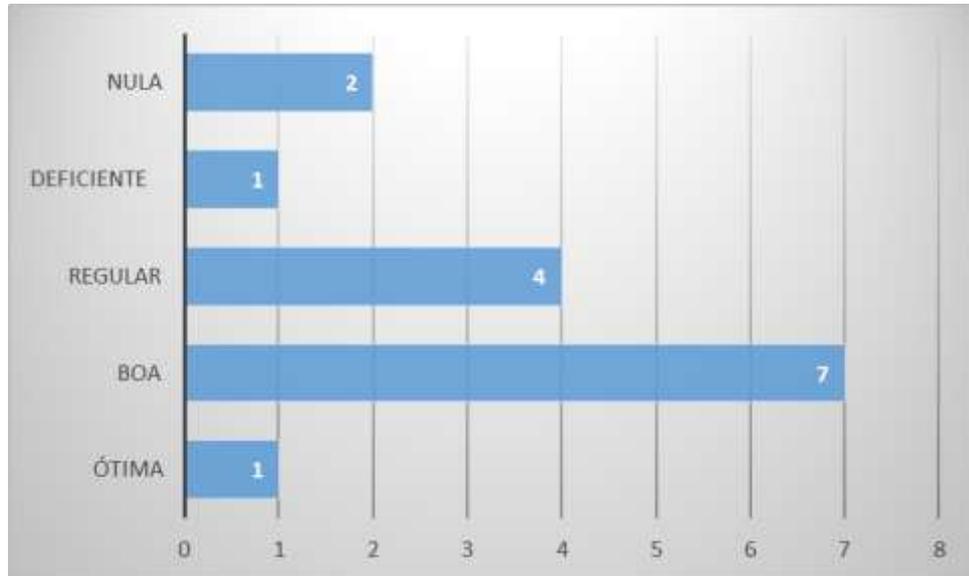
O Conselho Municipal de Saúde tem a responsabilidade de acompanhar e avaliar toda a política de saúde do município. Buscando o bem comum e o interesse social de toda comunidade. Para aferir este tópico, foi feita a seguinte pergunta: Na sua opinião, a maioria das ações deliberadas pelo Conselho Municipal de Saúde, até o momento, procuram atender aos interesses da população de seu município?

GRÁFICO 38: Deliberações do conselho atendem aos interesses da comunidade



Como você classifica a participação dos cidadãos/usuários no processo decisório da defesa de interesses coletivos dentro do Conselho?

GRÁFICO 39: Participação dos cidadãos/usuários nas decisões do CMS



Na sua opinião, em qual(uais) situação(situações) os cidadãos/usuários do Sistema Municipal de Saúde têm tido maior participação na defesa de seus interesses?

TABELA 8: Participação do cidadãos/usuários na defesa de seus interesses

Participando das Conferências Municipais de Saúde	06
Participando de Plenárias da Saúde nas diversas instâncias	02
Participando através de sua representação paritária no Conselho Municipal de Saúde	03
Participando nas entidades e segmentos sociais representativos: associações de moradores, sindicatos, organizações não governamentais e outros	02
Outros: Procuram direto o prefeito. Não tem participação. A busca é individual, procuram o secretário de saúde, vereadores e prefeito.	05

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar o perfil dos conselheiros e dos conselhos municipais de saúde da região de saúde de Diamantina, para tal aprofundamento foram realizadas visitas aos municípios de residência dos conselheiros e realizado um questionário, respondido por escrito pelos participantes. Quanto à análise da “Estrutura e Funcionamento do Conselho”, se pode verificar que o conhecimento por parte dos conselheiros sobre a estrutura do conselho é pequena, no entanto, no que determina a legislação vigente, os conselhos estão constituídos e em funcionamento nos municípios; porém são necessárias melhorias nas condições e estruturas dos conselhos, muitos conselhos estão em desacordo com a legislação vigente. Sendo a estrutura do conselho fator primordial para o desempenho das ações e atividades, é preciso maior atenção por parte dos gestores e prefeitos.

Quanto às “ações e atribuições do conselho de saúde”, podemos observar que, em tese, todos os conselhos cumprem com a legislação vigente, em pautar as políticas públicas de saúde no espaço de controle social, no entanto, foi observado que dentre os assuntos mais discutidos nas reuniões do conselho, estão presentes os temas relacionadas à gestão do SUS, obrigatórios por lei a serem apreciados pelo conselho. Observou-se um desconhecimento dos conselheiros em descrever o que são políticas públicas de saúde. No momento de visita aos municípios, foi relatado por grande parte dos participantes que “o CMS do município só serve para aprovar os projetos de interesse da Secretaria de Saúde”.

Quanto à “identificação e perfil do conselheiro de saúde”, a maioria dos conselheiros estão entre a faixa etária de 26 a 50 anos de idade, 05 são do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Quanto à escolaridade, prevalece o ensino médio completo - 03 participantes, com ensino superior completo - 05 participantes. 07 Conselheiros são membros do conselho pela primeira vez e 08 conselheiros possuem mais de um mandato, completando 08 conselheiros possuem de 01 dia a 04 anos de conselho e 07 conselheiros possuem de 04 anos a 10 anos de conselho de saúde. Neste capítulo, é observado que os conselheiros, apesar de em sua maioria possuírem mais de 05 anos de conselho de saúde, desconhecem sobre a atuação e funcionamento dos conselhos de saúde, possuem grande dificuldade em discutir e aprovar projetos e ações de saúde, desconhecem sobre o tema “Controle Social na Saúde”, desconhecem sobre a paridade no conselho de Saúde.

É de se afirmar que os conselhos e os conselheiros de saúde devem estar instrumentalizados administrativamente, operacional, econômica e financeiramente, capacitados e qualificados de acordo com as Diretrizes Nacionais para o Processo de

Educação Permanente no Controle Social do SUS, 2006, para exercerem suas atribuições com a devida consciência sanitária e cidadã. E ainda prontos para dar as respostas necessárias às questões no âmbito do SUS-Sistema Único de Saúde, beneficiando a sociedade através da defesa do fortalecimento e efetivação do sistema.

Com o desenvolvimento deste trabalho pode-se compreender que os conhecimentos culturais e sociais, favorecem a efetividade deliberativa do conselheiro de saúde, visto que os temas tratados na reunião do conselho sempre demandam questões locais de interferência na saúde da população, no entanto, o tempo de atuação do conselheiro de saúde não define a sua efetividade deliberativa no Controle Social do SUS, visto o desconhecimento de muitos participantes ao responderem ao questionário, isto ainda considerando que a maioria dos participantes possuem mais de 08 (oito) anos na função. Quanto aos objetivos específicos, conseguimos identificar o perfil dos conselheiros municipais de saúde da Região de Saúde de Diamantina. Relacionamos o perfil do conselheiro de acordo com a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estes não têm conhecimento sobre esta resolução e o que define as suas atribuições, desconhecessem de forma geral o que a lei determina como atribuição do conselheiro de saúde. Identificamos que o grau de conhecimento dos conselheiros e conselheiras sobre as ações e programas do SUS é pouco, em se tratando de sua responsabilidade como conselheiro de saúde. E como já afirmado, o tempo de atuação dos conselheiros de saúde não interfere no seu poder/condição deliberativa.

