

CONTROLE SOCIAL NO ESTADO DO MARANHÃO
PERFIL DOS CONSELHOS DE SAÚDE

SÃO LUÍS, MA

JULHO – 2021

ANA CAROLINA ALVES DA HORA

**CONTROLE SOCIAL NO ESTADO DO MARANHÃO:
PERFIL DOS CONSELHOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Judith Rafaelle Oliveira Pinho

**SÃO LUÍS, MA
JULHO – 2021**

Hora, Ana Carolina Alves da.

Controle Social no Estado do Maranhão : perfil dos
Conselhos de Saúde / Ana Carolina Alves da Hora. - 2021.
77 f.

Orientador(a): Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São
Luis MA, 2021.

1. Conselhos de Saúde. 2. Controle Social. 3.
Participação Social. I. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira.
II. Título.

**CONTROLE SOCIAL NO ESTADO DO MARANHÃO:
PERFIL DOS CONSELHOS DE SAÚDE**

Ana Carolina Alves da Hora

Dissertação aprovada em 16 de julho de 2021 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca examinadora:

Profa. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Orientadora

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Leonardo Carnut

Examinador Externo

Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares De Britto e Alves

Examinadora Interna

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Rejane Christine de Sousa Queiroz

Examinadora Suplente

Universidade Federal do Maranhão

À Deus, por sua proteção e presença em minha vida, à minha família, em especial a minha mãe e avó, as quais dedico tudo o que sou, a minha irmã, a meu padrinho e ao meu esposo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pela oportunidade de estar realizando este importante objetivo e por sua presença constante em minha vida.

À minha orientadora, Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho, pela confiança e pela presteza em atender todas as minhas solicitações sempre que necessário. Agradeço por todos os ensinamentos compartilhados e por me encorajar sempre que o objetivo se tornava cada vez mais desafiador. Obrigada por todo apoio, orientação e escuta durante todas as etapas do mestrado.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) pela valorosa acolhida, organização e estrutura, bem como, por todo conhecimento transmitido por seu corpo docente, que muito nós admiramos e nos faz querer aprender cada vez mais por meio de cada palavra proferida e ensinamento repassado. Muito obrigada.

Aos professores do PGSC, em especial aqueles que estiveram presentes diretamente nas avaliações dos primeiros seminários, que nos permitiram aprender com as falhas e aprimorar o trabalho que estava em andamento, nos incentivando a sempre produzir o melhor possível para manter viva a ciência.

À Secretaria do PGSC, e a todos que à compõem, pela atenção, organização e resposta, nos atendendo com muita aplicação e colaboração, sempre que tínhamos uma necessidade administrativa.

Aos meus colegas do PGSC, em especial a minha turma, na qual tenho imensa admiração e extremo orgulho em fazer parte. Saibam que valorizei sempre cada fala, tendo plena certeza do conhecimento que cada um carrega consigo, fazendo com que tivéssemos um amplo aprendizado e uma integração maravilhosa durante as aulas compartilhadas.

Ao Conselho Estadual de Saúde do Maranhão (CES-MA), pelo apoio, acesso, e disponibilidade desde o início da nossa labuta, atendendo prontamente a todas as nossas solicitações e nos permitindo interagir com membros de vários conselhos do estado do Maranhão.

A todos os conselheiros que preencheram o questionário e foram peças indispensáveis para execução deste trabalho.

Aos funcionários da Central de Material e Esterilização do Hospital Municipal Djalma Marques (HMDM) – Socorrão I, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência, em razão da realização do mestrado. Obrigada pelas palavras de incentivo e pela colaboração de todos.

E a quem devo a vida e tudo que hoje sou, à minha família, representada aqui por minha mãe, minha avó, meu padrinho, minha irmã e meu esposo. Muito obrigada.

"O indivíduo só poderá agir na medida em que aprender a conhecer o contexto em que está inserido, a saber quais são suas origens e as condições de que depende"

Émile Durkheim

LISTA DE QUADROS

DISSERTAÇÃO

Quadro 1 - Disposição das variáveis conforme coleta primária e secundária.....	33
Quadro 2 - Score de avaliação em adequado, parcialmente adequado e não adequado dos conselhos de saúde.....	35
Quadro 3 - Classificação dos conselhos de saúde.....	36

ARTIGO

Quadro 1 - Disposição das variáveis conforme coleta primária e secundária.....	54
Quadro 2 - Score de avaliação em adequado, parcialmente adequado e não adequado dos conselhos de saúde.....	55

LISTA DE FIGURAS

DISSERTAÇÃO

Figura 1 - Delineamento para coleta de dados 30

ARTIGO

Figura 1 - Delineamento para coleta de dados 53

Figura 2 - Distribuição espacial dos conselhos avaliados 54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características de identificação dos Conselhos de Saúde (resposta ao questionário). Maranhão. 2020.	56
Tabela 2 - Perfil da composição dos Conselhos de Saúde (média do número de representantes dos usuários, trabalhadores e da gestão). Maranhão. 2020	57
Tabela 3 - Perfil da composição dos Conselhos de Saúde: tipo e quantidade de entidades que compõe o seguimento dos usuários. Maranhão. 2020	57
Tabela 4 - Classificação de adequação dos conselhos. Maranhão. 2020	57
Tabela 5 - Dimensões de avaliação dos Conselhos de Saúde. Maranhão. 2020..	58
Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Pearson (R) entre a pontuação dos conselhos e variáveis sociodemográficas. Maranhão. 2020.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CES	-	Conselho Estadual de Saúde
CMS	-	Conselho Municipal de Saúde
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
GM/MS	-	Gabinete do ministério/Ministério da Saúde
IDHM	-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NOAS	-	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBS	-	Normas Operacionais Básicas
PAS	-	Programação de Saúde
PIB	-	Produto Interno Bruto
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	-	Plano Plurianual
SIACS	-	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

\bar{X} : Média de uma amostra.

σ : Desvio Padrão populacional.

n : Número de valores da amostra.

Δ : Variação do intervalo de confiança de 95% para a estimação da média da população.

R : Correlação de Pearson.

HORA, Ana Carolina Alves da, **Controle Social no Estado do Maranhão: Perfil dos Conselhos de Saúde**, 2021, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 76p.

RESUMO

O Conselho de Saúde instituído por meio da Lei n. 8.142/90, possibilita a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e permite o reconhecimento de estratégias consolidadoras para efetivação do Controle Social no SUS. Percebe-se ainda lacunas que demonstrem quais condições estruturais e administrativas estes conselhos dispõem e se estas permitem que as ações aconteçam conforme estabelecido em lei. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a composição das instâncias para o controle social em saúde a partir dos Conselhos de Saúde do estado do Maranhão. Trata-se de uma pesquisa de avaliação, cuja unidade de análise foram os Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Maranhão (CMS) com cadastro no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Dos 218 conselhos de saúde do estado do Maranhão, somente 147 tinham cadastro até dezembro de 2020, que se tornou o universo de estudo nessa pesquisa. Foram utilizadas a coleta primária, via questionário eletrônico elaborado no Google Forms® e a secundária, caracterizada pelo levantamento e extração de informações contidas no SIACS. As informações coletadas foram exportadas para uma planilha de dados em Excel® e posteriormente lançadas no programa Stata 14.0®. Foi elaborado uma classificação por escore composta por cinco dimensões, com informações referentes a dequação destes conselhos a partir da legislação vigente. Ao todo, 67,4% (p=147) dos conselhos estavam elegíveis para estudo, evidenciando-se que 32,6% (p=71) são inexistentes com relação ao cadastro no sistema; 53,74% (p=79) não possuem regimento interno; 80,27% (p=118) não possuem qualquer outra norma ou resolução; 41,82% (n=23) dos conselhos não possuem qualquer sistema de recebimento de denúncias; 64,58% (p=93) não possuem sede própria; quanto as entidades que compõem o seguimento dos usuários, em 76,24% (p=106) são compostas por organizações religiosas. Considerando o escore, 31,97% dos conselhos avaliados estão adequados (n=47), 42,18% encontram-se parcialmente inadequados (n=62) e 25,85% apresentaram resultado de inadequação (n=38). Há uma predominância para baixa representatividade, pouca renovação de membros, dominação por grupos mais organizados e enfraquecimento da luta em outras frentes participativas. Conclui-se que, existem potenciais fragilidades ao atendimento às normas regulamentadoras dos conselhos de saúde no Maranhão, impactando assim, diretamente na

prática efetiva do Controle Social no Estado.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Controle Social. Participação Social.

HORA, Ana Carolina Alves da, **Controle Social no Estado do Maranhão: Perfil dos Conselhos de Saúde**, 2021, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 76p.

ABSTRACT

The Health Councils instituted by Law no. 8,142/90, enables community participation in the management of the Unified Health System (SUS) and allows to recognize strategies for consolidating the Social Control implementation in SUS. It is also perceived gaps that demonstrate what structural and administrative conditions these councils have and whether they allow actions to happen as established by law. This aim of this research was to evaluate the composition of instances for social control in health from the Health Councils of the state of Maranhão. It is an evaluation research, whose unit of analysis was the municipal health councils registered in the Health Councils Monitoring System (SIACS). Of the 218 health councils in the state of Maranhão, only 147 were registered until December 2020, which became the universe of study in this research. The primary data collect was used, by electronic questionnaire prepared in Google Forms® and the secondary, characterized by the survey and extraction of information contained in the SIACS. A score classification composed of five dimensions was elaborated, with information regarding the qualification of these councils based on the current legislation. In all, 67.4% (p = 147) of the councils were eligible for study, showing that 32.6% (p = 71) are non-existent with regard to registration in the system; 53.74% (p = 79) do not have an internal regulation; 80.27% (p = 118) do not have any other standard or resolution; 41.82% (n = 23) of the councils do not have a system for receiving complaints; 64.58% (p = 93) do not have their own headquarters; as for the entities that make up the users' follow-up, 76.24% (p = 106) are made up of religious organizations. Considering the score, 31.97% of the evaluated councils are adequate (n = 47), 42.18% are partially adequate (n = 62) and 25.85% presented results of inadequacy (n = 38). There is a predominance of low representativeness, little renewal of members, domination by more organized groups and weakening of the struggle on other participatory fronts. It is concluded that, there are potential weaknesses in meeting the regulatory standards of health councils in Maranhão, thus impacting directly on the effective practice of Social Control in the State.

Keywords: Health Councils. Social Control. Social Participation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Específicos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Aspectos históricos.....	20
3.2 Controle social no Estado do Maranhão.....	22
3.2.1 Aspectos históricos e de constituição dos conselhos de saúde do estado do Maranhão .	23
3.3 Ações para o fortalecimento do Controle Social	25
3.4 Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 CNS/MS e as diretrizes para estruturação dos conselhos de saúde no país.....	27
4 MÉTODOS.....	30
4.1 Delineamento do estudo	30
4.2 População e Amostra em Estudo	30
4.3 Critérios de inclusão, não inclusão e exclusão	31
4.4 Coleta de Dados	32
4.5 Análise Estatística	35
4.6 Aspectos Éticos.....	37
5 RESULTADOS	38
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICE A – CARTAZ DIGITAL.....	65
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	67
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA COLETA DE DADOS	73
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	74

1 INTRODUÇÃO

O termo controle, que compõe o conceito de “controle social”, indica os esforços no sentido de antecipação dos resultados e das respostas aos eventos de um processo (CABRAL, 2017). Esta expressão tem sido alvo de discussões e práticas de diversos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas, buscando aprofundar a compreensão no eixo de sua existência, que pressupõe uma fusão do poder de fala do Estado e de sociedade civil (CORREIA, 2006).

Gramsci, um dos autores mais difundidos no mundo, sobretudo no âmbito das ciências sociais, afirma que “na realidade efetiva sociedade civil e Estado se identificam” ou que “a sociedade civil é também ‘Estado’ ou, antes, é o próprio Estado”. Em seu pensamento, o Estado é essencial como lugar de uma hegemonia de classe, momento em que se tem uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei) entre os interesses do grupo fundamental e aqueles dos grupos subordinados, equilíbrios em que os interesses do grupo dominante prevalecem, mas até um certo ponto, buscando uma política e um sentido do Estado o mais possível ligados ao social (LIGUORI, 2000).

