

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

CARLOS ROBERTO RIBEIRO MACHADO

**A IMPORTÂNCIA DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE E A
PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO CONTROLE SOCIAL**

CARLOS ROBERTO RIBEIRO MACHADO

**A IMPORTÂNCIA DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE E A
PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO CONTROLE SOCIAL**

JOINVILLE, 2017

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

CARLOS ROBERTO RIBEIRO MACHADO

**A IMPORTÂNCIA DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE E A
PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO CONTROLE SOCIAL**

Submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Marcella Diana Albeirice Helfenstein da Rocha, Msc.

JOINVILLE, 2017

MACHADO, Carlos Roberto Ribeiro. A importância dos Conselhos de Locais de Saúde / MACHADO, Carlos Roberto Ribeiro Machado – Joinville: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, 2017. 00 f.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, 2016. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Marcella Diana Albeirice Helfenstein da Rocha, Msc

1. Saúde Pública

2. Participação Comunitária

3. Conselhos de Saúde

I. Título

**A importância dos Conselhos Locais de Saúde e a participação da comunidade
no controle social**

CARLOS ROBERTO RIBEIRO MACHADO

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e **APROVADO** em sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, terça-feira, 20 de junho de 2017.

Prof^a. Marceli Diana Albeirice Helfenstein da Rocha
Presidente

Prof^a. Marlete Scremin
Avaliador

Prof^a. Gislene Maria Ramos
Avaliador

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todas as pessoas
que se empenham no serviço voluntário,
na participação dos Conselhos Locais de
Saúde em Joinville.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar coragem e iluminar meus caminhos, com sabedoria, perseverança e coragem. E a minha amada esposa que é meu sustentáculo em todos os momentos da vida.

Agradeço a todos os servidores da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, na realização do estágio curricular obrigatório, proporcionando um ambiente favorável para a obtenção dos conhecimentos específicos.

Agradeço a minha orientadora Professora Marcella Diana Albeirice Helfenstein da Rocha, pela paciência e dedicação extra dispensadas neste trabalho e aos demais professores que sempre estiveram empenhados em transmitir os conhecimentos e capacitações necessárias para alcançar os objetivos propostos pelo curso.

EPÍGRAFE

*“Tudo posso naquele que me fortalece.”
Filipenses 4, 13*

RESUMO

Introdução: A participação popular através dos conselhos de saúde, garantindo o acompanhamento e a fiscalização do sistema de saúde. **Objetivo:** Conhecer e ampliar o controle social no âmbito do município, envolvendo maior número de entidades para ampliação de proposições, acompanhamento e fiscalização da Política de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura que buscou as produções de artigos sobre o tema com ênfase na história do SUS, políticas públicas de saúde, participação da comunidade e suas legislações específicas de 2007 à 2016. Selecionaram-se 10 artigos indexados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), onde foram utilizados os seguintes descritores e sua combinação na língua portuguesa: “Conselhos de Saúde”, “Usuário” e “Participação”. Utilizou-se da pesquisa documental na análise das informações constantes de cópias de atas, relatórios, planilhas, documentos impressos e eletrônicos disponibilizados pela Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde do município de Joinville (SECMS). **Resultados:** Observa-se que a competitividade e o bairrismo acaba fracionando o poder atuante dos conselheiros, tornando-se uma grande barreira a ser superada para o pleno desenvolvimento nas funções dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Destaca-se que a ampliação da participação efetiva da sociedade de forma contínua, com capacitação dos conselheiros, visa a contribuir para o avanço da política de saúde do município, nas diversas instâncias de representação do setor. **Considerações finais:** Apesar dos esforços para consolidar essa visão moderna de participação social, nota-se que o quadro de reordenação social e política proposto ainda não experimentou um progresso sequencial dos direitos civis, políticos e sociais. Para o alcance do objetivo proposto é necessária ousadia na elaboração de estratégias que permitam uma participação mais eficiente do conselheiro usuário na construção e no fortalecimento do Sistema Municipal de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Conselho. Usuário. Participação

ABSTRACT

Introduction: The popular participation through the health councils, ensuring the monitoring and supervision of the health system. **Objective:** To know and expand social control within the municipality, involving a greater number of entities for proposition expansion, monitoring and inspection of the Health Policy. **Methodology:** This is an Integrative Review of Literature that sought the productions of articles on the theme with emphasis on the history of the SUS, public health policies, community participation and its specific legislations from 2007 to 2016. We selected 10 articles indexed in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) databases, where the following descriptors and their combination were used in the Portuguese language: "Health Councils ", " User "and" Membership ". Documentary research was used to analyze the information contained in copies of minutes, reports, spreadsheets, printed and electronic documents made available by the Executive Secretariat of the Municipal Health Council of the city of Joinville (SECMS). **Results:** It can be observed that the competitiveness and the neighborhoods have fractioned the active power of the councilors, becoming a great barrier to be overcome for the full development in the functions of the Local Health Councils (CLS). It should be emphasized that the expansion of the effective participation of society on a continuous basis, with the training of counselors, aims to contribute to the advancement of the health policy of the municipality, in the various instances of representation of the sector. **Final considerations:** Despite the efforts to consolidate this modern vision of social participation, it is noted that the proposed framework of social and political reordering has not yet experienced a sequential progression of civil, political and social rights. In order to reach the proposed objective, it is necessary to dare to elaborate strategies that allow a more efficient participation of the user counselor in the construction and strengthening of the Municipal Health System.

KEYWORDS: Council. User. Participation

LISTA DE SIGLAS

CLS – Conselhos Locais de Saúde;

CMS – Conselho Municipal de Saúde;

CNS – Conferência Nacional de Saúde;

DNS – Departamento Nacional de Saúde;

DRS – Distrito Regional de Saúde;

ESF – Estratégia Saúde da Família;

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social;

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social;

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social;

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;

MDB – Movimento Democrático Brasileiro;

MS – Ministério da Saúde;

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro;

PSF – Programa de Saúde da Família;

RIL – Revisão Integrativa de Literatura;

SECMS – Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde;

SCieLO – Scientific Electronic Library Online;

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – DRS Aventureiro.....	38
Quadro 02 – DRS Centro.....	38
Quadro 03 – DRS Comasa.....	38
Quadro 04 – DRS Costa e Silva.....	39
Quadro 05 – DRS Fátima.....	39
Quadro 06 – DRS Floresta.....	39
Quadro 07 – DRS Jarivatuba.....	40
Quadro 08 – DRS Pirabeiraba.....	40
Quadro 09 – DRS Vila Nova.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Justificativa.....	16
1.2 Problema.....	16
1.3 Objetivo Geral.....	16
1.4 Objetivos Específicos.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 O SUS e a sua História.....	17
2.2 Princípios do SUS.....	19
2.3 Ministério da Saúde – Estrutura e Competências.....	20
2.3.1 Unidades Subordinadas.....	20
2.3.2 Órgãos Colegiados.....	21
2.3.3 Unidades Vinculadas.....	21
2.3.4 Estados e Municípios.....	21
2.3.5 Legislação Básica do SUS.....	21
2.4 Controle Social.....	22
2.5 As Conferências e Controles de Saúde.....	24
2.6 Municipalização da Saúde.....	24
2.7 Financiamento dos Serviços de Saúde.....	25
2.8 Conselhos Municipais de Saúde.....	25
3 METODOLOGIA.....	27
3.1 Revisão Integrativa de Literatura.....	29
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	34
4.1 Política de Saúde em Joinville.....	34

4.2 Conselho Municipal de Saúde em Joinville.....	35
4.3 Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde.....	36
4.4 Conselhos Locais de Saúde em Joinville.....	36
5 PROPOSTAS DE MELHORIAS E APERFEIÇOAMENTOS.....	42
5.1 CLS.....	42
5.2 Objetivos.....	43
5.3 Assessoria.....	44
5.4 Metas e Ações.....	44
5.5 Mobilização, Sensibilização e Institucionalização do CLS.....	44
5.6 Capacitação dos Conselheiros de Saúde.....	45
5.7 Ética no CLS.....	46
5.8 Dificuldades e Desafios do CLS.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

1 INTRODUÇÃO

O fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) visa o aprimoramento da gestão e de políticas de saúde no país através da participação de importantes segmentos da sociedade, onde a participação é a aprendizagem do poder em todos os momentos e lugares em que se esteja vivendo e atuando.