Este trabalho reconhece que a participação popular e controle social na saúde pública é um tema emergente e há necessidade de aprofundamento sobre esta temática. A literatura disponível de investigações sobre a construção de sujeitos políticos nesse contexto ainda é tímida e a produção teórica formal existente não é suficiente para dar conta da complexidade do assunto (SILVEIRA, 2014).

Com o desenvolvimento deste trabalho foi possível identificar que é necessário e urgente que os conselheiros de saúde da região de saúde de Diamantina integrem a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. É necessário investir na formação do conselheiro de saúde, estudos que podem ser complementados em outros trabalhos.

O processo de educação permanente para conselheiros de saúde pode estar presente em diversas ações, projetos, trabalhos e participações em curso de formação. A educação continuada é de fundamental importância para formação do conselheiro de saúde, em especial os usuários do SUS, para o pleno desenvolvimento de suas atribuições.

É de fundamental importância a participação da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri na articulação e alinhamento entre a instituição e a comunidade para o envolvimento com a formação de conselheiros de saúde, em especial da Região de Saúde de Diamantina, para a atuação nas instâncias de controle do social do SUS. A universidade poderia assumir a formação de conselheiros de saúde como atores de transformação do Sistema Único de Saúde. Não apenas em cursos de formação, mas também com projetos de extensão. Evidencia-se que a formação de conselheiros, em particular do segmento de usuários, é uma necessidade e que esta não deve ficar restrita ao conteúdo básico proposto pelo Ministério da Saúde, devendo ser ampliada e considerando a identidade cultural e social na Região de Saúde do Jequitinhonha.

Como produto final, a própria leitura deste trabalho pode auxiliar o processo de formação do conselheiro de saúde.

Em razão de seu caráter abrangente, talvez este trabalho possa auxiliar conselheiros (as) de saúde e gestores na implementação, valorização e fortalecimento dos agentes do controle social na saúde pública participantes da pesquisa, a quem sou imensamente agradecido.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, Sergio. 1998. Sanitarista. Biblioteca Virtual. Fundação Osvaldo Cruz/FIOCRUZ. Disponível em: <<https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html>>. Acesso em 09 out 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 ago 2017.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, DF, p. 25.694, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 jun 2017.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de agosto de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 09 out 2017
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): **instrumentos de gestão em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf>. Acesso em: 13 jul 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **A Prática do Controle Social: Conselho de Saúde e Financiamento do SUS**. Brasília, 2002b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A_Pratica_Control_Social.pdf>. Acesso em: 11 de ago 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa** / Fundação Nacional de Saúde. ---- Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf>. Acesso em: 10 ago 2017

_____.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. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>. Acesso em: 10 ago 2017.

_____.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009a.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nacional, nº 453, de 10 de Maio de 2012a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 11 de ago 2017.

_____.Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012b. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 10 ago 2017.

_____.Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf>. Acesso em: 24 jun 2017.

_____.Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde.** – 2. ed. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015a. 111p. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/orientacoes-para-conselheiros-de-saude-2-edicao.htm>>. Acesso em: 11 de ago 2017.

_____.Ministério da Saúde. Inclusão digital dos conselhos de saúde. Brasil. 2015b. Disponível em: <<http://www.governoaberto.cgu.gov.br/no-brasil/planos-de-acao-1/2o-plano-de-acao-brasileiro/ministerio-da-saude/inclusao-digital-dos-conselhos-de-saude>>. Acesso em: 11 ago 2017.

_____.Um breve relato da história da saúde pública no Brasil. Revista Meeting | MV (online). Brasil. 2016. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/um-breve-relato-da-historia-da-saude-publica-no-brasil#>>. Acesso em: 10 ago 2017.

BREMAEKER, F. J.D. **Os Conselhos Municipais Existentes no Brasil.** Rio de Janeiro: IBAM/APMC/NAPI/IBANCO, 2001. (Séries Estudos Especiais Nº23).

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, Gilson. Autonomia Financeira para o Conselho de Saúde. Brasil. 2011. Disponível em: <<http://darcisioperondi.com.br/autonomia-financeira-para-o-conselho-de-saude-gilson-carvalho/>>. Acesso em: 11 ago 2017.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil..** Estud. av. [online]. 2013, vol.27, n.78, pp.7-26. ISSN 0103-4014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002>. Acesso em: 11 ago 2017.

CONCEITO DE SAÚDE SEGUNDO OMS / WHO. Brasil. 2017. Disponível em: <<http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>>. Acesso em: 11 ago 2017.

CORTES, Soraya M. Vargas. **As origens da ideia de participação na área de saúde**. Londrina: Saúde em Debate, 1996.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** / Sarah Escorel. – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 1999. 208 p. 1. Política de saúde-história. 2.Planejamento em saúde-história. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>>. Acesso em: 09 out 2017.

FERREIRA, Suzana Kroehling Rodrigues. **CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE: Características e atuação**. Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Formação de Conselheiros Nacionais. Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Belo Horizonte/MG. 2010

LUCCHESI, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública** / Patrícia T. R. Lucchese, coord., Dayse Santos Aguiar, Tatiana Vargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

LÜCHMANN, Lígia Helena H. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre**. 2002. Tese (Doutorado)-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf>. Acesso em: 10 ago 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015. 2012 Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Plano%20estadual%20de%20saude_210213_BX.pdf>. Acesso em: 05 ago 2017.

_____.Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Instrutivos de Planejamento. Compilado Geral. 2013.

_____.Apostila Capacitação de Conselheiros de Saúde e Criação dos Colegiados Microrregionais de Conselhos Municipais de Saúde. – Formação de Agentes para o Controle Social no SUS. Conselho Estadual de Saúde – Belo Horizonte – MG – 2014^a

_____.Secretaria de Estado da Saúde. **Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde.** 2014b. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/23-03-Adscricao-e-populacao-dos-municipios-por-microrregiao-e-macrorregiao-de-saudePDF.pdf>>. Acesso em: 11 ago de 2017.

_____.Conselho Estadual de Saúde. Cadastro dos Conselhos de Saúde de Minas Gerais. 2016. Disponível em: <<http://cadces.saude.mg.gov.br/>>. Acesso em: 10 out 2016.

_____.Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização (PDR). 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 10 ago 2017.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MORAIS, Caroline Lopes. **Perfil dos Conselheiros de Saúde do Município de Solânea-PB.** Monografia (Especialização em Gestão em Saúde), 54f. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2012. Disponível em <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/13079/1/PDF%20-%20Caroline%20Lopes%20Morais.pdf>> Acesso em: 10 ago 2017.