No contexto do sistema único de saúde, o termo “controle social”, remete-se a participação da comunidade para efetivação do SUS, sendo garantida como diretriz de sustentação, onde o indivíduo é estimulado a ser agente de sua própria saúde e da saúde da comunidade a qual integra. Nesse sentido, o indivíduo passa a desenvolver uma visão voltada aos problemas sociais, estimulando a sua participação no planejamento das ações de políticas públicas e gestão do setor saúde, contribuindo para o exercício da cidadania e fortalecimento do SUS (SOUSA, 2010).

A Reforma Sanitária Brasileira na década de 70, impulsionou os primeiros movimentos para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi considerada um marco para representatividade popular na construção da participação da sociedade para o controle social e elaboração de um sistema universal de saúde no país (MANOROV *et al.*, 2017).

O estabelecimento de um modelo de assistência à saúde integral e gratuita, instituída a partir da constituição de 1988, e consolidada por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, vislumbrou a população brasileira um sistema universal de garantia ao acesso e qualidade de atenção à saúde, representado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (LIMA; LIMA, 2017).

Nesse contexto, buscou-se a elaboração de processos descentralizados que facilitassem a prática do sistema, respeitando todos os princípios apresentados em sua construção. Para tanto, foram iniciadas as discussões sobre a necessidade da análise das possibilidades político-administrativas que envolviam a elaboração de políticas públicas, pensadas a partir de um conjunto de ações executadas por diferentes participantes dentro da concepção democrática no qual o país se encontrava (LISBOA *et al.*, 2016).

Os movimentos sociais ocorridos no Brasil no final da década de 1970, e principalmente na década de 1980, foram decisivos para garantir a regulamentação da Lei n. 8.142/90, onde o SUS passa a contar, em cada esfera de governo, com instâncias colegiadas que possibilitam a participação da comunidade na gestão do sistema e deliberam sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Nesse sentido, foram instaurados como apoio a garantia dessa participação, mediante duas instâncias colegiadas nas três esferas de governo: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde (KRUGER; OLIVEIRA, 2018).

A Conferência de Saúde é representada pelo ponto alto de encontro dos vários participantes em torno de melhorias e garantias dos direitos da população para a administração das ações de saúde da comunidade. A partir da Lei 8.142/90, fica determinado que a cada quatro anos, ocorrerá os grandes encontros com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

O Conselho de Saúde, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários, que tem como principais objetivos, obter melhorias e avanços por meio da elaboração e execução de uma rede integrada de serviços de saúde, no qual todos os integrantes destes colegiados tenham concepção da importância da sua participação efetiva na luta por seus direitos e estabelecimento da qualidade de vida de toda população (VENTURA *et al.*, 2017)

Para compor os conselhos, 50% dos seus integrantes devem ser usuários do SUS, 25% trabalhadores do SUS e os outros 25% devem ser gestores e/ou prestadores de serviço. Vale ressaltar que a compreensão de seus integrantes sobre a gestão do sistema de saúde é de grande importância, já que ele sendo agente de participação social, deve atuar de forma propositiva por meio da interação entre Estado e sociedade, para a efetivação de políticas públicas, econômicas e sociais que resultem em efetiva melhoria na gestão do SUS e por

consequência na qualidade do serviço prestado à população (BRASIL, 2013b).

A partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), foram estabelecidos critérios para obtenção e controle na utilização dos recursos, com base nas diretrizes e princípios do SUS, onde o depósito destes devem ser realizados em conta especial, sob a responsabilidade de cada esfera de atuação, cabendo ao Conselho de Saúde a sua movimentação e fiscalização (ROCHA *et al.*, 2013).

A participação social representa uma força no conjunto de estratégias implementadas pelo SUS, que tem como principal finalidade a descentralização dos poderes, a partir da integração da sociedade com aspectos gerenciais e de tomada de decisões, que resulte em serviços de saúde e melhoria das condições de vida da coletividade. Nesse aspecto, os membros dos conselhos representam o poder da palavra dentro do sistema que é capaz de produzir a materialidade das necessidades da grande maioria da população (KEINERT; OLIVEIRA, 2018).

Os conselheiros exercem essa participação efetiva quando, dentro das suas responsabilidades, entendem a dimensão que a comunidade representa para construção de políticas públicas voltadas ao bem comum. Estes deliberam sobre vários aspectos que configuram o elo entre Estado e sociedade, a partir de avaliações que direcionam as reais necessidades do coletivo, que levam a elaboração de estratégias e projetos para obtenção de recursos, delimitando metas, possibilitando a mobilização comunitária e avaliando as ações e os investimentos públicos que garantem a execução das políticas públicas de saúde (KEINERT; OLIVEIRA, 2018).

Entre os desafios atuais, destaca-se a transformação econômica na qual o Brasil tem passado nos últimos anos, afetando diretamente o financiamento para diversas áreas, por meio de restrições orçamentárias, limitando as ações passíveis de serem executadas e potencializando ainda mais, as desigualdades existentes no país. Nesse sentido, os conselhos de saúde representam um grande ator para continuidade dos investimentos e fiscalização em suas implementações (ROCHA *et al.*, 2013).

O aspecto permanente e deliberativo dessa participação, nos traz a uma análise das possíveis interações de poder exercidas pelos integrantes que compõem os conselhos, e que devem estar concentrados em uma perspectiva de permanente avaliação sobre aquilo que é implementado pelo Estado, a fim de detectar inconstâncias ou novos meios de se fazer políticas públicas de saúde dentro do contexto social (VENTURA *et al.*, 2017).

Estudos apontam que os conselhos de saúde já consolidaram sua criação, mas ainda persistem dificuldades e desafios para a gestão democrática e transparente dos recursos

na saúde, como de efetivar uma interlocução com as bases de representação e de acesso à informação incluindo as necessidades de formação para fortalecimento do controle social, além de incluir novos atores em suas políticas (VAN STRALEN *et al.*, 2006; ZAMBON; OGATA, 2013; PEREIRA *et al.*, 2019).

Destaca-se ainda estudos que envolvem subtemas que direcionam a participação social em saúde, com ênfase em pesquisas que destacam os conselhos e conferências de maneira ampliada, com ausência da mensuração ou detalhamento das suas partes, de forma a colaborar com o diagnóstico e intervenção da realidade, a partir da contribuição efetiva dos seus membros, bem como, o nível de conhecimento que estes detêm sobre as suas responsabilidades (KEINERT; OLIVEIRA, 2018).

Considerando os inúmeros desafios que o SUS enfrenta na atualidade, potencializados pela precária distribuição equitativa dos recursos, nota-se investimentos em saúde cada vez mais decrescentes, além de questões político-administrativas que dificultam o reconhecimento de direitos sociais e distanciam a inserção da participação deliberativa e fiscalizadora da sociedade (KRUGER; OLIVEIRA, 2018).

Percebe-se ainda lacunas que limitam o entendimento sobre a composição dos conselhos de saúde, abrangendo o conhecimento que seus representantes legais possuem sobre o controle social no âmbito da saúde, estabelecido via constituição. Nesse sentido, objetiva-se conhecer o perfil dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão, bem como conhecer suas características estruturais e administrativas que permitem o exercer com qualidade das suas atividades.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a composição das instâncias para o controle social em saúde a partir dos Conselhos de Saúde do estado do Maranhão.

2.2 Específicos

- a) Identificar a quantidade de conselhos municipais de saúde registrados e os que não possuem registro no Sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde (SIACS);
- b) Caracterizar a estrutura organizacional dos conselhos de saúde do estado do Maranhão;
- c) Descrever características estruturais e orçamentárias dos conselhos de saúde;
- d) Identificar a distribuição geográfica dos conselhos conforme avaliação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos históricos

Segundo Moraes (2017), no artigo “A política de saúde na atualidade: desafios à consolidação do SUS” desde as primeiras medidas sanitárias até 1988 a saúde era vista como provisória e secundária, e o atendimento prestado visava apenas à garantia da reprodução da classe trabalhadora, para a consolidação ainda maior do capitalismo no Brasil, inclusive, por meio do favorecimento do setor privado, especialmente beneficiado durante a ditadura militar brasileira.

Em 1988, o Movimento Nacional de Reforma Sanitária juntamente com os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares pressionaram a Assembleia Nacional Constituinte para inserir suas pretensões no texto constitucional, visando e chegando ao êxito de suas reivindicações por meio da legalização do SUS (MORAES, 2017).

A partir desse contexto, é evidente que os direitos sociais são resultado das lutas históricas da sociedade, contrapondo-se à situação de profunda desigualdade provocada pelo sistema capitalista. Nessa ótica, o Estado assume a responsabilidade pelas demandas sociais geradas nesse contexto, visando redistribuir parte da riqueza produzida para as classes menos favorecidas por meio da garantia de serviços públicos, com destaque ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde (DE ARAÚJO DIAS et al., 2016).

Destacam-se na literatura, estudos bibliográficos por meio de revisões sistemáticas temporais, principalmente a partir dos anos 2000, que procuram demonstrar os investimentos em diretrizes que potencializam a influência das políticas de saúde como instrumentos para resolução de problemas sociais, que constroem as características de uma população e definem o estabelecimento e manutenção do controle social da coletividade. Além disso, tais estudos enfatizam a forte representação política na composição dos conselhos e como tal influência pode impactar na constituição e execução dos princípios estabelecidos (SANTOS; TEIXEIRA, 2016).

Podemos destacar o que diz na pesquisa realizada por Machado e Baptista, et al (2010) que tem como título “O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000”, onde enfatizam que o Brasil, no século XX, apresentou momentos de fortalecimento e crise do planejamento, com expressões na saúde, que precisam ser discutidos a fim de estabelecer uma articulação entre planejamento e

investimento adequado frente as necessidades da sociedade e responsabilidades que os conselhos de saúde exercem dentro de todo contexto temporal na qual as políticas de saúde no Brasil vem se desenvolvendo (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010).

A publicação “Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro”, aborda a interação e evolução do investimento em saúde no Brasil paralelo a participação por meio da descentralização gerencial dos serviços de saúde e destaca ainda a precariedade na integralidade das ações planejadas, aonde as esferas de governo e execução apresentam-se, em certos momentos, apenas como prestadores de serviços ou cumpridores de metas, sem que haja de fato a participação proposta estruturada inicialmente (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Nos últimos anos, os impactos oriundos da intensificação da perda de legitimidade do modelo liberal-representativo no país, impactando na prática qualificada da democracia, tem reduzido a essencialidade da participação às eleições, adotando uma visão reducionista da política e retirando os elementos comunicativos dela. A hipótese reside no fato de que a erosão democrática cedeu lugar para o autoritarismo, de modo que a partilha de poder com espaços participativos se tornaria incompatível. Dessa forma, destaca-se a necessidade de promover espaços participativos, que complementam o modelo liberal e têm potencial para revitalizá-lo (ROSA; ALMEIDA, 2020).

Tendo em vista esse cenário de extinção de órgãos colegiados, destaca-se a publicação do Decreto Federal nº 9759, de 11 de abril de 2019, que extinguiu diversos órgãos em nível federal e estabeleceu diretrizes para a criação de novos, o que inclui conselhos, comitês e comissões. As estratégias de desmonte do governo vem impactar na prática os objetivos principais destes espaços para a construção coletiva de políticas públicas, inclusive no âmbito da saúde, por meio da atuação conjunta do governo e da sociedade civil (ROSA; ALMEIDA, 2020).

Diante dessa magnitude, apresenta-se como um grande desafio aos conselheiros, especialmente aos representantes legais destes conselhos, conhecer efetivamente o SUS, a legislação, a realidade epidemiológica, assistencial, financeira e política do país, uma vez que estes, representam os organismos deliberativos na implementação da política de saúde, a questão de cidadania social e da democracia participativa (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; GERSCHMAN, 2007). Tal construção, se consolida a partir do conhecimento dos aspectos legais do SUS, históricos, sociais e econômicos, que permite aos conselheiros a

tomada de decisões por meio da elaboração de diretrizes capazes de gerar transformações significativas no gerenciamento de saúde (GOMES et al., 2018).