O acesso universal (princípio da universalidade), significa que ao SUS compete atender a toda população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público. O acesso igualitário (princípio da equidade) não significa que o SUS deva tratar a todos de forma igual, mas sim respeitar os direitos de cada um, segundo as suas diferenças, apoiando-se mais na convicção íntima da justiça natural do que na letra da lei (BRASIL, 2012c).

Deixando um legado às próximas gerações, inúmeros cidadãos comuns tem desenvolvido uma função de relevância pública enquanto conselheiros de saúde.

A Lei nº 12.527 regulamenta o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas. Ao regulamentar esse direito, a Lei torna essencial o princípio de que o acesso é a regra, e o sigilo é a exceção, consolida e define o marco regulatório sobre o acesso à informação pública sob a guarda do Estado e estabelece procedimentos para que a Administração responda a pedidos de informação do cidadão (BRASIL, 2012a).

Os Conselhos de Saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. Eles foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais. O legítimo representante dos cidadãos usuários do SUS defende os interesses e necessidades da população que mais precisa e usa os serviços do SUS, exercendo o controle social ao lutar para garantir, na prática, o direito constitucional à saúde com qualidade e o respeito à dignidade humana.

Os Conselhos de Saúde funcionam como colegiados, de caráter permanente e deliberativo devendo tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e

fiscalizando a política de saúde além de propor correções e aperfeiçoamentos em seu rumo.

Compreender a função do Conselho de Saúde, sua atuação, e contribuir para que atuem de forma mais efetiva na representação da sociedade civil, constitui-se no objeto de estudo deste trabalho, fazendo que o fato de ser conselheiro não se torne ser mero cumpridor de regra e sim, mais um ponto forte para que a gestão da saúde seja voltada à sociedade.

Foi realizada através desta pesquisa, a análise institucional dos conselhos locais de saúde em Joinville, a sua importância e necessidade de divulgação para a comunidade, com a participação de entidades e cidadãos que buscam no controle social o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

1.1 Justificativa

A participação da comunidade na área da saúde foi uma conquista do povo brasileiro depois de muita luta e negociação, conduzida pelo Movimento da Reforma Sanitária. O direito da sociedade de participar do controle social na saúde foi resultado daquela grande mobilização e está assegurada na Constituição Federal de 1988. A importância dos Conselhos Locais de Saúde serem implantados e estruturados, tomando por base a divisão territorial administrativa do município, garantindo a participação para formular, apresentar propostas e deliberar sobre as ações de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde reafirma a necessidade de estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos.

1.2 Problema

Que estratégias podem ser utilizadas para a divulgação aos usuários, a mobilização, sensibilização e institucionalização dos Conselhos Locais de Saúde?

1.3 Objetivo Geral

Conhecer a organização do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Joinville.

1.4 Objetivos Específicos

- Descrever como os Conselhos Locais de Saúde estão implantados no município;
- Propor estratégias para garantir e ampliar a participação dos usuários nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde;

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste tópico, diferentes momentos históricos da saúde serão apresentados, dando ênfase à situação do Brasil após a promulgação da Constituição Federal de 1988, onde dá-se início a utilização de ferramentas que proporcionam a gestão e a participação popular na construção das políticas públicas.

2.1 O SUS e a sua História

A história da Saúde Pública Brasileira tem início em 1808, porém o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades que eram de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. O Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados (BRASIL, 2016a).

No início dos anos 60, a desigualdade social marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de melhorias conduziram o que alguns pesquisadores intitularam como a grande panaceia dos anos 60 - o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde, em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social (BRASIL, 2016a).

Outro marco da história da saúde no âmbito ministerial ocorreu em 1963, com a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), que propôs a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização. Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde fosse o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel (BRASIL, 2016a).

Antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos *indigentes*, descritos como os que não tinham acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), definido atualmente o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada e os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde (BRASIL, 2012c).

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 70 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade. Em meados da década de 70, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. Em 1979 realizou-se o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e ao longo da década de 80, o INAMPS passou por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS (BRASIL, 2012c).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS. Foi realizada a primeira CNS com a sociedade, importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, fazendo parte do excerto "Da Saúde" da Constituição brasileira

de 5 de outubro de 1988. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço, conforme Decreto nº 99.060 e Lei nº 8.080. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689 (BRASIL, 2012c).

2.2 Princípios do SUS

O SUS deve ser entendido como um processo em marcha de produção social da saúde e resulta de propostas defendidas ao longo de anos pelo conjunto da sociedade estando, ainda, sujeito a aprimoramentos. Segundo a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garanti-lo através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de adoecimento e morte, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012).

O acesso universal significa que ao SUS compete atender a toda população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público (BRASIL, 2012).

Conforme previsto no artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O acesso igualitário (princípio da equidade) significa que ao SUS compete respeitar os direitos de cada um, segundo as suas diferenças, apoiando-se mais na convicção íntima da justiça natural do que na letra da lei (BRASIL, 2012e).

Segundo Carvalho (2007), a saúde deixa de ser restrita apenas aos contribuintes previdenciários e outros grupos com privilégios financeiros, envolvendo todos os cidadãos, dando início a um processo de metamorfose na sociedade,

servindo de estímulo para a construção das demais políticas públicas em vigor no país. O direito à saúde está fundamentado no direito à vida, ao bem-estar, a felicidade individual e coletiva, sendo de suma importância que cada cidadão assuma essa tarefa de participar da gestão pública e de exercer o Controle.

2.3 Ministério da Saúde – Estruturas e Competências

O Ministério da Saúde tem a função de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, proporcionando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro. O Ministério tem o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e dar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos, independente da condição social (BRASIL, 2016b).

Os assuntos de competência do Ministério da Saúde são: Política Nacional de Saúde; Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde; Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; Informações de saúde; Insumos críticos para a saúde; Vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos; Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde (BRASIL, 2016b).

2.3.1 Unidades Subordinadas

A estrutura central do Ministério da Saúde é composta por sete secretarias responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de saúde, sendo, assim, as executoras das atividades finalísticas do órgão. Outras unidades que compõem o ministério são a secretaria-executiva, o gabinete do ministro e a consultoria jurídica, responsáveis por atividades de assessoria e assistência direta às ações do ministro (BRASIL, 2016).

2.3.2 Órgãos Colegiados

O Ministério da Saúde possui: o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde Suplementar. São órgãos permanentes e deliberativos sobre temas relacionados à saúde, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS (BRASIL, 2016).

2.3.3 Unidades Vinculadas

Alguns órgãos não fazem parte da estrutura central do Ministério da Saúde, mas funcionam de forma vinculada ao mesmo. São as fundações públicas, as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economia mista. Essas unidades têm funções específicas e atividades complementares que devem estar alinhadas com as principais questões de Saúde e com as prioridades do governo (BRASIL, 2016).

2.3.4 Estados e Municípios

A estrutura da saúde pública no Brasil é definida, também, pela atuação das Secretarias Estaduais e municipais de saúde. Os princípios do SUS apontam para a democratização nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais. Da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a ser norteados pela descentralização, com os estados e municípios assumindo suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolvendo ações que priorizam a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2016).

2.3.5 Legislação Básica do SUS

Compõem a legislação básica do SUS: a Constituição Federal (artigos 196 a 200); Em 16 de janeiro de 2012 foi editada, após nove anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei Complementar nº 141, de 16/01/2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e dispõe 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.

A Lei 8.080, de 19/09/1990 - Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; a Lei 9.836, de 23/09/199 (Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080); a Lei 11.108, de 07/04/2005 (Altera a Lei nº 8.080); a Lei 10.424, de 15/04/2002 (Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080); a Lei 8.142, de 28/12/1990 - 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; a Portaria 2.203, de 05/11/1996 - Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde; a resolução 399, de 22/02/2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto (BRASIL, 2017);

O Decreto 7.511, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. A Lei nº 12.527 - Regulamenta o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas. Ao regulamentar esse direito, a Lei torna essencial o princípio de que o acesso é a regra, e o sigilo é a exceção, consolida e define o marco regulatório sobre o acesso à informação pública sob a guarda do Estado e estabelece procedimentos para que a Administração responda a pedidos de informação do cidadão (BRASIL, 2017).