NEDER, Carlos. **Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus Conselheiros.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

NETO, Eleutério Rodriguez. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

O território. Território da Cidadania. Alto do Jequitinhonha. 2013. In: <http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/altojequitinhonhamg/one-community?page_num=0.>. Acesso em: 12 de ago 2013.

PENA, Rodolfo F. Alves. "O que é cidadania?"; *Brasil Escola.* 2017. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-cidadania.htm>>. Acesso em: 22 ago 2017.

POLIGNANO. Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2006. Disponível em:

<[http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto de apoio 3 - HS-Historia Saude no Brasil.pdf](http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf)>. Acesso em: 11 ago 2017.

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: ed. Fundação Getúlio Vargas, 1996.

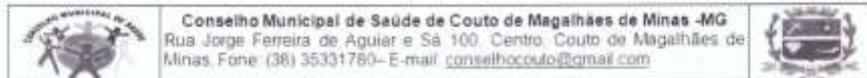
SALIBA, Nemre Adas. MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. FERREIRA, Nelly Foster. CUSTÓDIO, MATTOS, Lia Borges de. **Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde**. Revista e Administração Pública - RAP — Rio de Janeiro. nov./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/07.pdf>>. Acesso em: 08 nov 2016.

SILVEIRA, A. R. (2014) **Construção de Sujeitos Políticos: Trajetórias de Conselheiros Municipais de Saúde**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/ppgpsicologia/attachments/article/275/TESE%20Aparecida%20Rosangela%20Silveira%20versao%20final.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2017.

SOUZA, Herbert de. **Participação**. São Paulo: Laboratório de Tecnologia e Sistemas de Informação. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.tecsi.fea.usp.br/eventos/contecsi2004/BrasilEmfoco/port/polsoc/partic/apresent/apresent.htm>>. Acesso em: 10 ago 2017.

APÊNDICES

APÊNCICE A - TERMO DE CONCORDANCIA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE



TERMO DE CONCORDANCIA

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COUTO DE MAGALHÃES DE MINAS

Declaramos ter lido o projeto, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado "**formação do conselheiro municipal de saúde, necessidade para a efetivação do controle social no SUS: análise da região de saúde de Diamantina**", que tem como pesquisador responsável o Mestrando Juliano Pedro da Silva, sob a orientação do Prof. Dr. Rivaldo Alfredo Paccola. É de meu compromisso o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar e aceita a realização da pesquisa junto ao conselho e seus conselheiros.

A anuência para o desenvolvimento da pesquisa é concedida, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Couto de Magalhães de Minas, 17 de fevereiro de 2017


 Magno Alexandre Vieira
 Presidente do Conselho Municipal de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Av. Januário Ribeiro, 930 – Centro – Carbonita – MG
 Fone: (38) 3526-1113
 E-mail: saúde@carbonita.mg.gov.br

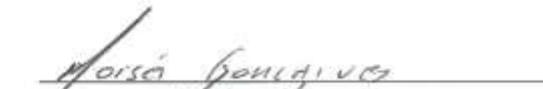
TERMO DE CONCORDANCIA CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE CARBONITA

Declaramos ter lido o projeto, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado **"formação do conselheiro municipal de saúde, necessidade para a efetivação do controle social no SUS: análise da região de saúde de Diamantina"**, que tem como pesquisador responsável o Mestrando Juliano Pedro da Silva, sob a orientação do Prof. Dr. Rivaldo Alfredo Paccola. É de meu compromisso o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar e aceita a realização da pesquisa junto ao conselho e seus conselheiros.

A anuência para o desenvolvimento da pesquisa é concedida, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Carbonita, 02 de março de 2017-


 Moises Gonçalves
 Presidente do Conselho Municipal de Saúde



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DIAMANTINA/MG**



**TERMO DE CONCORDANCIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DIAMANTINA/MG**

Declaramos ter lido o projeto, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado **"formação do conselheiro municipal de saúde, necessidade para a efetivação do controle social no SUS: análise da região de saúde de Diamantina"**, que tem como pesquisador responsável o Mestrando Juliano Pedro da Silva, sob a orientação do Prof. Dr. Rivaldo Alfredo Paccola. É de meu compromisso o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar e aceita a realização da pesquisa junto ao conselho e seus conselheiros.

A anuência para o desenvolvimento da pesquisa é concedida, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Diamantina, 20 de fevereiro de 2017.


Geraldo Denemar dos Santos
Presidente do COMSAD



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
FELICIO DOS SANTOS**



**TERMO DE CONCORDANCIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FELÍCIO DOS SANTOS**

Declaramos ter lido o projeto, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado **"formação do conselho municipal de saúde, necessidade para a efetivação do controle social no SUS: análise da região de saúde de Diamantina"**, que tem como pesquisador responsável o Mestrando Juliano Pedro da Silva, sob a orientação do Prof. Dr. Rivaldo Alfredo Paccola. É de meu compromisso o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar e aceita a realização da pesquisa junto ao conselho e seus conselheiros.

A anuência para o desenvolvimento da pesquisa é concedida, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Felício dos Santos, 15 de fevereiro de 2017

Patrícia de Jesus Rodrigues
Presidente do Conselho Municipal de Saúde



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PRESIDENTE KUBITSCHKEK**

RUA POUSO ALTO, 329 – CEP: 39135-000 – CENTRO.
TEL: 38 3545-1163 – E-mail: conselho@saulepkc@gmail.com

**TERMO DE CONCORDANCIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE KUBITSCHKEK**

Declaramos ter lido o projeto, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado **"formação do conselheiro municipal de saúde, necessidade para a efetivação do controle social no SUS; análise da região de saúde de Diamantina"**, que tem como pesquisador responsável o Mestrando Juliano Pedro da Silva, sob a orientação do Prof. Dr. Rivaldo Alfredo Paccola. É de meu compromisso o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar e aceita a realização da pesquisa junto ao conselho e seus conselheiros.