3.2 Controle social no Estado do Maranhão

O estado do Maranhão possui 217 municípios, equivalendo a mesma quantidade de Conselhos Municipais de Saúde, com uma população estimada no ano de 2018 em 7.035.055 pessoas (IBGE, 2010).

Ao longo de vários anos, o Maranhão tem se apresentado como um estado com características econômicas precárias, e indicadores que reforçam a fragilidade na prática de políticas públicas capazes de reverter índices que se mantêm ou que pouco evoluem com o passar do tempo. A problemática de acesso aos serviços básicos para o estabelecimento de saúde, desigualdades sociais e de renda, reforçam o desafio social e evidenciam a necessidade da efetivação de políticas sociais que assegurem a população a garantia daquilo que lhe é de direito e responsabilidade do Estado (BEZERRA, 2015).

De acordo com dados apresentados pelo RADAR Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que acompanhou a evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017, foi possível observar que as disparidades interestaduais ainda são bem evidentes, onde o IDHM atingia 0,850 no Distrito Federal e 0,826 em São Paulo, enquanto ficava em somente 0,687 no Maranhão (IPEA, 2019).

Os conselhos de saúde atuam 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, 1990). Nesse aspecto é fundamental que os seus representantes, compreendam que, além de reconhecerem o seu papel como conselheiros, é preciso que saibam como exercê-lo e como participar do processo de construção dos instrumentos de gestão na área da saúde (MANOROV et al., 2017). Essa é uma função que não somente formaliza a participação da sociedade e o controle social na construção das agendas políticas da saúde, mas que essas instâncias sejam profundamente influenciadas pela conjuntura política nacional (ou local) (DURÁN; GERSCHMAN, 2014).

Lima e Lima (2017) consideram a necessidade de aprimoramento do controle social da saúde no âmbito nacional, e tais melhorias perpassam pelo conhecimento do conselheiro que compõe tais colegiados, por meio de fundamentação apropriada para

construção de uma gestão pautada em ações qualitativas e factíveis de serem executadas como avanços na saúde pública brasileira.

É importante ressaltar que a resolução CNS 453/2012 estabelece que o Conselho de Saúde será 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, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária (BRASIL, 2012a).

Gerschman e Durán (2014) apontam como as análises sobre os Conselhos de Saúde podem espelhar as relações de proximidade e/ou distanciamento entre sociedade e Estado. No estado do Maranhão pouco se sabe sobre a composição desses conselhos ou a forma na qual eles são presididos e como os representantes legais destes conselhos entendem a sua representatividade para construção da transformação política social do município que atende, e como o seu conhecimento em todas as instâncias é fundamental para o engajamento de todos os membros do seu colegiado.

Nesse sentido, pouco se sabe ainda sobre como tais representantes destes conselhos entendem como sua atuação influencia na fortificação para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a saúde e garantia de direitos asseguradas a partir da constituição.

3.2.1 Aspectos históricos e de constituição dos conselhos de saúde do estado do Maranhão

A Portaria GM/MS nº 2.135/2013 estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e define que os instrumentos de planejamento do SUS a saber: Plano Plurianual (PPA), Programação de Saúde (PAS) e Relatórios de Gestão deverão ser apresentados aos membros dos conselhos para aprovação (BRASIL, 2013a).

O estado do Maranhão possui 217 municípios, o que resulta em 217 Conselhos Municipais de Saúde (IBGE, 2010). De acordo com a lei nº 8.142/1990 os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho (BRASIL, 1990).

É importante destacar que o Conselho Estadual de Saúde do Maranhão (CES/MA) foi criado pela Lei Estadual nº 7.528 de 30 de junho de 2000 com as seguintes competências:

I – deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução

da política estadual de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros; II – deliberar, analisar, controlar e apreciar em nível estadual, o funcionamento do Sistema Único de Saúde; III – aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o plano estadual de saúde; IV – apreciar preliminarmente com emissão de parecer, o plano de aplicação dos recursos orçamentários, financeiros alocados no fundo estadual de saúde; V – apreciar e se pronunciar conclusivamente sobre os relatórios de gestão e/ou auditorias financeiras realizadas nos órgãos ou entidades integrantes ou consorciadas ao Sistema Único de Saúde – SUS/MA; VI – deliberar sobre a criação de comissões técnicas necessárias ao efetivo desempenho dos CES/MA; VII – promover articulação intersetorial de saúde, com vista a implantação de um modelo assistencial que atenda as reais necessidades de saúde da população; VIII – solicitar aos órgãos públicos integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS/MA, colaboração de servidores de qualquer graduação funcional para participarem da elaboração de estudos para proferirem palestras técnicas ou ainda prestarem esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão a que pertence; IX – desenvolver gestões junto as universidades, entidades e movimentos ligados à saúde do Maranhão, no sentido de buscar compatibilizar a pesquisa científica na área da saúde, da educação com os interesses prioritários e epidemiológicos da população; X – estabelecer critérios de controle a avaliação da operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS/MA; XI – estabelecer parâmetros estaduais quanto à políticas de recursos humanos a ser seguida no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/MA; XII – estabelecer instruções, diretrizes para formação dos conselhos gestores das unidades de saúde e de distritos sanitários; XIII – garantir que os sistemas de informação dos órgãos integrantes do SUS no Estado forneçam mensalmente a Secretaria Técnica do CES/MA, informes epidemiológicos, de

morbimortalidade de consultas e informações prestadas pelo SUS/MA, além de outras informações de interesse para a saúde pública, divulgando-as para população; XIV – manter audiência com dirigentes dos órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde; XV – aprovar o regimento, a organização e as normas de funcionamento da conferência estadual de saúde, que reunir-se ordinariamente a cada quatro (04) anos; XVI – promover a descentralização para os municípios dos serviços para proteção, promoção, recuperação e reabilitação a saúde dos trabalhadores aos riscos e agravos das condições de trabalho (MARANHÃO, 2000).

Todos esses conselhos tem como objetivo, atuar nas discussões e definições sobre políticas de saúde, no entanto, pode abrir espaço para uma espécie de “jogo político”, uma vez que seus atores podem realizar escolhas institucionais baseando-se no contexto histórico-político e nas regras já existentes, estabelecidas por regimentos internos, através das quais podem convergir a optar por trajetórias baseadas nos interesses do Estado ou de determinados grupos de interesse ou, ainda, nas plataformas e/ou demandas dos movimentos sociais (DURÁN; GERSCHMAN, 2014).

O desafio colocado para a gestão, no contexto de luta pela construção do SUS e no qual os conselhos estão intimamente ligados, “implica a incorporação de novas tecnologias de governo, novas institucionalidades abertas à reversibilidade e à mobilidade das relações estratégicas, que reconheçam e afirmem a dimensão política (normativa) da atividade, tramas institucionais em que a política possa adquirir o sentido e o efeito de pôr à prova o existente” (GUIZARDI; DE CAVALCANTI, 2010, grifo dos autores).

3.3 Ações para o fortalecimento do Controle Social

O contexto responsável pelo processo de efetivação do Controle Social no SUS tem suas discussões pautadas em diferentes esferas, com diversos autores, envolvidos no processo de garantir a execução deste princípio constitucional representado pela participação comunitária, configurada como um espaço de planejamento, decisão e negociação de interesses na gestão das políticas públicas de saúde (CRUZ; MELO; SILVA, 2007; ZAMBON; OGATA, 2013).

A importância do reconhecimento de estratégias consolidadoras para efetivação

do Controle Social no SUS foi se tornando cada vez mais evidente, no sentido de preservar à conquista de direitos individuais e coletivos, enfatizando-se a valorização das dimensões que envolvem a participação popular nos processos decisórios em saúde (FADEL; SCHNEIDER, et al., 2009).

Nesse aspecto, foram pensados inúmeros mecanismos de ampliação que levassem à otimização dos serviços públicos de saúde e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção de forma igualitária e efetiva. Sabe-se que a existência de diferenças regionais e locais entre as necessidades de saúde, bem como em termos de disponibilidade de recursos e capacidade de prestação de serviços, potencializados pelo subfinanciamento do setor, produz desequilíbrios territoriais e desafios significativos para a gestão desse sistema (MARIA, et al., 2012; (ZAMBON; OGATA, 2013b).

Dessa forma, surgiram os primeiros desenhos de um SUS capaz de subsidiar discussões em diferentes esferas, colocando à tona as principais dificuldades encontradas e meios para torná-las pontos de força dentro dessa construção (LUIS, André *et al.*, 2012). A exemplo, para superar as lacunas constitucionais, o Ministério da Saúde (MS) editou, as Normas Operacionais Básicas (NOBS), que buscou sintetizar os aspectos normativos da gestão da saúde pública no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 (PREUSS, 2018).

As NOBS foram desencadeadas fundamentalmente a partir de 1991, estabelecendo progressivamente as estratégias para a organização e o funcionamento do sistema através de um processo de descentralização político-administrativa, pavimentando o caminho para o lançamento, em 2001, da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), responsável por estabelecer regras para o processo de regionalização das ações e dos serviços de saúde (LUIS, Andre *et al.*, 2017).

Apesar dos esforços para a consolidação de uma integração federativa eficaz, tais estratégias trouxeram poucos resultados em articular redes regionais, romper com a fragmentação decorrente da municipalização e construir um verdadeiro sistema de saúde, levando assim a um seguinte marco regulatório em 2006, chamado de Pacto Pela Saúde. (SUS; MARIA; MENICUCCI, 2017). Com isso, foram intensificadas as confluências de forças favoráveis para o fortalecimento do controle social e reafirmação da importância da participação social no SUS indicando caminhos para viabilização de propostas solidárias entre os gestores municipais e estadual de acordo com as necessidades da loco-região de saúde (ZAMBON; OGATA, 2013a).

Nesse sentido, a instituição dos conselhos de saúde no Brasil, tiveram suas competências detalhadas e ampliadas por resoluções do Conselho Nacional de Saúde, representadas pelas resoluções nº 33, de 1992, nº 333, de 2003 e a mais recente, a resolução nº 453 de 2012, que juntas procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos, garantir a representação dos usuários e propiciar a participação da sociedade civil organizada e dos usuários do SUS na discussão institucionalizada do ciclo de políticas de saúde dos estados e municípios (SHIMIZU; HUELVA, 2018; MOREIRA *et al.*, 2006).

3.4 Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 CNS/MS e as diretrizes para estruturação dos conselhos de saúde no país

A Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de saúde (CNS), tem por objetivo a normatização e a aprovação de diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no país. Tal normativa visa, consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde, conforme citado na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (LIMA; LIMA, 2017).

Segundo a resolução, no que se refere a terceira diretriz que dispõe sobre a organização dos conselhos de saúde:

O Conselho de Saúde será 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, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática (MINISTÉRIO DA SAÚDE RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012, [s. d.]).

A partir de então, buscou-se o fortalecimento do controle social por intermédio da democratização e regulamentação da atuação da comunidade no sistema de saúde, colaborando com o processo de consolidação das políticas públicas, por meio do planejamento e da fiscalização das ações governamentais e orçamentárias. Nesse contexto, a resolução nº 453 trouxe a reformulação das diretrizes, dando mais clareza às normas orientadoras de estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde (LIMA; LIMA, 2017).

Ainda sobre a organização dos conselhos de saúde:

VI - A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as) (MINISTÉRIO DA SAÚDE RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012, [s. d.]).

VII - A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro (a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário (a) e Trabalhador (a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro (a) (MINISTÉRIO DA SAÚDE RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012, [s. d.]).

Para verificar a vitalidade dos conselhos, a existência de recursos tecnológicos e administrativos indicam o grau de estruturação do órgão, considerando que esse apoio é indispensável para garantir condições básicas de funcionamento (PAULO *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a quarta diretriz da resolução nº 453/2012 traz que 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, devendo este deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o seu orçamento (BRASIL, 2012b).

No que se refere às decisões, o plenário do conselho de saúde deve se reunir, no mínimo, a cada mês, sendo estas reuniões abertas ao público e devem acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade. As decisões do Conselho de Saúde são adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos (BRASIL, 2012a).