2.4 Controle Social

Tanto a Constituição Federal como as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142) estabelecem que saúde é direito de todos e dever do estado e suas ações e serviços devem ser organizados com a participação da comunidade. Isso quer dizer que o SUS impõe o direito de cidadania que deve ser exercido, institucionalmente, através dos Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal (Brasil, 1990b).

Embora em muitos lugares, os Conselhos de Saúde não sejam mais do que palco de imposições governamentais e de influências partidárias ou corporativas, no geral o resultado parece apontar para a democratização da saúde. Avaliações dos Conselhos de Saúde existentes apontam para a necessidade de se propiciar a capacitação dos conselheiros mediante cursos regulares e de prover, de forma sistemática, as informações necessárias para o exercício do controle social da saúde (BRASIL, 2012b).

Segundo Carvalho (2007), a participação da sociedade civil organizada nas instâncias definidas pela Lei 8.142/90 transporta o controle social descrito nesta legislação, para o cotidiano dos usuários do Sistema Único de Saúde. Ainda que de forma subjetiva o direito à saúde está fundamentado no direito à vida, ao bem estar, e a felicidade individual e coletiva.

Apesar de os Conselhos Locais de Saúde (CLSs) não estarem previstos na Lei 8.142 de 1990, é em seu § 5º do art. 1º que se define que as conferências de saúde e os conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento determinadas por regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. Assim, abre-se o precedente para que o controle social ocorra em outros ambientes, que não somente nas três esferas de governo. Com isso, o CLS torna-se o espaço ideal para a manifestação das necessidades da comunidade, representando a legitimidade democrática da participação popular em sua base, por se tratar de um espaço menos formal e menos burocratizado (BUSANA et. al, 2015).

No cenário atual, após todas as lutas e conquistas dos movimentos sociais, o cidadão adquiriu o dever e o direito de participar, competindo-lhe a interferência no processo decisório de gestão da saúde visando à melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, uma vez que este é um espaço para promoção da autorresponsabilidade social, com o intuito de se corresponsabilizar com a efetivação dos projetos e programas públicos que atendam as necessidades da comunidade. Sendo, assim é no conselho de saúde que estas questões devem ser debatidas. A função do conselho local de saúde e, por conseguinte, do controle social, é ser um dos alicerces para o fortalecimento da atenção Primária à Saúde, idealizado pela ESF. Esse ideário se fundamenta na percepção de que os indivíduos que utilizam os serviços de saúde têm maior legitimidade para fiscalizar e

acompanhar tais serviços, podendo participar das deliberações acerca de suas diretrizes (BUSANA et. al, 2015).

Nessa perspectiva, define-se gestão participativa como a devolução aos cidadãos do poder de decisão na formulação de políticas locais, em espaços como os conselhos de saúde onde estão engajados os usuários do sistema e o governo que se desmembra ainda entre gestores, prestadores de serviço e profissionais (AVRITZER, 2010).

O princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações (BRASIL, 2012d).

2.5 As Conferências e os Conselhos de Saúde

Nas Conferências, reúnem-se os representantes da sociedade (que são os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, dos parlamentares e outros para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos municípios, nos estados e no país (BRASIL, 2012a).

Foi o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição Federal de 1988, quando foi criado o Sistema Único de Saúde. De quatro em quatro anos deve acontecer a Conferência Nacional de Saúde, após a realização das Conferências estaduais e municipais, onde são apontados os rumos para aperfeiçoamento do SUS (BRASIL, 2012a).

O legítimo representante dos cidadãos usuários do SUS defende os interesses e necessidades da população que mais precisa e usa os serviços do SUS, exercendo o controle social ao lutar para garantir, na prática, o direito constitucional à saúde com qualidade e o respeito à dignidade humana.

Os Conselhos de Saúde funcionam como colegiados, de caráter permanente e deliberativo, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo. São componentes dos Conselhos os representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2012a).

2.6 Municipalização da Saúde

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território (BRASIL, 2012d).

O princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. Estimula na esfera municipal novas competências e capacidades político-institucionais. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização (BRASIL, 2012d).

2.7 Financiamento dos Serviços de Saúde

As ações e serviços de Saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Esses repasses ocorrem por meio de transferências fundo a fundo, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde (BRASIL, 2012f).

2.8 Conselho Municipal de Saúde

Em sua função de elaborar e controlar a execução da política pública da saúde regional, o Conselho Municipal de Saúde possui as seguintes responsabilidades: Controlar o dinheiro da saúde; Monitorar a execução das ações na área da saúde; Participar da formulação das metas para a área da saúde; Reunir-se ao menos uma vez por mês; Acompanhar as verbas que são encaminhadas pelo SUS e também os repasses de programas federais. A atuação destas entidades, devido à própria busca de integrar as ações da saúde, abrange todas as áreas do setor, seja na fiscalização, na obtenção de informações, na proposta de estratégias ou mesmo na tomada de decisões (ALVES, 2014).

Segundo o autor supracitado, é importante ter ciência, neste sentido, de que este órgão municipal está diretamente envolvido na discussão de temáticas essenciais como o orçamento destinado à saúde, a política de recursos humanos, a relação com o setor privado, as epidemias, o saneamento básico, as estratégias de vigilância à saúde e muitos outros aspectos. A Lei 8.689/93 e o Decreto Federal nº 1.651/95, estabelecem que o gestor do SUS, em todas as esferas de governo deverá apresentar, em uma frequência trimestral, um relatório detalhado ao Conselho de Saúde. Neste documento, deverão constar dados sobre o montante e a fonte dos recursos aplicados, as auditorias e outras informações importantes acerca da gestão do Sistema Único de Saúde.

3 METODOLOGIA

Buscando retratar a realidade do controle social do município de Joinville, foi realizada uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL) com ênfase na história do SUS, políticas públicas de saúde, participação da comunidade e suas legislações específicas. Utilizou-se da pesquisa documental conforme análise das informações constantes de cópias de atas, relatórios, planilhas, documentos impressos e eletrônicos disponibilizados pela Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde do município de Joinville (SECMS), onde o objetivo é conhecer a organização do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e as situações dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), em uma abordagem quantitativa abordada por Severino (2007).

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas bases de dados que seguem: Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), onde foram utilizados os seguintes descritores e sua combinação na língua portuguesa: Conselhos de Saúde, Usuário e Participação.

Na base de dados SciELO, foram encontrados 28 (vinte e oito) artigos, sendo descartados 8 (oito) por não atingirem o objetivo proposto, onde 2 (dois) publicados em 2016, 4 (quatro) do ano de 2015, 1 (um) de 2013 e 1 (um) referente a 2012; e ainda 10 (dez) artigos por apresentarem publicações com assuntos de conteúdo semelhantes, onde 3 (três) publicados em 2016, 4 (quatro) no ano de 2015, 2 (dois) publicados no ano de 2014 e 1 (um) referente ao ano de 2012. No banco de dados LILACS, foi encontrado 37 (trinta e sete) artigos, onde foram utilizados 7 (sete) artigos publicados e descartados 30 (trinta) por não atingirem o objetivo proposto, sendo 10 artigos (dez) com publicações com assuntos semelhantes, onde 8 (oito) eram referente ao ano de 2012, 2 (dois) do ano de 2014. 14 (catorze) artigos com publicação superior à 5 (cinco) anos; e 6 (seis) artigos com publicações de assuntos irrelevantes ao tema proposto, sendo 2 (dois) publicados em 2014, 1 (um) em 2013 e 3 (três) em 2012.

A interpretação dessas informações obtidas com esta pesquisa se dará através do conhecimento adquirido com a experiência de estágio curricular obrigatório vivenciada pelo acadêmico do Curso Superior de Tecnologia em Gestão

Hospitalar, que desempenhou as rotinas de trabalho em um departamento da Secretaria de Saúde de Joinville, no período de Agosto de 2015 e Junho de 2016.

3.1 Revisão Integrativa de Literatura (Artigos pesquisados das Bases de Dados SCIELO, LILACS e BVS)

Palavras-chave: Conselho; usuário; participação.