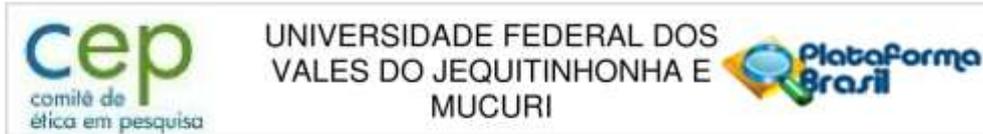
A anuência para o desenvolvimento da pesquisa é concedida, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Presidente Kubitschek, 23 de fevereiro de 2017

Vanderlúcia de Souza Rodrigues
Presidente Suplente do Conselho Municipal de Saúde

APÊNDICE B - PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1966402-1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DO CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE, NECESSIDADE PARA A EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS: análise da região de saúde de Diamantina

Pesquisador: JULIANO PEDRO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62005216.2.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

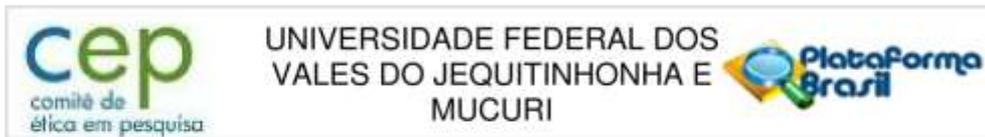
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.966.402

Apresentação do Projeto:

A Participação Popular/Controle Social é um princípio estratégico e estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido através da Constituição Federal de 1988. Este trabalho tem como objetivo discorrer sobre a atuação e importância do Conselho de Saúde para a efetivação das políticas públicas de saúde, seu processo de formação e sua participação enquanto agente de transformação e/ou mobilização na comunidade e analisar se os conhecimentos culturais e sociais bem como o tempo de atuação do conselho de saúde definem a sua efetividade deliberativa no Controle Social do SUS?. Analisaremos os Conselhos Municipal de Saúde da Região Ampliada de Saúde do Jequitinhonha, que é composta por 15 municípios. Buscaremos identificar o perfil dos conselheiros municipais de saúde da Região de Saúde de Diamantina, relacionar o perfil do conselheiro de acordo com a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, identificar o grau de conhecimento dos conselheiros e conselheiras sobre as ações e programas do SUS, identificar se o tempo de atuação dos conselheiros de saúde interfere no seu poder/condição deliberativa, analisar e descrever a função do conselheiro municipal de saúde; através de um questionário com perguntas abertas e fechadas para serem respondidas por escrito. Trataremos das ações e atribuições do conselheiro de saúde, enquanto agente político de relevância pública, suas competências para deliberar sobre questões de saúde pública e a necessidade de um

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.986.402

processo de formação do conselheiro de saúde. Posteriormente os dados serão analisados, sistematizados e classificados, segundo os objetivos indicados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender se os conhecimentos culturais e sociais, bem como o tempo de atuação do conselheiro de saúde definem a sua efetividade deliberativa no Controle Social do SUS.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil dos conselheiros municipais de saúde da Região de Saúde de Diamantina. Relacionar o perfil do conselheiro de acordo com a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Identificar o grau de conhecimento dos conselheiros e conselheiras sobre as ações e programas do SUS. Identificar se o tempo de atuação do conselheiros de saúde interfere no seu poder/condição deliberativa. Analisar e descrever a função do conselheiro municipal de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo por envolver a realização de entrevistas pelo pesquisador, apresenta risco mínimo aos sujeitos da pesquisa, entretanto poderá gerar desconforto E/OU CANSAÇO no momento de responder às perguntas E poderão levar a algum mal estar OU CONSTRANGIMENTO POR NÃO SABER O QUE RESPONDER. Assim, NO TCLE CONSTARÁ o objetivo da pesquisa, e SERÁ GARANTIDO o direito livre e irrestrito de não responder a qualquer questão, caso O ENTREVISTADO não se sinta à vontade para respondê-la.

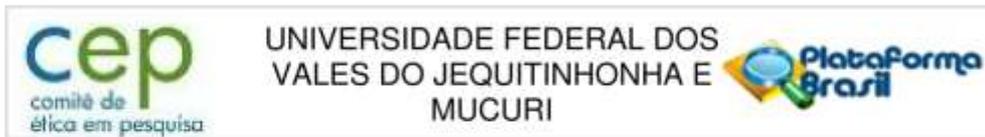
Benefícios:

Os benefícios serão indiretos, pois os sujeitos da pesquisa terão condições de ampliar sua percepção E FONTES DE CONSULTA, quanto às atribuições do Conselho Municipal de Saúde a atuação e importância do conselheiro de saúde para a efetivação das políticas públicas de saúde, seu processo de formação e sua participação enquanto agente de transformação e/ou mobilização na comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para o desenvolvimento deste trabalho, teremos o enfoque descritivo e exploratório, embora, em alguns momentos haja necessidade de dados quantitativos, trata-se de uma pesquisa qualitativa. Segundo Bogdan e Biklen (1994), as características da investigação qualitativa são múltiplas: a) acontece em ambientes naturais; frequentemente o investigador vai ao local dos participantes para

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.986.402

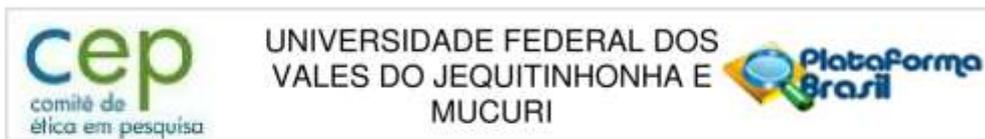
recolher os dados com grande detalhe; b) usa múltiplos métodos de recolha de dados e que são interativos e humanistas; há uma participação ativa do investigador e uma sensibilidade para com os participantes no estudo; c) emerge do processo de investigação em vez de ser pré-estabelecida; em consequência, as questões de investigação podem mudar e ser redefinidas durante o processo; d) é profundamente interpretativa e descritiva; o investigador faz uma interpretação dos dados, descreve os participantes e os locais, analisa os dados para configurar temas ou categorias e retira conclusões; e) é indutiva; o investigador analisa

os dados indutivamente; não há a preocupação em arranjar dados ou evidência para provar ou rejeitar hipóteses; f) é significativa; o investigador está preocupado em saber como diferentes pessoas fazem sentido ou dão significado às suas vidas e quais são as perspectivas pessoais dos participantes; g) o investigador qualitativo vê os fenómenos sociais holisticamente; este fato explica por que os estudos qualitativos parecem gerais e

visões panorâmicas em vez de micro análises; h) o investigador qualitativo reflete sobre o seu papel na investigação; reconhece possíveis enviesamentos, valores e interesses pessoais. O "eu" pessoal é inseparável do "eu" investigador. Assume-se, portanto, que toda a investigação está eivada de valores; i) o investigador qualitativo usa, em simultâneo, a recolha de dados, a análise e o processo de escrita; privilegiam-se os significados e como os participantes dão sentido às suas vidas, o que experienciam, o modo como interpretam as suas experiências e como estruturam o mundo social em que vivem; j) o investigador qualitativo é o principal instrumento de recolha de dados; o investigador passa imenso tempo no local de estudo a compreender os contextos; k) o investigador qualitativo preocupa-se mais com o processo do que simplesmente com os resultados. Bardin (1979, p.42) resume o terreno, o funcionamento e o objetivo da análise de conteúdo ao explicitar que o termo análise de conteúdo é: Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das

mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Utilizaremos como metodologia: a coleta de dados através de questionário com perguntas abertas e fechadas para serem respondidas por escrito no momento da entrevista, análise de conteúdo e pesquisa documental, fontes, documentos legais (livros de presença, atas, deliberações, resoluções, decreto, regimento interno, lei) pesquisa bibliográfica sobre o tema "Participação Popular e Controle Social no SUS". Este trabalho também será desenvolvido com os conselhos municipais de saúde da região de saúde de Diamantina, numa abordagem em que as respostas aos questionários