O exercício do controle social realizado pelos conselhos de saúde é fundamentado a partir da participação de vários seguimentos que irão buscar a unificação das decisões com base da pluralidade social e de direitos. Dessa maneira, se busca desenhar um conjunto de melhorias com base em um projeto coletivo, que deve ser visto, ouvido e atendido dentro da perspectiva de órgão deliberativo (CAZAL; MARTINS, 2010).

Atualmente, as políticas públicas fornecem instrumentos eficientes na regulamentação e legitimação, muitas vezes, de um sistema de inclusão segmentada considerada como cidadania, através da abertura à iniciativa privada, à focalização e à

seletividade. Tais influências, muitas vezes podem estar presentes, em razão de interesses pessoais e ou financeiros por aqueles que a princípio deveriam lutar igualmente pelas causas da coletividade. Nesse sentido, é fundamental conhecer a realidade daqueles que fazem parte do processo de construção que gera resultados ou ações importantes, entendendo qual o grau de interesse em ações paralelas, tais como possíveis envolvimento em causas privadas ou norteados pelo desconhecimento frente a sua responsabilidade coletiva (MORAES, 2017).

4 MÉTODOS

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa híbrido de natureza quantitativa e qualitativa, intitulado: Controle social no estado do Maranhão: perfil dos conselhos. Aqui será apresentado a etapa quantitativa.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de avaliação, cuja unidade de análise foram os Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Maranhão (CMS), além do Conselho Estadual (CES/MA).

O estudo apresentou 2 fases de coleta de dados: uma de dados primários e outra de dados secundários.

4.2 População e Amostra em Estudo

Foi realizado um levantamento inicial no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) para identificar quais conselhos estão cadastrados no sistema e ativos (até dezembro de 2020).

O SIACS é uma ferramenta de comunicação e informação lançada em 14 de março de 2012, durante a 231ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, que tem por objetivo mapear o Controle Social da saúde no Brasil, a partir do levantamento de informações relacionadas a atual composição dos conselhos, cumprimento de paridade e demais características. Os dados inseridos no sistema constituem uma rede com informações dos 5.570 conselhos municipais, 26 conselhos estaduais, 36 conselhos distritais de saúde indígena e do conselho do Distrito Federal, junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

Dos 218 conselhos de saúde do estado do Maranhão, somente 147 tinham cadastro na plataforma até dezembro de 2020, que se tornou a população a ser estudada nessa pesquisa.

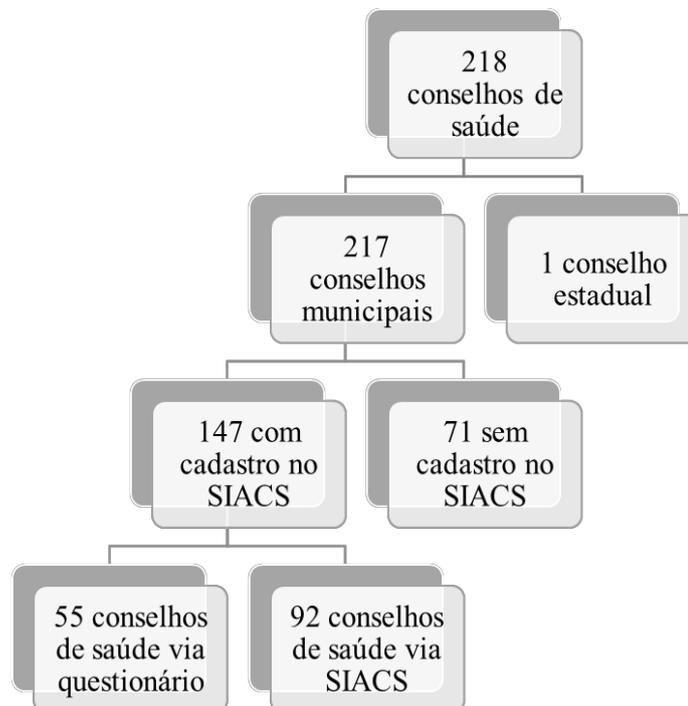
Dentro desse universo, 54 conselhos municipais de saúde do estado do Maranhão responderam à chamada de pesquisa para coleta de dados primários, além do Conselho Estadual (CES/MA), totalizando 55 conselhos de saúde participantes via questionário. Para totalização da população, os demais 92 conselhos municipais de saúde que possuem cadastro no SIACS, tiveram os dados coletados do sistema, resultando assim em uma população de 147 conselhos municipais de saúde participantes.

O questionário foi respondido por um dos representantes legais de cada Conselho, podendo ser respondido pelo(a) Presidente(a) ou Vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde, ou ainda, pelo Secretário(a) executivo deste Conselho. Cabe ressaltar, que foi solicitado o preenchimento apenas uma vez por município, não sendo necessário o preenchimento por todos supracitados e sim, por apenas um destes / por conselho.

Os respondentes foram contactados por meio dos contatos telefônicos e endereços eletrônicos, fornecidos via solicitação junto ao Conselho Estadual de Saúde (CES), que nos forneceu lista com os municípios existentes em seu cadastro.

Para coleta diretamente no SIACS, foram consideradas as informações que correspondiam ao conteúdo apresentado no questionário e cujo cadastro permitiu extrair com equivalência os dados existentes. A figura 1 representa o delineamento de coleta de dados desse estudo.

Figura 1: Delineamento para coleta de dados



4.3 Critérios de inclusão, não inclusão e exclusão

Para a coleta de dados primários foram incluídos todos os conselhos de saúde, que aceitaram participar da pesquisa até o dia 31 de dezembro de 2020 e estavam cadastrados no SIACS e aqueles que apesar de não participarem diretamente via questionário, haviam

cadastro ativo no sistema até o mesmo período, totalizando 147 conselhos de saúde.

A seguir os conselhos de saúde com cadastro no SIACS até o período citado: Afonso Cunha, Água Doce do Maranhão, Aldeias Altas, Altamira do Maranhão, Alto Alegre do Pindaré, Amapá do Maranhão, Amarante do Maranhão, Apicum-Açu, Araguanã, Araisos, Arame, Arari, Açailândia, Bacabal, Balsas, Barra do Corda, Barreirinhas, Bela Vista do Maranhão, Bernardo do Mearim, Bom Lugar, Brejo de Areia, Buriti, Buriti Bravo, Buriticupu, Buritirana, Cajapió, Cajari, Campestre do Maranhão, Carutapera, Caxias, Cedral, Central do Maranhão, Centro do Guilherme, Centro Novo do Maranhão, Chapadinha, Cidelândia, Codó, Coelho Neto, Colinas, Conceição do Lago-Açu, Conselho Estadual de Saúde do MA (CES-MA), Coroatá, Cururupu, Dom Pedro, Esperantinópolis, Estreito, Formosa da Serra Negra, Fortaleza dos Nogueiras, Gonçalves Dias, Governador Archer, Governador Edison Lobão, Governador Eugênio Barros, Governador Newton Belo, Governador Nunes Freire, Grajaú, Guimarães, Humberto de Campos, Icatu, Imperatriz, Itaipava do Grajaú, Itapecuru-Mirim, Itinga do Maranhão, Jatobá, João Lisboa, Junco do Maranhão, Lago da Pedra, Lago do Junco, Lago dos Rodrigues, Lagoa do Mato, Lajeado Novo, Lima Campos, Loreto, Luís Domingues, Magalhães de Almeida, Maracaçumé, Marajá do Sena, Maranhãozinho, Mata Roma, Matões, Mirador, Miranda do Norte, Mirinzal, Monção, Morros, Nova Colinas, Nova Iorque, Paraibano, Parnarama, Passagem Franca, Pastos Bons, Paulino Neves, Paulo Ramos, Paço do Lumiar, Pedreiras, Pedro do Rosário, Penalva, Peri Mirim, Pindaré Mirim, Pinheiro, Pio XII, Pirapemas, Poção de Pedras, Presidente Juscelino, Presidente Médici, Presidente Sarney, Raposa, Riachão, Ribamar Fiquene, Rosário, Sambaíba, Santa Inês, Santa Luzia do Paruá, Santa Quitéria do Maranhão, Santo Antônio dos Lopes, São Bernardo, São Domingos do Azeitão, São Domingos do Maranhão, São Félix de Balsas, São Francisco do Brejão, São João Batista, São João do Carú, São João do Soter, São João dos Patos, São José de Ribamar, São Luís, São Luís Gonzaga do Maranhão, São Pedro da Água Branca, São Pedro dos Crentes, São Raimundo das Mangabeiras, São Raimundo do Doca Bezerra, São Roberto, São Vicente Ferrer, Serrano do Maranhão, Sítio Novo, Sucupira do Norte, Sucupira do Riachão, Timbiras, Timon, Trizidela do Vale, Tufilândia, Tuntum, Turiaçu, Tutóia, Vitorino Freire, Viana, Vitória do Mearim e Zé Doca.

4.4 Coleta de Dados

Foram utilizadas duas técnicas de coletas de dados: a coleta primária, correspondente a participação direta via preenchimento de questionário eletrônico pelos

representantes legais dos conselhos e a coleta secundária, caracterizada pelo levantamento e extração de informações contidas no SIACS, dos demais conselhos municipais de saúde devidamente cadastrados até dia 31 de dezembro de 2020.

a) Coleta de dados primária (via questionário eletrônico): a relação de contatos dos representantes legais dos conselhos municipais foi obtida no Conselho Estadual de Saúde do Maranhão (CES/MA), com localização em São Luís-MA, assim a apresentação da pesquisa foi realizada com o apoio do CES/MA via ofício e também pelas pesquisadoras através dos endereços eletrônicos fornecidos (email) e aplicativo de envio de mensagens.

Foi enviado um cartaz digital e interativo (APÊNDICE A), para divulgar a proposta da pesquisa, enfatizando a importância da participação no projeto, com a disponibilização do contato das pesquisadoras para diminuir dúvidas. O instrumento de coleta de dados foi enviado por meio de questionário eletrônico (link), elaborado via Google Forms®, composto por oito dimensões, alternando em respostas fechadas e abertas, a depender da variável a ser coletada (APÊNDICE B).

A coleta teve início em março de 2020, porém, precisou ser suspensa e reiniciada em 05 de julho de 2020, inicialmente, por meio de endereço exclusivo para este fim, tendo como remetente perfildosconselhos@gmail.com. Essa pausa na coleta se deve, em razão da ocorrência da pandemia COVID-19. No primeiro semestre/2020, alguns conselhos contactados estavam com suas atenções completamente voltadas ao combate deste problema de saúde pública, nos fazendo prorrogar o início da intensificação dos contatos, fato oficializado na data acima descrita.

Foi possível perceber baixa adesão dos conselhos por contato via emails, tendo apenas um deles se manifestado por essa via, apresentando dúvidas e demonstrando interesse na participação. Outros emails foram enviados ao longo do mês de julho/2020, a exemplo dos dias 15 e 26 de julho de 2020, porém, ainda, com adesão insignificativa.

Também se verificou por meio do demonstrativo público no site do Conselho Nacional de Saúde, com última atualização em 27 de novembro de 2017, que, 35,78% dos municípios maranhenses, correspondendo a 78 municípios, não possuem qualquer registro no SIACS. Portanto, ativamente, por meio de cadastro oficial, constam 64,22% de municípios maranhenses com existência efetiva junto ao seu órgão deliberador, totalizando 140 municípios cadastrados, segundo este portal (CNS, 2017).

Com o intuito de estreitar o contato com vários Conselhos Municipais de Saúde (CMS), o envio do instrumento de coleta foi realizado também via aplicativo de mensagem a

partir de um grupo intitulado: “RECOMS-MA Rede de CMS”, cujos participantes correspondem a membros dos Conselhos de Saúde de vários municípios do estado. Esta inserção, permitiu acelerar o envio de informações, melhorando assim, o retorno as nossas solicitações. Além das mensagens via grupo, foram realizados contatos por meio de mensagens privadas, direcionadas a cada representante de CMS dos contatos obtidos.

A fim de agilizar o contato com os presidentes do conselhos, foi realizada divulgação de pendência de respostas com base na organização das regionais de saúde existentes no Estado, sendo divulgado, diariamente a relação de conselhos/municípios que ainda não haviam respondido ou sim a solicitação das pesquisadoras no grupo “RECOMS-MA Rede de CMS”, para conhecimento de todos e como forma de estímulo aqueles que ainda não tinham participado.