Seq	Procedência	Título do Artigo	Autores	Ano	Considerações
01	BVS	Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia	MARTINS, P. C. et al	2008	Discute a construção social da participação da sociedade civil no Sistema Único de Saúde, refletindo os avanços alcançados no plano legal, em contrapartida aos obstáculos observados no cotidiano da construção dos espaços de exercício da democracia. Analisa o processo de criação dos conselhos de saúde no Brasil, descrevendo sua importância para uma efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão na área da saúde, refletindo sobre os matizes desta utopia; destaca os desafios encontrados e as possibilidades apresentadas para concretização desta ação.
02	LILACS	A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde	GUIZARDI, Francine Lube.	2015	Aborda a fragilidade da democracia em nossa história republicana e a conjuntura política atual, que evidenciam a permanência de uma cultura política autoritária, que legitima e naturaliza desigualdades, injustiças e opressão social.
03	LILACS	Participação social no contexto da atenção primária à saúde: um estudo de caso das comissões locais de saúde do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte	OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira.	2015	Analisa o papel das Conferências Locais de Saúde na formulação e implementação na Política Municipal de; Identifica os fatores que influenciam na participação dos conselheiros e a condição para a tomada de decisões.
04	LILACS	O Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco como espaço de participação social e promoção da saúde	ROCHA, Danúzia da Silva.	2014	Analisa o mecanismo de formulação de políticas públicas, identificando a influência da participação social no processo de tomada de decisões, dentro do órgão colegiado; identifica relações de intersetorialidade envolvidas nas atividades de promoção de saúde.

05	LILACS	Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa	JORGE, Márjore Serena et al.	2012	Expõe a temática dos Conselhos Municipais de Saúde como instrumentos de controle social e democratização das políticas de saúde.
06	LILACS	Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS	LONGHI, Jean Camargo et al.	2011	Apresenta as contradições do conceito de cidadania encontradas em pesquisas realizadas junto a usuários de uma unidade de saúde da zona leste de São Paulo e os consequentes entraves para a participação popular no SUS.
07	LILACS	Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS	MOREIRA, Marcelo Rasga et al.	2009	Expõe os questionamentos sobre quem toma as decisões que interferem nos rumos da sociedade, que decisões podem tomar e como funciona o processo decisório, com elementos comuns e centrais a tais concepções.
08	LILACS	Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde	COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al.	2009	Apresenta o fortalecimento do exercício do controle social na política de saúde, sendo necessário o efetivo conhecimento do SUS; da legislação; da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, etc. Objetiva dimensionar o nível de informação e conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde.
09	LILACS	Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia	MARTINS, Poliana Cardoso et al.	2008	Discute a construção social da participação da sociedade civil no Sistema Único de Saúde, tendo como reflexão inicial os avanços alcançados no plano legal, em contrapartida aos obstáculos observados no cotidiano da construção dos espaços de exercício da democracia; ou seja, a distância entre "o espírito e a letra da lei".
10	Livro	A dinâmica da participação local no Brasil	AVRITZER, Leonardo et al	2010	São analisadas formas de participação local, como os conselhos de políticas e as experiências de orçamento participativo. Esses espaços são comparados em vários aspectos, tais como: a capacidade deliberativa; a capacidade administrativa; a normatividade; a potencialidade inclusiva; relações

					de gênero.
11	Livro	Participação da comunidade na saúde	CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de	2007	Reforça que a participação é tão natural quanto necessária, posto que o coletivo sempre esteve presente em sua vida, seja na numerosa família, na grande vizinhança integrada (na rua, da cidade do interior).
12	SciELO	Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social	Lisboa, Edgar Andrade et al.	2016	Analisa a criação dos Conselhos Locais de Saúde e expõe as dificuldades encontradas pelos conselheiros no processo de cidadania.
13	SciELO	Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades	BUSANA, Juliano de Amorim et al.	2015	Analisa os limites e potencialidades da participação popular nos Conselhos Locais de Saúde e aponta a necessidade de compreensão dos papéis dos conselheiros para fortalecer ações de promoção à saúde
14	SciELO	Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB.	CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al.	2012	Expõe a participação popular como força social capaz de elencar prioridades e influir nos serviços públicos de saúde, para impulsionar a formulação de políticas para a promoção da saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa.
15	SciELO	Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação.	COELHO, Juliana Sousa	2012	Expõe reflexões sobre a busca e o exercício da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo seu conceito como as diferentes ações dos grupos sociais que influenciam a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas.
16	SciELO	O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde	COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al.	2011	Analisa a experiência do controle social, via Conselho de Saúde – CS, expõe a realidade vivenciada, observando que a possibilidade de uma gestão participativa no SUS não se consolida como uma prática efetiva.
17	SciELO	A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados.	COELHO, Vera Schattan P.	2007	Analisa os fatores que contribuem para a "legitimidade democrática" da experiência brasileira dos Conselhos de Saúde – CS

18	SciELO	A gestão pública municipal e participação democrática no Brasil	ROCHA, Carlos Vasconcelos	2011	Analisa a trajetória histórica recente de nossas instituições democráticas, a definição de espaços de deliberação pela sociedade civil, apesar dos seus problemas, tem potencial inegável de reforçar a <i>accountability</i> do poder público, aumentando a transparência de suas ações.
19	SciELO	O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público.	ROCHA, Elisama Nascimento et al.	2013	Analisa o conhecimento de conselheiros municipais de saúde sobre os seus papéis na fiscalização do orçamento público.
20	SciELO	Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social.	LISBOA, Edgar Andrade et al.	2016	Analisa a criação e a implantação dos conselhos locais de saúde no município de Anchieta, no estado do Espírito Santo. Busca identificar os fatores que apoiaram ou limitaram a sua efetiva participação no contexto do Sistema Único de Saúde local.
21	SciELO	Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades.	BUSANA, Juliano de Amorim et al.	2015	Analisa os limites e potencialidades da participação popular nos conselhos locais de saúde
22	SciELO	Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde.	KLEBA, Maria Elisabeth et al.	2015	Explana sobre Os conselhos gestores de políticas públicas são espaços de democratização, que viabilizam a inclusão de demandas da sociedade na agenda política.
23	SciELO	Desafios da participação social nos conselhos de saúde.	DURÁN, Paulo Renato Flores et al.	2014	Explicita, por meio de uma análise teórica, a importância do papel da sociedade e da construção de sujeitos políticos na implementação do SUS através dos Conselhos de Saúde. Visa contribuir para a discussão sobre modos de participação social que vêm

					sendo construídos no interior das arenas dos colegiados de participação na democracia brasileira.
24	SciELO	A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil.	SILVA, Claudio Valdivino et al.	2013	Apresenta a trajetória da participação da sociedade civil brasileira nas conquistas do setor de saúde no período da redemocratização política no País.
25	SciELO	Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema.	PAIVA, Fernando Santana de et al.	2014	Expõe o processo de democratização brasileiro contribuiu para a emergência de conselhos gestores e conferências temáticas no contexto das políticas públicas de saúde.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após pesquisa dos artigos das Bases de Dados e análise documental das cópias de atas, relatórios, planilhas, dos documentos impressos e eletrônicos disponibilizados pela SECMS, será apresentado neste tópico um retrato do controle social da saúde em Joinville e a organização dos CLS, com base nas atividades e auditorias desenvolvidas nos exercícios de 2015 e 2016.

4.1 Política de Saúde em Joinville

Conforme a Lei Orgânica do Município de Joinville, citado em seu artigo nº 140, a saúde é direito de todos os munícipes e dever do Estado, cabendo ao Município prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população. Para atingir os objetivos estabelecidos o Município promove por todos os meios ao seu alcance: Condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer; Respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental; Acesso universal e igualitário de todos os habitantes de Joinville às ações e serviços de prevenção, proteção e recuperação da saúde, sem qualquer discriminação; Campanhas de informações na área preventiva para a população, usando para isso os meios de comunicação que a lei permitir; Tratamento especial ao idoso perante os órgãos públicos municipais.