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.986.402

serão coletadas no próprio município de origem, EM LOCAL INDICADO PELO ENTREVISTADO, A FIM DE DIMINUIR OS RISCOS DE ALGUM DESCONFORTO NO MOMENTO DA ENTREVISTA, posteriormente os dados serão analisados,

sistemizados e classificados, segundo os objetivos indicados. O questionário - planejado a partir das pesquisas bibliográficas, do conhecimento próprio do pesquisador e do tema "Participação Popular e Controle Social no SUS", será um projeto composto por aproximadamente 75 perguntas divididas em blocos com perguntas abertas e fechadas, PARA SEREM RESPONDIDAS POR ESCRITO, com enfoque em questões estruturais do conselho e do conhecimento do conselheiro de saúde

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram encaminhadas para análise ética: folha de rosto, cronograma das atividades da pesquisa, projeto completo e informações básicas, questionário a ser aplicado, carta de concordância dos conselhos municipais dos municípios envolvidos no projeto (já colhidas as assinaturas), TCLE modificado conforme sugestão do CEP.

Recomendações:

Sugerimos que no TCLE onde se encontra escrito local indicado pelo ENTREVISTADO, seja escrito " local indicado por VOCE", uma vez que a linguagem usada para identificar o entrevistado foi você.

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

- Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 30/10/2017 . Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

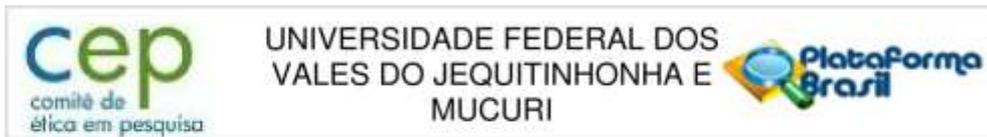
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_812850.pdf	08/03/2017 20:58:07		Aceito
Declaração de	Declaracao_de_concordancia_carboni	08/03/2017	JULIANO PEDRO	Aceito

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
 Bairro: Alto da Jacuba CEP: 39.100-000
 UF: MG Município: DIAMANTINA
 Telefone: (38)3532-1240 Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.966.402

Instituição e Infraestrutura	ta.jpg	20:54:56	SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_concordancia_diamantina.jpg	08/03/2017 20:54:09	JULIANO PEDRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_concordancia_felicio_dos_santos.pdf	08/03/2017 20:52:42	JULIANO PEDRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_concordancia_couto_magalhaes.PDF	08/03/2017 20:51:26	JULIANO PEDRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_concordancia_presidente_kubitischek.PDF	08/03/2017 20:50:13	JULIANO PEDRO DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	08/03/2017 20:33:26	JULIANO PEDRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_corrigido.doc	08/03/2017 20:29:34	JULIANO PEDRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CMS_CORRIGIDO.docx	08/03/2017 20:28:28	JULIANO PEDRO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Juliano.pdf	10/11/2016 09:42:33	JULIANO PEDRO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIAMANTINA, 15 de Março de 2017

Assinado por:
Disney Oliver Sivieri Junior
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba CEP: 39.100-000
UF: MG Município: DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br

APÊNDICE C - TCLE

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
---	--	---

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: "**FORMAÇÃO DO CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE, NECESSIDADE PARA A EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS: ANÁLISE DA REGIÃO DE SAÚDE DE DIAMANTINA**", sob a coordenação do Mestrando Juliano Pedro da Silva e contará ainda com a orientação do Professor do Mestrado Ensino em Saúde: Dr. Rivaldo Alfredo Paccola (orientador).

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Você foi selecionado a participar desta pesquisa por ser conselheiro municipal de saúde e por seu município estar selecionado para a realização desta pesquisa. Caso não queira participar da pesquisa, não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou para com o Conselho Municipal de Saúde de seu município.

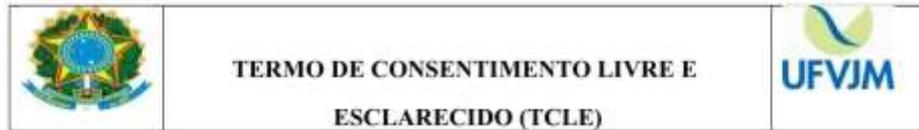
Os objetivos desta pesquisa são: Compreender se os conhecimentos culturais e sociais, bem como o tempo de atuação do conselheiro de saúde definem a sua efetividade deliberativa no Controle Social do SUS. Identificar o perfil dos conselheiros municipais de saúde da Região de Saúde de Diamantina. Identificar o grau de conhecimento dos conselheiros e conselheiras sobre as ações e programas do SUS. Identificar se o tempo de atuação dos conselheiros de saúde interfere no seu poder/condição deliberativa.

Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao seguinte procedimento: responder o questionário por escrito com aproximadamente 75 questões abertas e fechadas, aplicado pelo responsável do projeto. O tempo previsto para responder a entrevista é de no máximo 2 horas. A realização das entrevistas será no próprio município em local indicado por você, a fim de diminuir os riscos de algum desconforto no momento da entrevista.

O presente estudo por envolver a realização de entrevistas pelo pesquisador, apresenta risco mínimo aos sujeitos da pesquisa, entretanto poderá gerar desconforto e/ou cansaço no momento de responder às perguntas e poderão levar a algum mal estar ou constrangimento por não saber o que responder. o objetivo da pesquisa é compreender se os conhecimentos culturais e sociais, bem como o tempo de atuação do conselheiro de saúde definem a sua efetividade deliberativa no controle social do sus. Fica garantido o direito livre e irrestrito de não responder a qualquer questão, caso não se sinta à vontade para respondê-la.

Não haverá em hipótese alguma a identificação dos indivíduos envolvidos e nem das características que possam identificá-los.