A cada resposta registrada, o Conselho era contactado para o agradecimento e incentivo na manutenção da participação junto aos institutos de pesquisa, destacando como tal fator pode ser decisivo para estratégias de melhorias dos locais nos quais estes representam.

b) Coleta de dados secundária (informações contidas no SIACS): após realizado levantamento de todos os conselhos de saúde cadastrados no sistema, foram coletadas os dados correspondentes as variáveis equivalentes aquelas contidas no questionário e ou aquelas com dados de correlação próxima a variável de interesse, representada pelas variáveis próxis.

Os dados foram considerados como adequados quando apresentaram completude nas informações dispostas, sendo que, em alguns casos, a variável estudada não estava presente no SIACS ou se estava, apresentava ausência de preenchimento, não possibilitando assim a coleta. A descrição das variáveis conforme coleta primária e secundária estão dispostas no quadro 1.

Quadro 1: Disposição das variáveis conforme coleta primária e secundária

Coleta de dados primária	Coleta de dados secundária
Coletadas exclusivamente via questionário	Coletadas via questionário e cadastro no SIACS
Representação: qual a sua função do respondente dentro do Conselho de Saúde do seu município; representação do presidente do conselho; entidade que o presidente representa; representação do vice-presidente do conselho; entidade que o vice-presidente representa; Entidades religiosas dos vice-presidentes.	Representação: representações e tipos de entidades dentro da composição dos Conselhos; número de conselheiros titulares e suplentes que compõe cada conselho. Conhecimento sobre a organização do Conselho: data de criação; número e ano da lei que cria o conselho; data da última

<p>Características estruturais: Se não possuir sede própria, onde funciona as instalações desse conselho.</p> <p>Perfil da composição: quais critérios são utilizados para escolha do grupo que representa os usuários; como se dá a composição dos Conselhos (presidente da mesa diretora; vice-presidente da mesa diretora; 1º secretário/a da mesa diretora; 2º secretário/a da mesa diretora); como ocorre a escolha da mesa diretora.</p> <p>Características organizacionais/deliberativas: como ocorre a convocação para reuniões e frequência de cancelamentos em razão de ausência de quórum; periodicidade de participação em conferências e eventos a níveis locais, estaduais, regionais e nacionais; a existência e operacionalização de sistema próprio para recebimento de denúncias e quais estratégias o Conselho possui frente as demandas registradas.</p> <p>Características financeiras: executa sua previsão orçamentária conforme previsto.</p>	<p>eleição da mesa diretora do seu respectivo conselho; duração do mandato da mesa diretora; a existência de regimento interno e outras resoluções no Conselho.</p> <p>Características estruturais: possui sede própria e recursos facilitadores para o seu funcionamento, tais como: computadores, impressoras, acesso à internet e telefones celulares.</p> <p>Perfil da composição: número de representações de gestores, usuários e profissionais de saúde e as entidades que representam cada categoria</p> <p>Características organizacionais/deliberativas: última eleição da mesa diretora do conselho e segundo o SIACS a data da sua última recomposição; qual duração do mandato da mesa diretora; existência regimento interno; Conselho possui outras normas ou resoluções; realização de eventos voltados a capacitação dos seus membros; a existência de grupos técnicos (comissões) de trabalho, bem como as características destes grupos;</p> <p>Características financeiras: está amparado por orçamento próprio ou possui orçamento vinculado à secretaria de saúde.</p>
---	--

Para identificação do coeficiente de correlação, foram realizadas coletas no portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no que se refere ao último censo realizado no Brasil no ano de 2010. Considerou-se a nível municipal dos conselhos avaliados, a população do último censo (2010), a população estimada para 2020, caso o censo previsto neste ano tivesse sido efetivado, quantidade de estabelecimentos de saúde do SUS, mortalidade infantil, esgotamento sanitário adequado em percentuais, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) e produto interno bruto (PIB) per capita (IBGE, 2010).

4.5 Análise Estatística

As informações coletadas foram exportadas para uma planilha de dados em Excel®, permitindo de maneira organizada a exportação do banco de dados para o programa Stata 14.0®, onde foram realizadas análises de frequência, média e desvio padrão, intervalos

de confiança e coeficiente de correlação.

As medidas de frequência geraram informações para classificar a adequação de cada conselho em adequado, parcialmente adequado e inadequado, por meio dos parâmetros expostos no quadro 2. Para distribuição geográfica dos conselhos, foi utilizado o programa SIG – ArcGis, versão 10.8.

Foi elaborado uma classificação por escore composta por cinco dimensões, com informações referentes ao bom funcionamento destes conselhos e considerados como essenciais ao atendimento das resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 33, de 1992, nº 333, de 2003 e 453 de 2012, regulamentadoras destas entidades no país (SHIMIZU, H.; HUELVA, 2018).

O escore foi pensado no sentido de se estabelecer uma avaliação sistemática pressupondo a utilização de um método, diferente da avaliação de fatos cotidianos, caracterizada pela subjetividade, muitas vezes determinados por critérios de valor, sem considerar a cientificidade. Por meio de uma avaliação precisa, será possível obter o diagnóstico adequado de possíveis problemas existentes em cada conselho e traçar estratégias específicas para melhoria (LÚCIA; BOSI, 2002).

Nesse sentido, a avaliação tem sua pontuação máxima em 18 pontos, distribuídos em todas as dimensões. As variáveis são subdivididas em cada dimensão, possuindo valor 2 para situação de adequabilidade e valor 1 para situação de não atendimento aos critérios de regulamentação vigente.

Quadro 2: Escore de avaliação em adequado, parcialmente adequado e não adequado dos conselhos de saúde.

Categorias	Variáveis	Parâmetros de avaliação dos conselhos	Pontuação
Representação	Paritária	Sim	2
		Não	1
Conhecimento sobre a organização do Conselho	Número e ano da lei que cria o conselho	Informação completa (Número da lei e ano)	2
		Não informado	1
	Regimento interno	Sim	2
		Não	1
	Outras resoluções ou normativas	Sim	2
		Não	1
Características estruturais	Possui sede própria	Sim	2
		Não	1
	Recursos tecnológicos disponíveis	Computador, impressora e acesso a internet	2
		Não dispõe de computador, impressora e internet	1

Características organizacionais/ deliberativas	Duração do mandato da mesa diretora	2 anos exatos	2
		Inferior ou acima de 2 anos	1
	Existência de grupos técnicos (comissões) de trabalho no conselho	Sim	2
		Não	1
Características financeiras	Orçamento vinculado à secretaria de saúde	Não	2
		Sim	1

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir da resolução CNS 453 de 2012.

A partir das variáveis apresentadas, segue parâmetro para avaliação:

Quadro 3: Classificação dos conselhos de saúde.

Situação	Pontuação
Adequado	\geq Percentil 75
Parcialmente adequado	Entre percentil 26 a 74
Não adequado	\leq Abaixo de percentil 25

4.6 Aspectos Éticos

Antecedendo ao questionário eletrônico, o participante teve como primeiro acesso o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), como item obrigatório e fundamental para o avanço para as demais questões, sendo indispensável para confirmar sua aceitação em participar da pesquisa.

Essa pesquisa faz parte do projeto Perfil dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob parecer nº 2.835.442 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

ARTIGO

Controle Social no Estado do Maranhão: uma avaliação dos Conselhos de Saúde
Social Control in the State of Maranhão: an assessment by the Health Councils
 (a ser submetido à Saúde e Sociedade, **Fator de impacto 0,433. Qualis B1**)

Ana Carolina Alves da Hora. Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC. E-mail: anacarolinadahora@hotmail.com. Avenida Edson Brandão, S/N. Condomínio Eco Park II. Bloco 11. Ap. 201, São Luís, 65045-680, Maranhão, Brasil.

Profa. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho. Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC. E-mail: judith.pinho@ufma.br. Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, São Luís, 65020-070, Maranhão, Brasil.

RESUMO

O objetivo desse estudo foi avaliar a composição das instâncias para o controle social em saúde a partir dos Conselhos de Saúde do estado do Maranhão. Realizou-se um estudo de avaliação quantitativo, cuja unidades de análise foram os Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão, que possuíam cadastro no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) até dezembro de 2020. Dos 218 conselhos de saúde do estado, somente 147 tinham cadastro na plataforma até a data em questão, que se tornou o universo de estudo nessa pesquisa. Foram utilizadas a coleta primária e a secundária e elaborado um escore para avaliação de conselhos com base nas resoluções Conselho Nacional de Saúde nº 33, de 1992, nº 333, de 2003 e 453 de 2012. A classificação por escore foi composta por cinco dimensões, com informações referentes a dequação destes conselhos a partir da legislação vigente. Ao todo, 67,4% (n=147) dos conselhos estavam elegíveis para estudo, evidenciando-se que 32,6% (n=71) são inexistentes com relação ao cadastro no sistema; 53,74% (n=79) indicaram não possuir regimento interno; 64,58% (n=93) não possuem sede própria. Considerando o escore, 31,97% dos conselhos avaliados estão adequados (n=47), 42,18% encontram-se parcialmente inadequados (n=62) e 25,85% apresentaram resultado de inadequação (n=38). Conclui-se que a maioria dos conselhos de saúde avaliados necessita de melhorias para atender melhor as normativas propostas nas resoluções.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Controle Social. Participação Social.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the composition of the instances for health social control from the Health Councils of the state of Maranhão. A quantitative assessment study was carried out, whose units of analysis were the Health Councils of the State of Maranhão, which had a record in the Health Councils Monitoring System (SIACS) until December 2020. Of the 218 health councils in the state, only 147 had registered on the platform until the date in question, which became the universe of study in this research. Primary and secondary collection were used and a score was elaborated to evaluate councils based on the National Health Council resolutions 33, 1992, 333, 2003 and 453, 2012. The score classification was composed for five dimensions, with information regarding the qualification of these councils based on the current legislation. In all, 67.4% (n = 147) of the councils were eligible for study, showing that 32.6% (n = 71) are non-existent with regard to registration in the system; 53.74% (n = 79) indicated they did not have an internal regulation; 64.58% (n = 93) do not have their own headquarters. Considering the score, 31.97% of the evaluated councils are adequate (n = 47), 42.18% are partially adequate (n = 62) and 25.85% presented an inadequate result (n = 38). Concludes that most of the evaluated health councils need improvements to better meet the regulations proposed in the resolutions.

Keywords: Health Councils. Social Control. Social Participation.

INTRODUÇÃO

A expressão ‘controle social’ tem origem na sociologia, empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais, assegurando a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (CORREIA, 2009).

No Brasil, o termo Controle Social foi fortalecido a partir do processo de democratização do país, sendo representado na prática pela participação social como direito estabelecido na Constituição Brasileira de 1988, que permite a construção de mecanismos e estratégias que possibilitam a elaboração de políticas públicas com base na ampliação da cidadania e garantia de direitos (SHIMIZU, H. E.; DE MOURA, 2015).

A Reforma Sanitária Brasileira na década de 70, impulsionou os primeiros movimentos para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi considerado um marco para representatividade popular na construção da participação da sociedade para o controle social e elaboração de um sistema universal de saúde no país, institucionalizando assim o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (MANOROV *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, buscou-se a elaboração de processos descentralizados que facilitassem a prática para a solidificação de um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (CORREIA, 2006). Após a Constituição de 1988, criou-se a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que regulamentou os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, trazendo representatividade jurídica para a implementação do Controle Social a partir da participação da sociedade civil sobre as ações do Estado, como agente decisivo na busca em atender aos interesses da maioria da população (DURÁN; GERSCHMAN, 2014).

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. É definindo a paridade de sua composição da seguinte maneira: 50% de representantes dos usuários; 25% de representantes dos gestores e de prestadores de serviços de saúde; e 25% de representantes dos profissionais (BRASIL, 1990).

A partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), foram estabelecidos critérios para obtenção e controle na utilização dos recursos, com base nas diretrizes e princípios do SUS, onde o depósito destes devem ser realizados em conta especial, sob a responsabilidade de cada esfera de atuação, cabendo ao Conselho de Saúde a sua movimentação e fiscalização (ROCHA *et al.*, 2013)

Desse modo, destaca-se o quão importante é a compreensão de seus componentes na gestão do sistema de saúde, já que ele é agente de participação social, que, por sua vez, deve ser propositiva por meio da interação entre Estado e sociedade, para a efetivação de políticas públicas, econômicas e sociais que resultem em efetiva melhoria na gestão do SUS e por consequência na qualidade do serviço prestado a população (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2013).

Para tanto, é necessário que os atores que circulam por estes espaços reconheçam o seu papel como conselheiros, e saibam como exercê-lo, participando do processo de construção dos instrumentos de gestão na área da saúde. Estudos sinalizam uma preocupação com a baixa representatividade dos conselheiros ocasionada por falta de instrumentos e conhecimento, principalmente sobre a legislação normativa do SUS e na responsabilidade da sua função como conselheiros de saúde (MANOROV *et al.*, 2017).

As resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 33, de 1992, nº 333, de 2003 e 453 de 2012, regulamentadoras destas entidades no país trazem inúmeros critérios para o funcionamento adequado desses conselhos (SHIMIZU, H.; HUELVA, 2018). No entanto, ainda são escassos os estudos que avaliem o controle social ou o funcionamento de conselhos, desse modo, o objetivo desse estudo é avaliar a adequação dos conselhos de saúde do Maranhão aos pontos apresentados pelas resoluções regulamentadoras dessas atividades.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo, quantitativo, cuja unidade de avaliação foram os Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Maranhão (CMS), além do Conselho Estadual (CES/MA). A realização do estudo apresentou duas fases de coleta de dados: uma de dados primários e outra de dados secundários.

População e Amostra em Estudo

Foi realizado um levantamento inicial no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) para identificar quais conselhos estão cadastrados no sistema e

ativos (até dezembro de 2020).

O SIACS é uma ferramenta de comunicação e informação lançada em 14 de março de 2012, durante a 231ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, que tem por objetivo mapear o Controle Social da saúde no Brasil, a partir do levantamento de informações relacionadas a atual composição dos conselhos, cumprimento de paridade e demais características. Dos 218 conselhos de saúde do estado do Maranhão, somente 147 tinham cadastro na plataforma até 31 de dezembro de 2020, que se tornou a população a ser estudada nessa pesquisa.

Dentro desse universo, 54 conselhos municipais de saúde do estado do Maranhão responderam à chamada de pesquisa para coleta de dados primários, além do Conselho Estadual (CES/MA), totalizando 55 conselhos de saúde participantes via questionário. Para totalização da população, foi realizada a coleta de dados secundária, onde os demais 92 conselhos municipais de saúde que possuem cadastro no SIACS, tiveram os dados coletados do sistema, resultando assim em uma população de 147 conselhos municipais de saúde participantes.

O questionário foi respondido por um dos representantes legais de cada Conselho, podendo ser respondido pelo(a) Presidente(a) ou Vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde, ou ainda, pelo Secretário(a) executivo deste Conselho. Os respondentes foram contactados por meio dos contatos telefônicos e endereços eletrônicos, fornecidos via solicitação junto ao Conselho Estadual de Saúde (CES), que nos forneceu lista com os municípios existentes em seu cadastro.

Para coleta diretamente no SIACS, foram consideradas as informações que correspondiam ao conteúdo apresentado no questionário e cujo cadastro permitiu extrair com equivalência os dados existentes. A figura 1 representa o delimitamento de coleta de dados desse estudo.

Critérios de inclusão, não inclusão e exclusão

Para a coleta de dados primários foram incluídos todos os conselhos de saúde, que aceitaram participar da pesquisa até o dia 31 de dezembro de 2020 e estavam cadastrados no SIACS e aqueles que apesar de não participarem diretamente via questionário, haviam cadastro ativo no sistema até o mesmo período, totalizando 147 conselhos de saúde.

Coleta de Dados

- a) Coleta de dados primária (via questionário eletrônico): a relação de contatos

dos representantes legais dos conselhos municipais foi obtida no Conselho Estadual de Saúde do Maranhão (CES/MA), com localização em São Luís-MA, assim a apresentação da pesquisa foi realizada com o apoio do CES/MA via ofício e também pelas pesquisadoras através dos endereços eletrônicos fornecidos (email) e aplicativo de envio de mensagens.

Foi enviado um cartaz digital e interativo, para divulgar a proposta da pesquisa, enfatizando a importância da participação no projeto, com a disponibilização do contato das pesquisadoras para diminuir dúvidas. O instrumento de coleta de dados foi enviado por meio de questionário eletrônico (link), elaborado via Google Forms®, composto por oito dimensões, alternando em respostas fechadas e abertas, a depender da variável a ser coletada.

A coleta teve início em março de 2020, porém, precisou ser suspensa e reiniciada em 05 de julho de 2020, inicialmente, por meio de endereço exclusivo para este fim, tendo como remetente perfildosconselhos@gmail.com. Essa pausa na coleta se deve, em razão da ocorrência da pandemia COVID-19. No primeiro semestre/2020, alguns conselhos contactados estavam com suas atenções completamente voltadas ao combate deste problema de saúde pública, nos fazendo prorrogar o início da intensificação dos contatos, fato oficializado na data acima descrita.

Também se verificou por meio do demonstrativo público no site do Conselho Nacional de Saúde, com última atualização em 27 de novembro de 2017, que, 35,78% dos municípios maranhenses, correspondendo a 78 municípios, não possuem qualquer registro no SIACS. Portanto, ativamente, por meio de cadastro oficial, constam 64,22% de municípios maranhenses com existência efetiva junto ao seu órgão deliberador, totalizando 140 municípios cadastrados, segundo este portal (CNS, 2017).

Com o intuito de estreitar o contato com vários Conselhos Municipais de Saúde (CMS), o envio do instrumento de coleta foi realizado também via aplicativo de mensagem a partir de um grupo intitulado: “RECOMS-MA Rede de CMS”, cujos participantes correspondem a membros dos Conselhos de Saúde de vários municípios do estado. Esta inserção, permitiu acelerar o envio de informações, melhorando assim, o retorno as nossas solicitações. Além das mensagens via grupo, foram realizados contatos por meio de mensagens privadas, direcionadas a cada representante de CMS dos contatos obtidos.

A fim de agilizar o contato com os presidentes do conselhos, foi realizada divulgação de pendência de respostas com base na organização das regionais de saúde existentes no Estado, sendo divulgado, diariamente a relação de conselhos/municípios que ainda não haviam respondido ou sim a solicitação das pesquisadoras no grupo “RECOMS-

MA Rede de CMS”, para conhecimento de todos e como forma de estímulo aqueles que ainda não tinham participado.

A cada resposta registrada, o Conselho era contactado para o agradecimento e incentivo na manutenção da participação junto aos institutos de pesquisa, destacando como tal fator pode ser decisivo para estratégias de melhorias dos locais nos quais estes representam.

b) Coleta de dados secundária (informações contidas no SIACS): após realizado levantamento de todos os conselhos de saúde cadastrados no sistema, foram coletadas os dados correspondentes as variáveis equivalentes aquelas contidas no questionário e ou aquelas com dados de correlação próxima a variável de interesse, representada pelas variáveis próxis.

Os dados foram considerados como adequados quando apresentaram completude nas informações dispostas, sendo que, em alguns casos, a variável estudada não estava presente no SIACS ou se estava, apresentava ausência de preenchimento, não possibilitando assim a coleta. A descrição das variáveis conforme coleta primária e secundária estão dispostas no quadro 1.

Para identificação do coeficiente de correlação de Pearson (R), foram realizadas coletas no portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no que se refere ao último censo realizado no Brasil no ano de 2010. Considerou-se a nível municipal dos conselhos avaliados, a população estimada para 2020, caso o censo previsto neste ano tivesse sido efetivado, quantidade de estabelecimentos de saúde do SUS, mortalidade infantil, esgotamento sanitário adequado em percentuais, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) e produto interno bruto (PIB) per capita (IBGE, 2010).

Análise Estatística

As informações coletadas foram transferidas para uma planilha de dados em Excel®, depois exportada para o programa Stata 14.0®, onde foram realizadas análises de frequência, média e desvio padrão, intervalos de confiança e coeficiente de correlação.

As medidas de frequência geraram informações para classificar a adequação de cada conselho em adequado (conselhos com pontuação \geq ao percentil 75), parcialmente adequado (conselhos com pontuação $<$ ao percentil 75 e $>$ ao percentil 25) e inadequado (conselhos com pontuação \leq ao percentil 25), por meio dos parâmetros expostos no quadro 2. Para distribuição geográfica dos conselhos, foi utilizado o programa SIG – ArcGis, versão 10.8 (Figura 2).

Foi elaborado uma classificação por escore composta por cinco dimensões, com informações referentes ao que poderia sugerir-se como bom funcionamento destes conselhos e

considerados como essenciais ao atendimento das resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 33, de 1992, nº 333, de 2003 e 453 de 2012, regulamentadoras destas entidades no país (SHIMIZU, H.; HUELVA, 2018).

O escore foi pensado no sentido de se estabelecer uma avaliação sistemática pressupondo a utilização de um método, diferente da avaliação de fatos cotidianos, caracterizada pela subjetividade, muitas vezes determinados por critérios de valor, sem considerar a cientificidade. Por meio de uma avaliação precisa, será possível obter o diagnóstico adequado de possíveis problemas existentes em cada conselho e traçar estratégias específicas para melhoria (LÚCIA; BOSI, 2002).

Nesse sentido, a avaliação tem sua pontuação máxima em 18 pontos e mínima 9, distribuídos em todas as dimensões. As variáveis são subdivididas em cada dimensão, possuindo valor 2 para situação de adequabilidade e valor 1 para situação de não atendimento aos critérios de regulamentação vigente.

Aspectos Éticos

Essa pesquisa faz parte do projeto Perfil dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob parecer nº 2.835.442.

RESULTADOS

Ao todo, 147 conselhos estavam elegíveis para estudo, o que representa 67,4% dos conselhos de saúde do estado do maranhão. O que resulta em afirmar que 32,6% (n= 71), ainda que possam estar em plena atividade, são inexistentes no sistema de informação. Na figura 2 apresentamos a distribuição espacial dos conselhos avaliados.

Outro ponto importante a ressaltar é a quantidade de conselhos que não responderam à chamada para pesquisa 62,5% (n=92), enquanto somente 37,4% (n=55) retornaram esse chamamento. Na tabela 1 apresentamos as características desses CMS.

Quanto ao número de conselheiros titulares e suplentes, foi possível constatar que a média é semelhante entre os dois grupos: $\bar{X}=13,35$ (S=5,505 Min: 7, Max: 44) de conselheiros titulares e $\bar{X}=13,31$ (S=5,809 Min: 1, Max: 44) de conselheiros suplentes.

Na tabela 2 podemos observar a média da composição das representações dos CMS no Maranhão. Na tabela 3 temos o tipo e quantidade de entidades que compõe o seguimento dos usuários.

Considerando o Escore com os critérios de adequação, foi possível observar que 31,97% dos conselhos avaliados foram considerados adequados, 42,18% encontram-se parcialmente adequados e 25,85% apresentaram resultado de inadequação, no que se refere as resoluções que regulamentam sobre o funcionamento, estrutura e características dos conselhos de saúde no Brasil, nota-se as resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 33, de 1992, nº 333, de 2003 e 453 de 2012 (Tabela 4). Na tabela 5 observa-se a distribuição dos conselhos conforme dimensões avaliadas e na tabela 6 apresentamos as análises de correlação.

DISCUSSÃO

Esse estudo demonstra que somente 37,97% dos conselhos de saúde avaliados apresentam adequação ao atendimento de critérios de funcionamento estabelecidos da resolução CNS 453/2021. Outra pesquisa que buscou avaliar as condições de atuação dos conselhos de saúde de municípios de Santa Catarina, aponta que 2/3 desses conselhos tem mau desempenho em sua atuação (VIEIRA; CALVO, 2011).