Para o cumprimento do artigo anterior o Município criou o Conselho Municipal de Saúde, com participação comunitária, cujas atribuições composições serão definidas em lei. Para atender os objetivos do Conselho Municipal de Saúde onde são levadas em consideração as prioridades estabelecidas nos conselhos locais de saúde existentes ou a serem organizados pelas comunidades dos bairros e distritos do Município. As ações de saúde são de relevância pública, sua execução é feita preferencialmente através de serviços oficiais e supletivamente através de serviços de terceiros, e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. O sistema único de saúde é financiado com recursos do orçamento do Município, do Estado, da União, da seguridade social, além de outras fontes. Os recursos financeiros do sistema único de saúde serão administrados por meio de um fundo municipal de

saúde, a ser criado na forma da lei, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e subordinado ao planejamento e controle do Conselho Municipal de Saúde (JOINVILLE, 2015).

Segundo Rocha (2013), na fiscalização do orçamento público, os CMS possuem uma importante missão através dos seus conselheiros, de fazerem prevalecer a justiça e a probidade das contas públicas da saúde. Desta forma, possibilitam que os recursos sejam administrados a favor dos interesses da sociedade, auxiliando na efetivação dos princípios norteadores do SUS, de universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde.

4.2 Conselho Municipal de Saúde de Joinville

O Conselho Municipal de Saúde é órgão de caráter permanente e deliberativo, de composição paritária entre o Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, vinculado à Secretaria de Saúde do município. Possui funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras e de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (JOINVILLE, 2005).

O Conselho Municipal de Saúde de Joinville identifica-se também pela sigla CMS e seus componentes são reconhecidos como “Conselheiros(as)”.

Em cada Conferência Municipal de Saúde deverão ser homologados os representantes dos Conselhos Locais de Saúde, criados pela Lei Municipal nº 3.556, de 17 de setembro de 1997, aos quais ficam destinadas 50% (cinquenta por cento) das vagas de usuários no Conselho Municipal de Saúde (JOINVILLE, 2005).

O CMS é coordenado por uma Mesa Diretora que tem a seguinte constituição: Presidente, Vice-Presidente e Secretário(a). Compete a Mesa Diretora coordenar as assembleias do CMS; orientar na criação de mecanismos para acolher as denúncias, reivindicações e sugestões de entidades e instituições ou de qualquer pessoa interessada; e encaminhar via Secretaria Executiva, as questões que lhe forem delegadas pelo CMS, as denúncias, reivindicações e sugestões aos organismos competentes, solicitando a tomada de providências cabíveis, comunicando, posteriormente, ao plenário do Conselho (JOINVILLE, 2005).

4.3 Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde

O CMS conta com uma Secretaria Executiva que funciona como suporte técnico administrativo às suas atribuições. É um órgão vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, tendo por finalidade apoiar técnica e administrativamente o CMS, às Comissões e Grupos de Trabalho.

A SECMS tem sua localização no andar térreo da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, onde possui um acervo com assuntos sobre controle social, que é disponibilizado para empréstimos externos, também disponibiliza sala de reuniões, acesso a computador e internet aos conselheiros, das funções de relevância pública.

Apresenta um ambiente de trabalho acolhedor, com dedicação e cooperação dos Técnicos Administrativos lotados no setor, sendo esses atributos facilitadores para a execução das tarefas atribuídas.

Os conselhos de saúde são formados por voluntários, com formação em diversos campos de atuação, diferentes tipos de vivência e conhecimentos. Dessa maneira, para o desenvolvimento das funções nesse setor é indispensável uma boa dose de paciência e boa relação interpessoal dos profissionais atuantes na SECMS, que contam também com certa flexibilidade no que diz respeito ao horário de trabalho, atuando em regime de revezamento para o acompanhamento em frequentes eventos que são realizados durante o período noturno.

O SECMS tem uma particularidade, através do controle social, recebe relatórios, demonstrativos e prestação de contas de todas as organizações hospitalares e demais serviços de saúde da cidade. Onde é de suma importância que funcionários e conselheiros unam esforços para assegurar a preservação da confidencialidade dessas informações recebidas (JOINVILLE, 2015).

4.4. Conselhos Locais de Saúde

A Constituição brasileira de 1988 definiu a saúde como direito de todos os cidadãos e responsabilidade do Estado e também estabeleceu um sistema público de saúde — o Sistema Unificado de Saúde (SUS) — com base nos princípios de universalidade e equidade na provisão da saúde. O SUS introduziu a noção de controle social e participação popular. Os Conselhos de Saúde emergiram dessa estrutura legal como instituições responsáveis por capacitar a participação dos

cidadãos na governança da saúde. Eles foram instituídos nos níveis municipal, estadual e federal, sendo responsáveis não só por levar projetos do governo à população, como também por transmitir sugestões da população aos vários níveis de governo. Conselhos de Saúde são órgãos coletivos e permanentes formados por cidadãos, profissionais da área da saúde, instituições governamentais e prestadores de serviços de saúde. Conselhos de Saúde são foros políticos nos quais os participantes realizam debates e têm a chance de formar alianças e auxiliar a Secretaria de Saúde a definir prioridades e políticas. As Normas Operacionais Básicas que regulam o SUS estipulam que o número de representantes da sociedade civil (cidadãos) deve ser igual à soma dos representantes dos prestadores de serviços, dos profissionais da área da saúde e das instituições de governo.

Com a descentralização, os governos municipais assumiram uma grande responsabilidade no planejamento e na prestação de serviços de saúde. Esse processo tornou o município um espaço político estratégico para definir as políticas de saúde, e os CLSs arenas importantes para a participação nos processos decisórios.

A seguir, disponibilizamos a organização e o funcionamento dos conselhos locais, distribuídos no município de Joinville em Distritos Regionais de Saúde, sendo num total de nove distritos. Eles são definidos pela relação com o nível de atenção básica, conforme tabelas (quadros) que serão apresentadas com a situação de cada um.

O Distrito Regional é formado pelo agrupamento dos CLS, existentes nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, as quais integram as nove Regionais de Saúde, onde são oferecidos serviços e atendimentos especializados na atenção básica, no município de Joinville.

Verificando as tabelas apresentadas a seguir, temos o Distrito Regional de Saúde do Aventureiro – Quadro 1, o qual apresenta o maior número de CLS, onde três estão inativos, e um que podemos considerar modelo, tanto organizacional como na atuação junto à comunidade onde a atuação dos conselheiros tem uma excelente representatividade, que é o CLS Saguacú.

DRS AVENTUREIRO	
Nome do CLS	Situação
Aventureiro I	Inativo
Aventureiro II	Ativo
Cubatão / Vigorelli	Inativo
Leonardo Schlickmann (Iririu)	Ativo
Parque Joinville	Ativo
Rio do Ferro / Santa Bárbara	Inativo (aguardando ofícios de indicação para montar Edital de convocação)
Saguaçu	Ativo

Quadro 1: DRS AVENTUREIRO

Fonte: SECMS (2016).

No Quadro 2, os conselhos integrantes do DRS Centro, onde há um CLS inativo e outro em processo de reestruturação com Edital de eleição para sua ativação.

DRS CENTRO	
Nome do CLS	Situação
Lagoinha	Inativo
Morro do Meio	Aguardando Edital de eleição para ativação
Nova Brasília	Ativo
São Marcos	Ativo

Quadro 2: DRS CENTRO

Fonte: SECMS (2016).

No Quadro 3, o DRS Comasa, apresentando dois CLS ativos, outros dois em processo de Edital de eleição para sua ativação e dois CLS inativos.

DRS COMASA	
Nome do CLS	Situação
Bakitas	Ativo
Comasa	Ativo
CAIC – Vila Paranaense	Inativo (aguardando ofícios de indicação para montar Edital de convocação)
Espinheiros da Ilha	Inativo
Espinheiros Moinho dos Ventos I e II	Inativo (aguardando ofícios de indicação para montar

	Edital de convocação)
Jardim Iririú	Inativo

Quadro 3: DRS COMASA

Fonte: SECMS (2016).

No Quadro 4, temos o DRS Costa e Silva, apresentando quatro CLS em sua constituição, todos em pleno funcionamento.

DRS COSTA E SILVA	
Nome do CLS	Situação
Bom Retiro	Ativo
Costa e Silva	Ativo
Jardim Paraíso	Ativo
Jardim Sofia	Ativo

Quadro 4: DRS COSTA E SILVA

Fonte: SECMS (2016).

Na constituição de conselhos do DRS Fátima, apresentado no Quadro 5, existe um CLS inativo, e três ativos e atuantes.