<hr/> RUBRICA DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL	<hr/> RUBRICA DO PESQUISADOR
--	------------------------------



Os benefícios serão indiretos, pois os sujeitos da pesquisa terão condições de ampliar sua percepção e fontes de consulta, quanto às atribuições do Conselho Municipal de Saúde. A sua participação, bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

<hr/> RUBRICA DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL	<hr/> RUBRICA DO PESQUISADOR
--	------------------------------

Coordenador do Projeto (Pesquisador): Juliano Pedro da Silva

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
---	--	---

Endereço: Rua Primeiro de Maio, nº 111 – Vila Operaria

Diamantina/MG – CEP: 39100000

Telefone: (38) 98827 2012 (operadora Oi – Watzap)

E-mail: juliano535@yahoo.com.br

Assinatura do pesquisador: _____

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome	do	sujeito	da	pesquisa:	

Assinatura	do	sujeito	da	pesquisa:	

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM

Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –

Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1240 –

COORDENADOR: PROF. DR. DISNEY OLIVER SIVIERI JÚNIOR

SECRETARIA: ANA FLÁVIA DE ABREU

E-mail: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

_____ RUBRICA DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPOSÁVEL	_____ RUBRICA DO PESQUISADOR
--	--

APÊNCICE D - QUESTIONÁRIO**QUESTIONARIO \ FORMULÁRIO DE PESQUISA****DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO CONSELHO**

MUNICIPIO: _____

Presidente do Conselho: _____

Segmento que o presidente representa:

- Profissionais De Saúde
- Prestador De Serviços De Saúde Do Sus
- Usuários Do Sus
- Governo Municipal
- Não sei informar

O presidente foi eleito em plenária do Conselho Municipal de Saúde?

- Sim Não

Número de conselheiros de saúde titulares: _____

- Profissionais de Saúde
- Prestador de Serviços de Saúde do SUS
- Usuários do Sus
- Governo Municipal
- Não sei informar

O Conselho Municipal de Saúde possui sede própria?

- Sim Não Não sei informar

O conselho Municipal de Saúde possui Secretaria Executiva?

- Sim Não Não sei informar

O Conselho Municipal de Saúde possui equipamento próprios?

- Sim Não Não sei informar

Caso a resposta anterior seja afirmativa, assinale:

- Televisão
- Computador

- Impressora
- acesso à internet
- Câmera fotográfica
- Linha de telefone própria do conselho
- Outros: quais _____

O Conselho Municipal de Saúde possui dotação orçamentaria própria?

- Sim Não Não sei informar

O Conselho Municipal de Saúde tem autonomia na gestão do seu orçamento?

- Sim Não Não sei informar

O Conselho Municipal de Saúde possui instrumento legal de criação?

- Sim Não

Qual?

- Lei
- Decreto
- Portaria
- Não possui
- Não sei informar

O conselho Municipal de Saúde possui Regimento Interno?

- Sim Não Não sei informar

O instrumento de criação/reestruturação do conselho e o regimento interno estão atualizados de acordo com a Resolução nº 453/2012 do CNS?

- Sim Não Não sei informar

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde são abertas para participação da comunidade?

- Sim Não Não sei informar

Nos últimos 12 meses, quantas reuniões ordinárias foram realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde:

- 1 a 2
- 2 a 6
- 6 a 8
- 8 a 12
- Não sei informar

Nos últimos 12 meses, quantas reuniões extraordinárias foram realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde:

- 1 a 2
- 2 a 6

6 a 8

8 a 12

Não sei informar

Qual a periodicidade prevista para realização das reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

Semanal

Quinzenal

Mensal

Bimensal

Trimestral

apenas quando convocada

Não sei informar

Quem faz a convocação para a reunião do Conselho?

Secretaria de Saúde

Presidente do Conselho

Mesa diretora

Definida na própria reunião do conselho

Não sei informar

Como é feita a convocação dos (as) conselheiros (as) para as reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

Calendário anual

Mural quadro de avisos da prefeitura, secretaria, unidades de saúde e órgãos públicos

Telefone

E-mail

rádio

mala direta, carta, telegrama

Outros

Não sei informar

Nos últimos 12 meses, alguma vez o Conselho Municipal de Saúde não realizou reunião por falta de quórum?

Sim - Quantas: _____ Não Não sei informar

Como o CMS registra suas reuniões e decisões?

não registra

atas

portaria

resolução

- deliberação
- livro próprio de registro em cartório
- livro próprio sem registro em cartório
- outro
- Não sei informar

O conselho é cadastrado e mantém atualizado o CADCES (Cadastro de Conselhos de Saúde de Minas Gerais)

- SIM NÃO Não sei informar

O conselho de saúde mantém atualizado o SIACS/Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde?

- SIM NÃO Não sei informar

DAS AÇÕES E ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

Nos últimos 12 meses, quais temas e ou assuntos foram discutidos/deliberados na reunião do Conselho Municipal de Saúde?

- Saúde da Mulher
- Saúde do Homem
- Saúde Mental
- Saúde Bucal
- Saúde do Trabalhador
- Doenças Transmissíveis
- Doenças e Agravos não Transmissíveis
- Acidentes e Violências
- Modelo de Atenção
- Rede de Atenção à Saúde
- Atenção Primária em Saúde
- Atenção Especializada Ambulatorial
- Atenção nos Serviços de Urgências
- Atenção Hospitalar
- Regulação e Controle do Sistema de Saúde
- Vigilância em Saúde
- Atenção à Saúde das Pessoas Idosas
- Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência
- Atenção à Saúde das Pessoas em Condições Vulneráveis

- Prestação de Contas
- Plano Municipal de Saúde
- Programação Anual de Saúde
- Lei de diretrizes Orçamentaria
- Lei orçamentaria anual
- Relatório quadrimestral
- Relatório de Gestão
- Outros: _____

O Conselheiro tem dificuldades para participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

- SIM NÃO

Se a resposta for afirmativa, assinale pelo menos uma dificuldade:

- Falta de recursos financeiros para deslocamento (ex: transporte)
- Localização inadequada das reuniões
- Dia e horário inadequado para as reuniões
- Dificuldade em conciliar as atividades de Conselheiro de Saúde com as minhas atividades profissionais
- Desmotivação pela participação, já que a atividade não é remunerada
- Desmotivação pela participação devido aos assuntos tratados nas reuniões que não dizem respeito diretamente aos interesses do grupo que represento no Conselho de Saúde
- Falta de informação prévia sobre os assuntos e propostas técnicas que são discutidos e deliberados nas reuniões do Conselho
- Outras -----

O Plano Municipal de Saúde em vigor foi elaborado por:

- Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde
- Secretaria Municipal de Saúde através do Contrato de Consultoria Externa
- Técnicos da SMSA e setores da sociedade civil
- Técnicos da SMSA e gestor municipal
- Técnicos da SMSA e membros do CMS
- Técnicos da SMSA , segmentos organizados da sociedade civil e CMS
- Não sei informar

Os Conselheiros de Saúde têm participação na definição dos orçamentos da saúde no âmbito municipal?

- SIM NÃO Não sei informar

O Conselho de Saúde utiliza algum canal de comunicação com a sociedade para a divulgação de informações e ações de interesse da coletividade?

SIM NÃO Não sei informar

O Conselho Municipal de Saúde divulga as deliberações realizadas sobre os planos e projetos que afetam diretamente a saúde da população?

SIM NÃO Não sei informar

O Conselho Municipal de Saúde desenvolve ações conjuntas com outros órgãos (públicos/ privados) para a formulação de diretrizes da política municipal de saúde?