Apesar desses estudos se diferenciarem quanto ao local pesquisado e ter cerca de 10 anos entre as pesquisas, não se encontra um distanciamento muito grande entre as dimensões avaliadas e grandes semelhanças nos resultados. Em ambas as pesquisas a maior parte dos conselhos não possui orçamento próprio e sede própria.

Outro resultado a ser ressaltado é a variedade de entidades que representam os usuários nesses conselhos encontradas nesse estudo, em especial à quantidade de igrejas compondo esse seguimento, em 76,24% dos conselhos de saúde há pelo menos uma igreja na representação dos usuários, sendo estas, em sua maioria, igrejas evangélicas, presentes em 67,39% dos conselhos de saúde analisados nesse estudo.

Stralen et al. (2006), sugerem que a presença significativa de igrejas evangélicas no controle social pode se dar pelo fato de os conselhos serem compostos por grupos que possuem vínculos com atores estatais, enquanto o acesso a grupos não organizados ou sem vínculos políticos é barrado.

Para composição dos conselhos, a participação de órgãos, entidades e movimentos sociais tem como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do conselho de saúde (BRASIL, 2012b), preservando o princípio da representação proporcional, para garantir de fato a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade na representação colegiada. Porém, alguns

grupos têm se destacado em razão da ampla participação dentro da representação destes conselhos, tais como os sindicatos, as demais fundações do município e as organizações religiosas, sendo esta última, muito em razão da força social, moral e até mesmo política que a religião representa na sociedade. Tal predominância acaba por ir de encontro com o princípio da laicidade do Estado brasileiro, determinada pela Constituição Federal de 1988 (LIMA; LIMA, 2017).

Além da Lei nº 8.142/90 e das resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 33, de 1992, nº 333, de 2003 e 453 de 2012, normas operacionais, decretos governamentais e outros instrumentos normativos, tais como o regimento interno, também contribuem para a formatação do desenho dos conselhos de saúde (AGUIAR *et al.*, 2019). Neste estudo, 53,74% (n=79) dos conselhos avaliados, indicaram não possuir regimento interno, o que não atende a determinação da resolução n. 33/92 do CNS, que define que todo conselho de saúde deverá elaborar seu o Regimento Interno, devendo este ser aprovado pelo próprio plenário e ser o instrumento base norteador da sua estrutura de funcionamento (BRASIL, 1992).

Além disso, 80,27% (n=118) não possuem qualquer outra norma ou resolução dentro do conselho, e quando estas estão presentes em 19,73% (n=29), 60,56% (n=43) não são publicadas em diário oficial. É importante ressaltar que é responsabilidade dos Conselhos divulgarem os trabalhos e decisões para todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre agendas, datas e local de reuniões. Além disso, permite que a população saiba como o CMS atua e quais as melhorias resultantes de suas ações na cidade (VENTURA *et al.*, 2017).

De acordo com Ventura *et al.* (2017), a divulgação e circulação de informações entre os representantes das instâncias colegiadas e seus representados é pressuposto básico para a efetividade da participação social no sistema de saúde e assim fator contribuinte para o fortalecimento do controle social. Nessa perspectiva, as ações do Conselho devem ser divulgadas externamente, visando à valorização dos ganhos com a participação.

O estudo de Gomes *et al.* (2017) mostrou similaridades entre ouvidoria e conselhos de saúde, sendo ambos, mecanismos de participação popular e fiscalização da administração pública, uma vez que, os usuários do sistema público de saúde devem participar de sua gestão, apresentando demandas por meio das reuniões do Conselho de Saúde para contribuir para efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão na área da saúde.

Quanto a duração do mandato da mesa diretora, 80% (n=112), sinalizaram o período de 2 anos entre cada recomposição, o que acompanha em sua maioria a recomendação

formalizada em 2003, por meio da resolução n. 333 do CNS, onde determina que este período deve ser definido no regimento interno do conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações (BRASIL, 2003).

Quanto a frequência das reuniões realizadas, de acordo com a Resolução n. 453 do CNS, o plenário reunir-se-á obrigatoriamente uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário, sendo que a pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias. Neste estudo, apesar de 87,27% (n= 48) indicarem a presença de um cronograma fixo para realização das reuniões ordinárias, 56,36% (n=31) dos conselhos informaram que no último ano houve cancelamento de reuniões por ausência de quórum até 4 vezes, porém vale ressaltar que essa é uma informação relativa somente aos conselhos que responderam ao questionário, portanto pode não representar a realidade dos conselhos do estado.

A manutenção das atividades permanentes nos conselhos é fundamental como fator de transformação, pois estes se constituem em elo entre usuário e o sistema e desempenham um papel importante ao intermediarem demandas e denúncias apontadas pela população. No entanto, para que tais denúncias sejam formalizadas é necessário se instituir um programa estratégico e viável de fiscalização, onde a comunidade se sinta acolhida e segura diante da necessidade de apresentação de qualquer inconformidade. Todavia, os conselhos têm sérios limites na sua capacidade de mobilização da comunidade, equipamentos e espaço físico inadequados, inclusive no que se refere a sistemas específicos para realização de denúncias e meios de averiguação, o que torna mais complexo o exercer efetivo e resolutivo das demandas existentes (ROCHA, et al., 2017).

Rocha, et al. (2020), apontam que a inexistência de dotação orçamentária própria interfere na autonomia do conselho, trazendo comprometimento relacionado ao desenvolvimento das atividades necessárias ao estabelecimento do controle social, pois quando o suporte financeiro é viabilizado pelo gabinete do secretário de saúde, isto pode convergir a uma forte interferência da gestão direta nas tomadas de decisão dos conselhos, realidade encontrada na maioria dos conselhos de saúde nessa pesquisa, pois a maior parte não possui orçamento próprio.

Moreira e Escorel (2009), avaliaram mais de 5.000 conselhos de saúde no Brasil, analisando características relacionadas a sua estruturação e funcionamento, por meio da

utilização de três dimensões: autonomia, organização e acesso. Neste estudo, identificamos fragilidades que persistem até os dias atuais, tais como a ausência de espaços físicos exclusivos para realização das suas atividades, dependência orçamentária que leva a limitações relacionadas aos recursos disponíveis para cumprimento da legislação, inclusive no aspecto fiscalizatório, o que gera entraves para o acesso da sociedade aos meios democráticos de participação e solução dos problemas identificados.

É sempre necessário a compreensão dos processos de participação popular, a fim de estabelecer na prática aquilo que está determinado na legislação, não podendo constituir-se apenas como uma forma de suprir uma exigência legal, privando o direito de inclusão do cidadão no processo decisório em saúde e não trazendo a luz o desenvolvimento de práticas sociais de amadurecimento político e elevação da consciência cidadã (BUSANA, et al., 2021).

O envolvimento dos cidadãos nos processos deliberativos tem como propósito principal tornar as políticas públicas mais responsivas e adequadas às realidades das populações, estabelecendo novas relações entre Estado e sociedade (ROCHA, *et al.*, 2020). No entanto, segundo Miwa et al. (2017), vários estudos indicam que há uma razoável participação dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, sinalizando que há ainda um longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros seja efetiva na condução do exercício da democracia participativa.

Os conselhos possuem uma importância estratégica fundamental no processo de reorganização da atenção à saúde (DA SILVA *et al.*, 2012), porém, existem problemas estruturais e políticos que dificultam a sua organicidade, principalmente no âmbito municipal, onde há uma predominância para baixa representatividade, pouca renovação de membros, dominação por grupos mais organizados e enfraquecimento da luta em outras frentes participativas (COELHO, 2012). Neste estudo, não foi observado um padrão na distribuição geográfica dos conselhos e seu grau de adequação.

Desse modo, destaca-se a importância desse estudo ao propor uma forma de avaliar as condições de funcionamento de conselhos de saúde, ainda que a taxa de não resposta ao instrumento de coleta de dados primários tenha sido alta, uma limitação desse estudo, isso também demonstra um resultado: a dificuldade de comunicação com os membros dos conselhos de saúde, que por sua vez pode gerar questionamentos sobre a efetividade do controle social, principalmente quando se analisa um contexto de um estado pobre como o Maranhão, que tem 92,97% de sua população dependente do SUS (MARANHÃO, 2019).

Vale ressaltar que ainda que possamos apontar a 10ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996, como um marco para o desenvolvimento da atuação dos conselhos de saúde no Brasil, pois deliberou sobre o aprofundamento e fortalecimento do Controle Social, buscando reafirmar a obrigação dos gestores de cumprirem a legislação do SUS também no que se refere ao caráter permanente e deliberativo desta instância na formulação e no controle da execução da política de saúde no país (CNS, 1996). Tem-se como contraponto o fato de a implementação dos conselhos de saúde, em sua maioria, ser resultante de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à sua criação. Este processo levou ao estabelecimento de espaços com pouca representação deliberativa e com fragilidades na fiscalização efetiva dos gestores do SUS (VAN STRALEN *et al.*, 2006b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo enfatizou a importância estratégica que os conselhos de saúde tem para o processo de reorganização da atenção à saúde, sendo não apenas uma questão técnica, mas com abrangência de expectativas, demandas, comportamentos e ações efetivas de todos os atores envolvidos na obtenção das metas propostas, desde gestores até usuários e como essa integração é capaz de fortalecer o controle social, por meio do atendimento a legislação vigente e valorização do trabalho realizado por estes colegas (DA SILVA *et al.*, 2012).

Neste panorama, espera-se que os conselhos de saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social para simples prestação de contas, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem (DA SILVA *et al.*, 2012), buscando assegurar que os gestores públicos se comprometam com a excelência na concepção e implementação dos programas, projetos, ações e serviços de saúde. De um lado, portanto, o controle tem um sentido de vigilância e responsabilização. Do outro, tem o sentido de efetividade e compromisso com a coisa pública, sendo, atualmente, os conselhos e as conferências de saúde, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais (ROLIM, *et al.*, 2013).

Embora o envolvimento público seja defendido como meio para melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, esta pesquisa indica a existência de importantes entraves da participação por meio dos Conselhos de Saúde (ROCHA, *et al.*, 2020), em

especial do Estado do Maranhão, apontando para desafios que precisam ser evidenciados, discutidos e superados. Entre as fragilidades mais comuns, destacam-se à baixa visibilidade dos conselhos e sua essencialidade legal, a ausência de recursos financeiros próprios que leva a uma estrutura física e organizacional restritiva para o desenvolver das ações, o risco de aprisionamento de movimentos populares específicos gerando crises para democracia representativa e a apropriação dos conselhos pelo Poder Executivo, além da carência de estudos avaliativos sobre a efetividade participativa (JUNGLOS *et al.*, 2019; ROCHA, *et al.*, 2020).

Para que o controle social na saúde seja efetivado, é necessário o fortalecimento das ações base instituídas nas resoluções vigentes, onde estas instâncias tenham a sua criação e manutenção garantidas como espaços fundamentais para o acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde dos seus municípios (DA SILVA *et al.*, 2012). A não padronização de adequabilidade dos conselhos de saúde do estado do Maranhão, demonstrado nesta pesquisa, mostra que são inúmeros os desafios a serem superados no que se refere ao atendimento a legislação vigente, colocando o Controle Social como prioridade, que deve ser constantemente discutido e aprimorado dentro destas instâncias colegiadas.

Portanto, torna-se essencial conhecer as pluralidades de cada região do Estado, colocando os resultados encontramos em pautas de discussão dentro dos Conselhos de Saúde, no sentido de identificar as principais fragilidades e desenvolver um planejamento sistematizado para o alcance de melhorias reais e com impactos positivos à vida da comunidade. Além disso, é essencial o exercer fiscalizatório dos órgãos competentes, responsáveis por acompanhar, avaliar e cobrar destes espaços quanto ao seu papel, instituindo quando necessário, as sanções cabíveis diante da ausência no atendimento a legislação vigente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Cristina Caetano De *et al.* Estrutura normativa dos conselhos de saúde: a participação social em termos de regras. [s. l.], 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle democrático do SUS. **Ministério da Saúde**, [s. l.], n. 2, p. 28, 2013. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br

BRASIL. Lei nº 8142, 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.**, Brasil, 1990.

BRASIL. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. [s. l.], 2003.