DRS FÁTIMA	
Nome do CLS	Situação
Adhemar Garcia	Ativo
Fátima	Inativo
Itaum	Ativo
Edla Jordan	Ativo

Quadro 5: DRS FÁTIMA

Fonte: SECMS (2016).

O Quadro 6, traz cinco CLS, que integram o DRS Floresta, onde um está inativo e quatro CLS em pleno funcionamento.

DRS FLORESTA	
Nome do CLS	Situação
Boehmerwald	Ativo
Floresta	Ativo
Itinga	Ativo

Profipo	Inativo
Santa Catarina KM 4	Ativo

Quadro 6: DRS FLORESTA

Fonte: SECMS (2016).

Conforme exposto no Quadro 7, existem dois CLS ativos, um inativo e um em processo de reestruturação, na composição do DSR Jarivatuba.

DRS JARIVATUBA	
Nome do CLS	Situação
Estevão de Matos	Inativo
Jardim Edilene	Ativo
Jarivatuba	Inativo (aguardando ofícios de indicação para montar Edital de convocação)
Parque Guarani	Inativo

Quadro 7: JARIVATUBA

Fonte: SECMS (2016).

De acordo com o Quadro 8, onde constitui-se o DRS Pirabeiraba, há dois CLS ativos em plena atividade, um inativo e um em processo de reestruturação.

DRS PIRABEIRABA	
Nome do CLS	Situação
Canela	Inativo
Pirabeiraba	Ativo
Rio Bonito	Inativo (aguardando ofícios de indicação para montar Edital de convocação)
Rio da Prata	Inativo

Quadro 8: PIRABEIRABA

Fonte: SECMS (2016).

No DRS Vila Nova, conforme o Quadro 9, tem em sua composição todos os conselhos em situação de pleno funcionamento.

DRS VILA NOVA	
Nome do CLS	Situação
Glória	Ativo

Vila Nova Centro	Ativo
Vila Nova Rural	Ativo

Quadro 9: VILA NOVA

Fonte: SECMS (2016).

Joinville possui 41 CLS atualmente, onde 24 colegiados encontram-se em plena atividade de funcionamento, 6 casos estão em processo de reestruturação, aguardando regularizar a documentação para sua ativação e ainda 11 conselhos locais inativos, onde há ausência da participação popular organizada.

Entre as dificuldades elencadas neste estudo, a competitividade e o bairrismo que acaba fracionando o poder atuante dos conselheiros é a grande barreira a ser superada para o pleno desenvolvimento nas funções dos CLS.

É importante ressaltar que no início das atividades da regularização da documentação no mês de Agosto de 2015, apenas um CLS apresentava situação ativa, com a documentação regularizada.

A Lei n.º 8.142/90, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando conquistamos esses espaços de atuação da sociedade na lei, começou a luta para garanti-los na prática. Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde. Para atingir esse fim, de modo articulado e efetivo, conhecer o SUS passou a ser imprescindível. Deliberar acerca das políticas de saúde é uma grande conquista da sociedade!

Garantir a implementação das deliberações é uma disputa permanente em defesa do SUS. É por isso que a promoção do conhecimento sobre a saúde no País e o papel dos Conselhos de Saúde implicam no fortalecimento do SUS.

5. PROPOSTAS DE MELHORIAS E APERFEIÇOAMENTOS

Objetivando aperfeiçoar e dinamizar a assessoria e fomento à organização comunitária dos Conselhos de Saúde de Joinville, serão elencadas algumas propostas.

Compete aos gestores a compreensão da existência de questões essenciais para um efetivo funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Nesse contexto, a gênese, no desenvolvimento de melhorias propostas é a apresentação da documentação que tramitará em instâncias superiores e que exigem a aprovação do CMS, sejam apresentadas em tempo hábil (entre 35 a 40 dias), onde serão levadas ao conhecimento da assembleia ordinária, onde serão votadas e encaminhadas para deliberação conclusiva dos conselheiros municipais de saúde.

Pois todos os assuntos são encaminhados à Mesa Diretora do CMS e suas comissões, para uma primeira análise e após, encaminhamento à assembleia ordinária onde os conselheiros municipais, deliberarão sobre estes assuntos.

5.1 Conselhos Locais de Saúde

É uma instância colegiada de caráter permanente, deliberativo, consultivo e fiscalizador das ações e serviços na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 1990a).

Os Conselhos de Saúde devem cumprir o estabelecido na Lei Orgânica Estadual ou Municipal, desde que a mesma esteja coerente com a legislação federal. O ato de criação dos Conselhos, bem como sua composição, organização, estrutura e competências, se dão por lei ordinária, de iniciativa do poder executivo – municipal, estadual ou federal - que deverá acolher as demandas da população e de acordo com as Conferências de Saúde. Para garantir o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde os organismos de Governo Estadual e Municipal deverão dar apoio e suporte administrativo e técnico (BRASIL, 1990a).

Desse modo, pode-se realizar seminários com os conselheiros para expor como realizar o gerenciamento de seus recursos e o desenvolvimento de projetos de capacitação e atualização, por eles definidos após consenso, buscando evitar a

criação de hierarquia entre os conselheiros e a burocratização do conselho, sem engessar suas atividades.

Após a instalação o Conselho de Saúde, com a assessoria dos servidores da SECMS, elaborar seu Regimento Interno, contemplando os elementos que irão garantir seu funcionamento, tais como: abertura dos trabalhos, impedimentos e faltas dos conselheiros, suplência, votação, prazos, estrutura e dimensão da secretaria executiva, periodicidade, quórum mínimo para deliberações em plenário – metade mais um do total de integrantes - entre outros e que deverá ser aprovado pelo próprio Plenário. Onde, com um caráter deliberativo e permanente dos Conselhos pressupor uma atuação constante para que seus membros tenham condições de examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, formulando estratégias, aperfeiçoando-as e propondo meios aptos para sua execução e correção de rumos. Reunir-se, no mínimo, uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário, com reuniões ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa, em que o gestor possa encaminhar com antecedência o material de apoio às reuniões (JOINVILLE, 2015).

Sugerir que trimestralmente, a pauta da reunião do Conselho inclua a prestação de contas feita pelo gestor da esfera de governo correspondente, apresentando relatório detalhado, contendo o andamento da agenda de saúde pactuada, o relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria e contratada e conveniada, entre outros (JOINVILLE, 2015).

5.2 Objetivos

Ampliar o controle social no âmbito do município, envolvendo maior número de entidades (Igrejas, Associações, Sociedade Organizada, etc.) para ampliação de proposições, acompanhamento e fiscalização da Política de Saúde; Propor, acompanhar, fiscalizar e avaliar as atividades da UBS e os serviços prestados a população, participar da elaboração e aprovar o Planejamento Local de Saúde.

5.3 Assessoria

A estrutura dos Conselhos de Saúde deve ter como órgãos o Plenário e uma Secretaria Executiva a ele subordinada, cabendo aos conselheiros de saúde a definição de sua estrutura administrativa, das assessorias permanentes ou transitórias, do quadro de pessoal e das comissões intersetoriais necessários ao seu pleno funcionamento.

5.4 Metas e Ações

Entre as ações e metas para melhoria dos serviços destacamos: a ampliação da participação da sociedade de forma contínua; o aumento do número de CLS; a divulgação do direito a saúde e do conceito ampliado de saúde; conhecimento dos espaços de controle social (conferências e conselhos); maior aproximação entre a comunidade e a equipe de saúde; maior compreensão dos serviços e programas de saúde local; conhecimento das dificuldades vivenciadas por trabalhadores de saúde e usuários; centralização de proposições para atender as prioridades; conhecimento do perfil epidemiológico local; acompanhamento da execução das propostas da Conferência Municipal de Saúde, envolvimento de diversas entidades na discussão; maior aproximação do Conselho Local e Conselho Municipal de Saúde, no fortalecimento de luta por direitos.

Os CLSs são entendidos como uma das alternativas de ordenamento da estrutura organizacional do sistema de saúde. Eles dão à participação social um papel estratégico na definição e na execução das políticas de saúde. Percebemos que existem inegáveis avanços alcançados ao longo dos anos por parte da institucionalização da participação social nos conselhos; contudo, ainda se enfrentam muitas limitações (LISBOA, 2016).