SIM NÃO Não sei informar

O Conselho Municipal de Saúde atua junto ao Poder Legislativo?

Algumas vezes

Sempre

Nunca

Não sei informar

O Conselho Municipal de Saúde atua junto ao Ministério Público?

Algumas vezes

Sempre

Nunca

Não sei informar

Uma das instituições de deliberação política/técnica sobre o sistema de saúde em nível regional é a Comissão Intergestora Regional (CIR). Você tem conhecimento da existência dessa comissão?

SIM NÃO Não sei informar

Nos últimos 12 meses, o Conselho Municipal de Saúde realizou atividades de controle social sobre as ações e os serviços de saúde no município?

SIM

1 a 2

2 a 6

6 a 8

8 a 12

NÃO

Não sei informar

Nos últimos 12 meses, foram aprovadas políticas públicas municipais de saúde pelo Conselho de Saúde?

SIM - Quais?

 NÃO Não sei informar

Nos últimos 12 meses, quais políticas públicas municipais de saúde aprovadas foram objeto de iniciativa do conselho de saúde?

As políticas públicas municipais de saúde de iniciativa do conselho foram objeto de efetiva execução?

SIM NÃO Não sei informar

Caso negativo, cite o obstáculo verificado?

IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO CONSELHEIRO DE SAÚDE

NOME DO CONSELHEIRO: _____

PROFISSÃO: _____

IDADE: _____

SEXO: MASC FEM. NÃO INFORMADO

ESCOLARIDADE:

- Alfabetizado
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Superior completo
- Ensino Superior incompleto
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

Setor que representa no conselho municipal de saúde:

-) PROFISSIONAIS DE SAÚDE
-) PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS
-) USUARIOS DO SUS
-) GOVERNO MUNICIPAL
-) Não sei informar

Associação, entidade ou instituição que representa dentro do seu segmento:

É membro do Conselho de Saúde pela primeira vez?

-) SIM () NÃO

Há quantos anos é conselheiro (a) de Saúde? _____

Como foi eleito (a)?

-) Indicado (a) pelo setor que representa no Conselho (exceto Governo Municipal)
-) Eleito em assembleia geral pelo setor que representa em reuniões de saúde ou pré-conferências
-) Indicado pelo poder público (Governo Municipal)
-) Eleito na Conferência Municipal de Saúde por entidades representativas
-) Outros _____

Nos últimos 12 meses, a quantas reuniões do Conselho de Saúde você participou?

-) 1 a 2
-) 2 a 6
-) 6 a 8
-) 8 a 12
-) mais de 12
-) Não sei informar

Você leva para as reuniões do conselho de saúde demandas apresentadas por sua entidade de base?

-) SIM () NÃO

Você leva para sua entidade de base as discussões e decisões feitas nas reuniões do conselho de saúde?

-) SIM () NÃO

Pela sua experiência e tempo de atuação de conselheiro (a) de saúde, você tem dificuldade para deliberar sobre assuntos referentes a:

-) Saúde da Mulher
-) Saúde do Homem
-) Saúde Mental

- () Saúde Bucal
- () Saúde do Trabalhador
- () Doenças Transmissíveis
- () Doenças e Agravos não Transmissíveis
- () Acidentes e Violências
- () Modelo de Atenção
- () Rede de Atenção à Saúde
- () Atenção Primária em Saúde
- () Atenção Especializada Ambulatorial
- () Atenção nos Serviços de Urgências
- () Atenção Hospitalar
- () Regulação e Controle do Sistema de Saúde
- () Vigilância em Saúde
- () Atenção à Saúde das Pessoas Idosas
- () Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência
- () Atenção à Saúde das Pessoas em Condições Vulneráveis
- () Prestação de Contas
- () Plano Municipal de Saúde
- () Programação Anual de Saúde
- () Lei de diretrizes Orçamentaria
- () Lei orçamentaria anual
- () Relatório quadrimestral
- () Relatório de Gestão
- () Outros: _____

Você recebe denúncias da população?

- () Sim. () Não.

Você sente falta de informações que auxiliem nas tarefas como conselheiro (a)?

- () Sim () Não

Você sente dificuldade de analisar e aprovar documentos, ações e projetos?

- () Sim () Não

Para você, o que significa Controle Social e qual sua importância?

Você sabe o que é Conferência de Saúde? Qual a sua finalidade?

Você sabe dizer quando seu município realizou a última conferência de saúde? Houve participação da comunidade?

Em seu entendimento quais as atribuições de um conselheiro de saúde?

Qual seu entendimento sobre paridade no Conselho de Saúde? Ela é importante?

Para você, o que significam políticas públicas de saúde?

Você conhece ou já ouviu falar do Sistema Único de Saúde? Em caso positivo, o quê?

SIM NÃO

Você conhece os instrumentos de planejamento e gestão do SUS? Em caso positivo, quais?

SIM NÃO

Você conhece os instrumentos de avaliação do SUS? Em caso positivo, quais?

SIM NÃO

Você tem conhecimento das responsabilidades do CMS, quanto à elaboração, monitoramento e apreciação dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS?

SIM NÃO

Você conhece os blocos de financiamento em saúde do SUS?

SIM NÃO

Quais:

_____ Você foi informado(a)/orientado(a) sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o papel do Conselho Municipal de Saúde na gestão do Sistema Municipal de Saúde antes da sua eleição como membro do Conselho?

SIM NÃO

Você já participou de algum curso/evento para Capacitação de Conselheiros de Saúde? Em caso positivo, qual?

SIM NÃO

Você conhece a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS?

SIM NÃO

Para você, qual a importância de curso de capacitação de conselheiros(as) de saúde?

Aprimoramento de conhecimentos

Mudança de atitude como conselheiro na prática

Alterações nas normatizações, documentos ou estratégias de trabalho no conselho

Não faz diferença

Não sei informar

Você, como membro efetivo do Conselho de Saúde, tem legitimidade política para decidir sobre a formulação de políticas, planos e projetos de saúde?

SIM NÃO Não sei informar

Você conhece o Plano Municipal de Saúde de seu município?

Sim Não

Você tem conhecimento das fontes de recursos que fazem parte do Fundo Municipal de Saúde?

SIM NÃO

Você considera o Conselho Municipal de Saúde um órgão democrático, da forma como está estruturado/funcionando?

SIM NÃO

Por quê?

Na sua opinião, a maioria das ações deliberadas pelo Conselho Municipal de Saúde, até o momento, procuram atender aos interesses da população de seu município?

sim não

Na sua opinião, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde deve ser:

O Secretário Municipal de Saúde Eleito entre os membros do CMS

Como você classifica a participação dos cidadãos/usuários no processo decisório da defesa de interesses coletivos dentro do Conselho?

Ótima Boa Regular Deficiente Nula

Na sua opinião, em qual(quais) situação(situações) os cidadãos/usuários do Sistema Municipal de Saúde têm tido maior participação na defesa de seus interesses?

Participando das Conferências Municipais de Saúde

Participando de Plenárias da Saúde nas diversas instâncias

Participando através de sua representação paritária no Conselho Municipal de Saúde

Participando de movimentos sociais organizados pela defesa das condições de saúde da população

Participando nas entidades e segmentos sociais representativos: associações de moradores, sindicatos, organizações não governamentais e outros

Outros: _____

ANEXO A - INSTRUMENTOS LEGAIS DE GESTÃO DO SUS

ATO	DESCRIÇÃO	PRAZO
CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	A CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE REUNE-SE PARA AVALIAR SITUAÇÃO DE SAÚDE E PROPOR DIRETRIZES PARA A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE. ORGANIZADA CONJUNTAMENTE ENTRE A GESTÃO EXECUTIVA E OS CONSELHOS DE SAÚDE.	RECOMENDA-SE REALIZAÇÃO A CADA 2 ANOS , DE PREFERÊNCIA FAZER ANTES DO PLANO DE SAÚDE E GERALMENTE NO PRIMEIRO ANO DE MANDATO
CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	A CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE REUNE-SE PARA AVALIAR A SITUAÇÃO DE SAÚDE E PROPOR DIRETRIZES PARA A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE	A CADA 4 ANOS; GERALMENTE NO PRIMEIRO ANO DE MANDATO E ORIENTA A CONSTRUÇÃO/REFORMULAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE. OBS.: POSSIBILIDADE DE RECOMENDAR CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS.
PLANO DE SAÚDE	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE COM AS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO PARA 4 ANOS – SERVE PARA EFETIVAR AS PROPOSTAS E DIRETRIZES DA CONFERÊNCIA DE SAÚDE	QUADRIENAL – ELABORADO DE 4 EM 4 ANOS. DEVE SER CONSTITUIDO/REFORMULADO ATÉ O FINAL DO 1º ANO DE MANDATO, COM DISCUSSÃO E APROVAÇÃO NO CONSELHO DE SAÚDE.
LEI DO PLANO PLURIANUAL (PPA)	ESTABELECE AS DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PARA AS DESPESAS CORRENTES E DE CAPITAL.	QUADRIENAL – DE 4 EM 4 ANOS – DEVERESER ELABORADO PELO EXECUTIVO ATÉ 30/09 DO 1º ANO DE MANDATO E APROVAO NA CASA LEGISLATIVA RESPECTIVA ATÉ 15/12. COM VIGENCIA A PARTIR DO 2º ANO DE MANDATO ATÉ O 1º ANO DA PROXIMA GESTÃO.
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE	DETALHAMENTO ANUAL DO PLANO DE SAÚDE, EM QUE SE DEFINEM AS AÇÕES, METAS, E FINANCIAMENTO PARA SUA OPERACIONALIZAÇÃO.	CONFORME LEI COMPLEMENTAR 141/2012, DEVERÃO ENCAMINHAR A PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE AO RESPECTIVO CONSELHO DE SAÚDE, PARA APROVAÇÃO ANTES DO ENCAMINHAMENTO DA LEI DE

		DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO) DO EXERCÍCIO CORRESPONDENTE.
LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO)	COMPATÍVEL COM O PPA. ESTABELECE AS LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA) E A SUA EXECUÇÃO. DEVE SER ELABORADA PELO EXECUTIVO, ANUALMENTE, E SUBMETIDA À APRECIÇÃO DO LEGISLATIVO.	ATÉ O FINAL DE ABRIL DE CADA ANO O EXECUTIVO APRESENTA AO LEGISLATIVO, QUE TEM APROVAR ATÉ O FIM DE JUNHO.
LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA)	RECEPCIONA A LDO APROVADA NO LEGISLATIVO E SEGUINDO-A SE ELABORA A LOA PARA O ANO SEGUINTE COM TODO O DETALHAMENTO DE AÇÕES, METAS E RECURSOS FINANCEIROS.	ATÉ O FINAL DE AGOSTO PARA A UNIÃO. PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS ATÉ FINAL DE SETEMBRO.
RELATÓRIO QUADRIMESTRAL	ART. 41 DA LC 141/2012: A SECRETARIA DE SAÚDE ESTADUAL E MUNICIPAL DEVE APRESENTÁ-LO NOS PRAZOS PREVISTOS NA LC 141/12: A) AO CONSELHO DE SAÚDE, ESTADUAL E MUNICIPAL, QUE DEVERÁ AVALIAR E ENCAMINHAR AO CHEFE DO PODER EXECUTIVO DO RESPECTIVO ENTE DA FEDERAÇÃO AS INDICAÇÕES PARA QUE SEJAM ADOTADAS AS MEDIDAS CORRETIVAS NECESSÁRIAS; O RQ DEVE APRESENTAR OS RESULTADOS ALCANÇADOS OU NÃO COM A EXECUÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE EM VIGOR; B) AO PODER LEGISLATIVO EM AUDIÊNCIA PÚBLICA;	PRAZOS: JANEIRO, FEVEREIRO, MARÇO E ABRIL: ATÉ O FINAL DE MAIO; MAIO, JUNHO, JULHO E AGOSTO: ATÉ O FINAL DE SETEMBRO; SETEMBRO, OUTUBRO, NOVEMBRO E DEZEMBRO: ATÉ O FINAL DE FEVEREIRO DO ANO SEGUINTE.

<p>RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO</p>	<p>INSTRUMENTO QUE APRESENTA OS RESULTADOS ALCANÇADOS COM A PAS, A QUAL OPERACIONALIZA O PLANO DE SAÚDE, NA RESPECTIVA ESFERA DE GESTÃO E ORIENTA EVENTUAIS REDIRECIONAMENTOS. É TAMBÉM INSTRUMENTO DE COMPROVAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS REPASSADOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE PARA OS FUNDOS DE SAÚDE DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS, CUJO RESULTADO DEMONSTRA O PROCESSO CONTÍNUO DE PLANEJAMENTO E É INSTRUMENTO INDISSOCIÁVEL DOS PLANOS DE SAÚDE E DE SUAS RESPECTIVAS PROGRAMAÇÕES ANUAIS DE SAÚDE.</p>	<p>ART. 36, § 1º DA LC 141/12:</p> <p>A SECRETARIA DE SAÚDE, ESTADUAL E MUNICIPAL, DEVE APRESENTÁ-LO, ATÉ O DIA 30 DE MARÇO DO ANO SEGUINTE, AO CONSELHO DE SAÚDE.</p> <p>O CONSELHO DE SAÚDE DEVERÁ EMITIR PARECER CONCLUSIVO (DELIBERAÇÃO) SOBRE ELE.</p> <p>A SECRETARIA DE SAÚDE DEVERÁ ALIMENTAR O SARGSUS.</p>
----------------------------------	--	--