Construir uma boa relação com o controle social deve ser uma meta do gestor de saúde, podendo oferecer resultados concretos de pactuação para enfrentamento dos problemas, com importante repercussão política.

5.5 Mobilização, sensibilização e institucionalização do CLS

Visando sensibilizar os atores envolvidos destacamos as seguintes ações: identificar e mobilizar as lideranças e entidades de usuários das áreas de abrangência; realização de oficinas de sensibilização com a comunidade e profissionais quanto à importância da participação da comunidade na organização dos serviços de saúde e do processo de implantação do CLS; elaboração do Regimento Interno do CLS; planejamento e organização do processo eleitoral conforme orientações municipais; definição da comissão provisória eleitoral e do cronograma; realização da eleição dos representantes para composição do CLS; CLS implantado e atuante, com cronograma de reuniões ordinárias definido.

A mobilização da população demonstra a sua força no exercício do controle social, refletindo nos avanços da democratização relacionada à saúde e no remanejamento efetivo do poder e do saber.

Estabelecer o diálogo foi uma das dificuldades encontradas nesse processo, pelo fato de alguma parte dos atores locais não priorizarem o respeito, a valorização e a problematização das divergências em relação à formação do conselho. Essa dificuldade pode ser explicada por vários motivos, um deles refere-se a pouca preparação de alguns dos profissionais para o diálogo comunitário, visto que, provavelmente, a sua formação profissional não contemplou a participação da comunidade na saúde como componente de seu trabalho.

5.6 Capacitação dos Conselheiros de Saúde

A capacitação visa contribuir para o avanço da política de saúde do município, através de uma efetiva participação dos conselheiros nas diversas instâncias de representação do setor. O objetivo deste trabalho busca criar espaços de democratização das informações, trocas de experiências e discussões dos conselheiros acerca dos limites e possibilidades no exercício do mandato.

A análise da dinâmica de funcionamento dos conselhos mostrou ainda que o grau de participação (número de intervenções e índice de presença) é correlacionado positivamente com o nível educacional dos conselheiros. Contudo, a variável que mais incide sobre o grau de participação é a vinculação dos conselheiros ao setor público e aos prestadores de serviços. Esses setores, mesmo que estejam representados numericamente em inferioridade em relação aos

representantes dos usuários dos serviços de saúde, acabam tendo maior capacidade de representar seus interesses. O acesso dos conselheiros às informações relativas às políticas de saúde é baixo, no geral, com vantagens para os representantes do poder público. Sendo assim, a composição da pauta é frequentemente definida pelo presidente do conselho e pelo secretário municipal de saúde, sem maiores debates, demonstrando alto grau de controle dos conselhos pelos governos municipais (ROCHA, 2011).

Sendo preciso ativar o processo de educação permanente junto aos Conselheiros de Saúde, possibilitando focalizar sobre temas relevantes que contribuirão para a reflexão sobre o SUS, especialmente sobre a gestão do controle social do SUS. Para a realização desta capacitação a sugestão é trabalhar com oficinas temáticas em encontros onde conselheiros e facilitadores possam fazer uma reflexão sobre os temas propostos, a serem trabalhados, como: Saúde em seu conceito ampliado; Histórico das Políticas de Saúde; Participação Popular e Controle Social; Atribuições dos Conselheiros de Saúde; Organização dos Conselhos de Saúde; Financiamento da Saúde no Brasil; Relações Interpessoais; Planejamento em Saúde; Agenda do Conselho.

5.7. Ética no CLS

Nesse aspecto, encontramos a seguinte situação: a falta de ética dos atores que protagonizam o controle social da saúde e a utilização de suas atribuições na função para a obtenção de vantagens próprias, são desafios a serem superados com o auxílio e intervenção das comissões que assessoram o CMS. Em respeito aos princípios éticos, todo e qualquer conselheiro deve utilizar-se de suas atribuições em prol das benfeitorias que satisfarão as necessidades da comunidade.

A ausência de grande parte dos conselheiros de saúde nos encontros que são promovidos pela comissão de capacitação, acaba sendo um entrave que acarreta o esquecimento dos valores éticos e também as responsabilidades que dão autenticidade a gestão participativa.

Neste contexto, a proposta de melhoria aqui passa pela Comissão de Capacitação dos conselheiros de saúde, da seguinte forma: o desenvolvimento de

uma metodologia de formação com os princípios da ética, envolvendo e possibilitando a participação de todos, ou a grande maioria dos conselheiros de saúde em atividade, da seguinte maneira: Ampla divulgação nos CLS; Calendário com as datas, atividades e temas pertinentes ao assunto; Determinação do local; Palestrantes com definição prévia; Ressaltar a importância da capacitação, para as atividades no realizadas no dia a dia, do conselheiro.

O conteúdo deste curso deve ser elaborado e revisado, em conjunto, pelas comissões de ética e também de capacitação, com a provisão de profissionais especializados, das diversas instituições de ensino e pesquisa em saúde, que utilizam os serviços da Secretaria Municipal de Saúde.

5.8 Dificuldades e desafios dos CLS

A dificuldade que muitos CLS encontram, é justamente a de tornar efetiva a participação paritária de entidades do governo e sociedade civil, ainda muitas vezes, os representantes da UBS local, abstêm-se de cooperar para o êxito do conselho local, indo de encontro ao que especifica a legislação. Daí sugerindo a experiência de novas estratégias a serem aplicadas.

A julgar pelo grande número de CLS distribuídos na extensão territorial de Joinville, acarretando na divisão e enfraquecimento do poder de atuação dos mesmos, que acaba gerando conflitos entre os que exercem mandato no Conselho Municipal de Saúde e por sua vez a extinção e inativação dos CLS, muitas vezes causando desânimo, principalmente dos usuários que estão engajados e veem seus esforços desperdiçados.

Nota-se que a grande dificuldade enfrentada pelos conselheiros, primeiramente relacionada à Legislação do SUS e posteriormente a conhecimentos técnicos específicos, principalmente relacionados à Contabilidade, Orçamento Público e Finanças.

Um dos aspectos que mais chama a atenção é a extrema dificuldade dos Conselhos em capacitar seus conselheiros. Essa situação ocorre primeiramente pela dificuldade financeira dos CMS. Poucos são os que possuem Orçamento próprio para custear despesas com cursos, treinamentos, deslocamentos e etc. Em segundo lugar, pela mobilidade ou mudança dos membros, em média a cada dois anos.

Quando o conselheiro começa a entender e se familiarizar com os conteúdos existentes, é substituído, iniciando todo o processo novamente (BRASIL, 2010).

Conforme Bezerra (2009), estudos sobre a efetividade da participação nos Conselhos Municipais de Saúde evidenciam, entre outros aspectos, o desconhecimento quanto aos espaços reservados à participação, o desinteresse em influenciar o processo de gestão das políticas públicas por parte da população, a falta de profissionalização dos conselheiros e a atuação de gestores que não trabalham com o propósito de envolver a sociedade nesse processo. Dados indicam que há razoável qualidade política de participação dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. No entanto, eles também sinalizam que há ainda longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros seja eficiente, eficaz e efetiva na condução da política pública de saúde. Assim sendo, reforça o debate atual de que os Conselhos Municipais de Saúde, criados como instância de participação popular, merecem uma avaliação mais crítica sobre a sua potencialidade para democratizar o Estado.

No aspecto relacionado a conhecimentos da Legislação do SUS, como o Sistema está em constante aperfeiçoamento, inúmeras são as portarias, regulamentações e normas elaboradas e publicadas. Isso dificulta em muito a atualização permanente dos conteúdos pelos conselheiros, agravado pelo fato de que uma grande parcela dos membros dos CMS serem usuários e representarem, principalmente nas associações de bairros e comunidades da periferia, onde esses assuntos estão absolutamente distante de seu cotidiano. O cotidiano é, se existe serviços de saúde, se eles estão atendendo a população e se a mesma está satisfeita ou não com os serviços prestados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a política de saúde abordada não tem relação com preferências partidárias ou ainda interesses individuais sujeitos a uma minoria.

A participação da sociedade civil organizada nas instâncias definidas pela Lei 8.142/90 remete o controle social descrito nesta legislação ao cotidiano dos usuários do SUS.

Recomenda-se, aos órgãos de representação dos interesses dos cidadãos instaurar relações mais intensas e significativas com a própria base de apoio; estar presentes tanto nas instituições sanitárias como na comunidade; escutar a voz dos pacientes; levantar as necessidades dos usuários e as falhas do sistema dos serviços. Dessa forma, as redes de conselhos locais de saúde poderiam reforçar sua representatividade e conseguir exercer uma maior influência na elaboração das políticas municipal de saúde, desenvolvendo um modelo de participação que legitime, ação e força contratual da relação intensa com os cidadãos (SOBRAL, 2008).

Para o alcance do objetivo proposto é necessário ousadia na elaboração de estratégias que permitam uma participação mais eficiente do conselheiro usuário na construção e no fortalecimento do Sistema Municipal de Saúde. Estratégias como seguem: Apresentação ao Gestor Municipal e CMS do Projeto de Estruturação da Rede de Conselhos Locais de Saúde; Reunião de sensibilização com os profissionais do PSF; Elaboração de uma agenda básica contendo temas de saúde para discussão nas reuniões ordinárias do CMS; Promover reuniões comunitárias nos distritos para implantação dos conselhos locais de saúde; Eleger representantes nos distritos para comporem a representação dos usuários no CMS; Promover seminários para trocas de experiências entre as localidades; Instituir redes interativas de comunicação e informação entre os conselhos de saúde; Disponibilizar curso de capacitação para conselheiros de saúde; Envolver outras instituições de controle social nas políticas públicas, tais como auditorias, Ministério Público, ouvidoria, controladoria, Tribunais de Contas, comissões do legislativo, entre outros.

A escolha das entidades representativas da comunidade (segmento usuários) para criação do Conselho Local de Saúde deverá ser em Assembleia Geral,

convocada para este fim com qualquer quórum, por voto secreto ou aberto, e em qualquer caso, sendo lavrada ata onde se fará constar o número de votantes e de votos.

O segmento do governo será composto por funcionários das Unidades de Saúde e por representantes dos outros órgãos do governo de forma paritária.

O acesso a informações é um direito assegurado à população, uma vez que faz parte das competências do Conselho de Saúde, além de promover a educação para o controle social, informar e divulgar suas funções e seus deveres, suas decisões e trabalhos realizados por todos os meios de comunicação (BRASIL, 2003).

Apesar dos esforços para consolidar essa visão moderna de participação social, nota-se que o quadro de reordenação social e política proposto ainda não experimentou um progresso sequencial dos direitos civis, políticos e sociais. O que se tem na realidade é um processo de construção lenta da cidadania como um valor coletivo, observando-se na prática uma versão híbrida e frágil dos direitos civis, marcada pela instabilidade política, social e econômica vivenciada nos últimos anos, que não contribui para o efetivo amadurecimento da cidadania plena no Brasil. Destaca-se, ainda, que esses direitos foram instituídos no País em contextos autoritários, de baixa percepção política, marcados por desigualdades entre as classes populares e os demais setores da sociedade (SILVA, 2013).

Observa-se que a maioria da população não tem conhecimento do que é um Conselho Local de Saúde, nem da existência nos bairros, com exceção dos indivíduos com trabalhos envolvidos na área da saúde. Isso representa uma falha na educação para o controle social, na informação e divulgação de suas funções, atividades e decisões tomadas. A população acredita que o CLS pode trazer algumas melhorias ao bairro, mas desconhecem sua real função. Há uma grande necessidade que os integrantes do CLS esclareçam à população o que é um Conselho Local de Saúde e sua funcionalidade, bem como a divulgação da existência do mesmo nos bairros, de suas atividades e a demonstração de sua importância como instrumento na melhoria de saúde da comunidade. Pois, uma vez que possuam essas informações, saberão como participar, acompanhar e cobrar ações da gestão do sistema de saúde, realizando assim, o controle social.

Cabe ao conselheiro que queira atuar com responsabilidade e representar bem aqueles que o elegeram, conhecer os problemas, observar seus efeitos, procurar suas causas, discuti-los com as suas representações e estabelecer uma escala de prioridades pelas quais lutará no Conselho e em outras instâncias para que se transformem em políticas efetivas. A saúde é uma questão de cidadania e a participação da população é uma condição para seu exercício, a inexistência de controle social reflete uma falha no processo de “fazer” saúde.

Envolver a sociedade civil nos CLS é uma oportunidade ao surgimento de novas lideranças nas comunidades, participação ativa na Saúde do município, assim como a abertura dos assuntos tratados nesta esfera buscando abrangência de um número significativo de pessoas engajadas, comprometidas em tornar nossa sociedade mais saudável e mais feliz, com a amplitude do controle social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Leonardo. **Qual é o papel do Conselho Municipal da Saúde na Gestão do SUS?** Teófilo Otoni, 2014. Disponível em: <http://meuprontuario.net/qual-e-o-papel-conselho-municipal-da-saude-na-gestao-sus/>. Acesso em 19 set. 2016

AVRITZER, Leonardo et al. (Org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. 3v. (Pensando a democracia participativa).

BEZERRA, Cynthia Kelly Fernandes et al. **Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo-PB: um estudo sobre participação**. Rev. Adm. Saúde, v. 11, n. 42, p. 30-42, jan./mar. 2009. Disponível em: http://www.bce.unb.br/serviços/pesq_bibliografica.Php. Acesso em 11 jan. 2017

BRASIL. **Conferencias e Conselhos de Saúde (2012)**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://sistemaunicodesaude.weebly.com>. Acesso em 18 set. 2016

_____.BRASIL. **Controle Social (2012)**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://sistemaunicodesaude.weebly.com>. Acesso em 18 set. 2016

_____.BRASIL. **Financiamento (2012)**. Brasília, 2012f. Disponível em: <http://sistemaunicodesaude.weebly.com>. Acesso em 18 set. 2016

_____.BRASIL. **História SUS (2012)**. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://sistemaunicodesaude.weebly.com>. Acesso em 18 set. 2016

_____.BRASIL. **Municipalização (2012)**. Brasília, 2012d. Disponível em: <http://sistemaunicodesaude.weebly.com>. Acesso em 13 set. 2016

_____.BRASIL. **Princípios SUS (2012)**. Brasília, 2012e. Disponível em: <http://sistemaunicodesaude.weebly.com>. Acesso em 13 set. 2016

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 21 set. 2016

BRASIL. **Legislação Básica do SUS (2017)**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao>. Acesso em 05 jan. 2017

_____._____.BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

_____._____.BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências de recursos intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990b.

_____._____._____.BRASIL. **Estrutura e Competências (2016)**. Brasília, 2016b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias>. Acesso em 18 set. 2016

_____._____._____.BRASIL. **Histórico do Ministério (2016)**. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em 18 set. 2016

BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BUSANA, Juliano de Amorim et al. **Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades**. Florianópolis, 2015. vol.24, n.2, p.442-449. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00442.pdf. Acesso em: 14 Set. 2016

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE, 2007. 259 p.

JOINVILLE. **Lei n. 5.290, de 02 de setembro de 2005**. Disciplina o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Joinville, 2005.

JOINVILLE (Prefeitura). **Conselho Municipal de Saúde**. Regimento interno dos conselhos locais de saúde de Joinville. Joinville, 2015. 6p.

LEI ORGÂNICA do Município de Joinville. Disponível em: https://wwwold.joinville.sc.gov.br/arquivo/download/codigo/596-lei_organica.pdf.html

LISBOA, Edgar Andrade et al. **Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social**. Rio de Janeiro, 2016. trab. educ. saúde vol.14 n.3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300679. Acesso em 23 out. 2016

ROCHA, Carlos Vasconcelos. **Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil**. Rev. Sociol. Polit., Curitiba, v. 19, n. 38, fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782011000100011&Ing=en&nrm=iso. Acesso em 13 jan. 2017

ROCHA, Elisama Nascimento et al. **O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público.** *Saúde debate* [online]. 2013, vol.37, n.96, pp.104-111.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. Ed. São Paulo: Cortez, 2007, 304p.

SILVA, Claudio Valdivino et al. **A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil.** *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2013, vol.37, n.2, pp.254-259.

SOBRAL. **Secretaria Municipal da Saúde.** Conselho Municipal da Saúde. Formação de conselheiros de saúde. Sobral-CE, 2008.