BRASIL. **Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992 Conselho Nacional de Saúde**, [S. l.: s. n.], 1992. p. 4. Disponível em: https://doi.org/10.20595/jjbf.19.0_3

BRASIL. Resolução n.º 453, de 10 de maio de 2012. **Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**, [s. l.], 2012.

BUSANA, J.A.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; NITSCHKE, R.G.; THOLL, A.D.; DURAND, M.K.; MENEGAT, R.P. Participação popular, controle social e organização em conselhos de saúde: revisão integrativa. [s. l.], n. 11, 2021.

CNS. Planilha SiacsBr - Dados dos CES e CMS - Base Siacs atualizado até 27/11/2017. [s. l.], 2017. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/demonstrativo.html

CNS. Relatório Final Da 10ª Conferência Nacional “ Sus - Construindo Um Modelo De Atenção À. [s. l.], 1996.

COELHO, Juliana Sousa. Building social participation on the Brazilian Health System: A constant rethinking that seeks fairness and transformation. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. SUPPL. 1, p. 138–151, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social Fio Cruz**. [S. l.: s. n.], 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, [s. l.], n. 1994, p. 111–138, 2006.

DA SILVA, Lucilane Maria Sales *et al.* Análise da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. SUPPL. 1, p. 117–125, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500010>

DURÁN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Silvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 884–896, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300012>

GOMES¹, Ana Carolina de Sousa *et al.* O papel das ouvidorias e dos conselhos de saúde no sus : uma revisão integrativa de literatura. [s. l.], v. 08, p. 140–161, 2017.

IBGE. **Resultados do censo 2010**. [S. l.: s. n.], 2010.

JUNGLOS, Carlos *et al.* ARTIGO ORIGINAL MOTIVAÇÕES , IMPORTÂNCIA , DESAFIOS E PERPECTIVAS DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE. **Cogitare enferm.**, [s. l.], 2019.

LIMA, Dartel Ferrari de; LIMA, Lohran Anguera. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução n.º 453/2012. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. 115, p. 1168–1176, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711514>

LÚCIA, Maria; BOSI, Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1561–1569, 2002.

MANOROV, Maraisa *et al.* Bases legais do SUS no conselho municipal: um desafio para efetivar a gestão participativa na saúde. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, [s. l.], v.

14, n. 25, p. 61, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n25p61>

MARANHÃO. **Plano Estadual de Saúde PES 2016-2019**. São Luis: [s. n.], 2019.

MIWA, Marcela Jussara. A presença invisível dos conselhos locais de saúde The invisible presence of local health councils. [s. l.], p. 411–423, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170049>

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 795–806, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000300015>

ROCHA, ARLINDO CARVALHO; RONCONI, LUCIANA FRANCISCO DE ABREU; MENEZES, ELAINE CRISTINA DE OLIVEIRA; DEBETIR, Emiliana. Coprodução em debate: as experiências dos conselhos de saúde e de segurança pública de Florianópolis. [s. l.], 2019.

ROCHA, MARICÉLIA BRAGA, JUNIOR, DIANE COSTA MOREIRA, BISPO, José Patrício. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho Health councils and participatory effectiveness: a performance assessment study Consejo de salud y efectividad participativa: estudio sobre la evaluación de desempeño. [s. l.], v. 36, n. 1, p. 1–13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241718>

ROCHA, Elisama Nascimento *et al.* O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 37, n. 96, p. 104–111, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000100012>

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 37, n. 96, p. 139–147, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>

SHIMIZU, Helena Eri; DE MOURA, Luciana Melo. As representações sociais do controle social em saúde: Os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 1180–1192, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015136180>

SHIMIZU, Helena; HUELVA, Enrique. **planejamento e gestão participativa em saúde**. Editora Uned. Brasília: [s. n.], 2018.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes *et al.* Conselhos de Saúde: Efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 621–632, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232006000300011>

VENTURA, Carla Aparecida Arena *et al.* Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 21, n. 63, p. 907–920, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0941>.

VIEIRA, Mauro; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 27, n. 12, p. 2315–2326, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200004>.

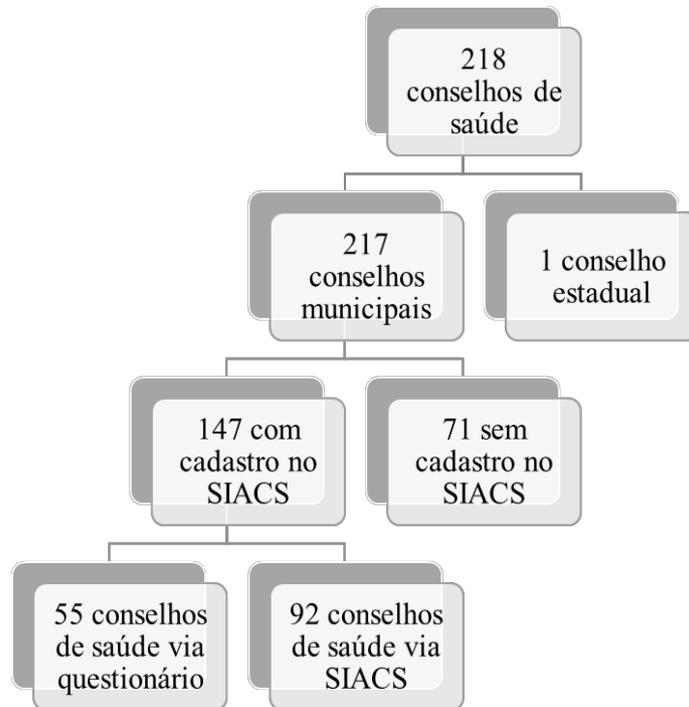
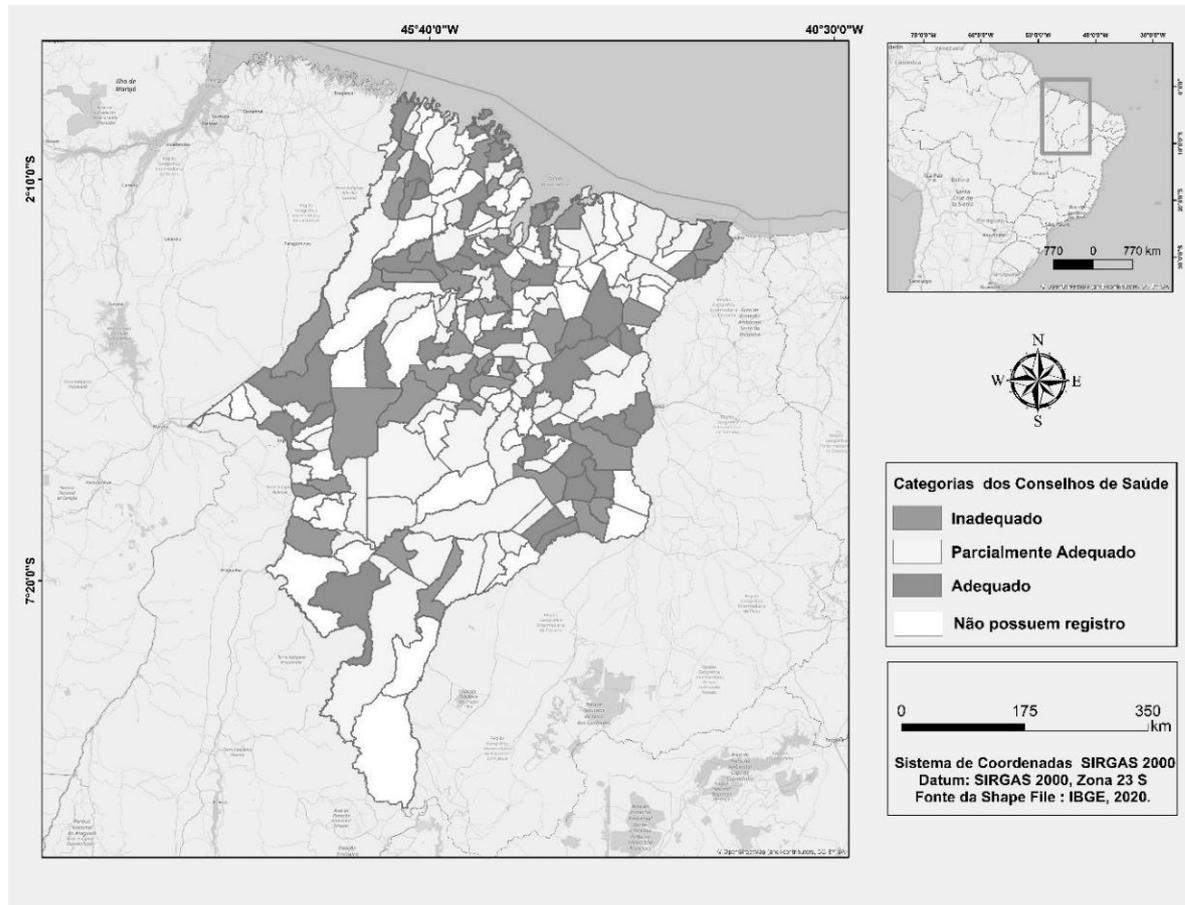
FIGURAS E TABELAS**Figura 1:** Delineamento para coleta de dados

Figura 2: Distribuição espacial dos conselhos avaliados



Quadro 1: Disposição das variáveis conforme coleta primária e secundária

Coleta de dados primária	Coleta de dados secundária
Coletadas exclusivamente via questionário	Coletadas via questionário e cadastro no SIACS
<p>Representação: qual a sua função do respondente dentro do Conselho de Saúde do seu município; representação do presidente do conselho; entidade que o presidente representa; representação do vice-presidente do conselho; entidade que o vice-presidente representa; Entidades religiosas dos vice-presidentes.</p> <p>Características estruturais: Se não possuir sede própria, onde funciona as instalações desse conselho.</p> <p>Perfil da composição: quais critérios são utilizados para escolha do grupo que representa os usuários; como se dá a composição dos Conselhos (presidente da</p>	<p>Representação: representações e tipos de entidades dentro da composição dos Conselhos; número de conselheiros titulares e suplentes que compõe cada conselho.</p> <p>Conhecimento sobre a organização do Conselho: data de criação; número e ano da lei que cria o conselho; data da última eleição da mesa diretora do seu respectivo conselho; duração do mandato da mesa diretora; a existência de regimento interno e outras resoluções no Conselho.</p> <p>Características estruturais: possui sede própria e recursos facilitadores para o seu</p>

<p>mesa diretora; vice-presidente da mesa diretora; 1º secretário/a da mesa diretora; 2º secretário/a da mesa diretora); como ocorre a escolha da mesa diretora.</p> <p>Características organizacionais/deliberativas: como ocorre a convocação para reuniões e frequência de cancelamentos em razão de ausência de quórum; periodicidade de participação em conferências e eventos a níveis locais, estaduais, regionais e nacionais; a existência e operacionalização de sistema próprio para recebimento de denúncias e quais estratégias o Conselho possui frente as demandas registradas.</p> <p>Características financeiras: executa sua previsão orçamentária conforme previsto.</p>	<p>funcionamento, tais como: computadores, impressoras, acesso à internet e telefones celulares.</p> <p>Perfil da composição: número de representações de gestores, usuários e profissionais de saúde e as entidades que representam cada categoria</p> <p>Características organizacionais/deliberativas: última eleição da mesa diretora do conselho e segundo o SIACS a data da sua última recomposição; qual duração do mandato da mesa diretora; existência regimento interno; Conselho possui outras normas ou resoluções; realização de eventos voltados a capacitação dos seus membros; a existência de grupos técnicos (comissões) de trabalho, bem como as características destes grupos;</p> <p>Características financeiras: está amparado por orçamento próprio ou possui orçamento vinculado à secretaria de saúde.</p>
---	--

Quadro 2: Score de avaliação em adequado, parcialmente adequado e não adequado dos conselhos de saúde.

Dimensões	Variáveis	Parâmetros de avaliação dos conselhos	Pontuação
Representação	Paritária	Sim	2
		Não	1
Conhecimento sobre a organização do Conselho	Número e ano da lei que cria o conselho	Informação completa (Número da lei e ano)	2
		Não informado	1
	Regimento interno	Sim	2
		Não	1
	Outras resoluções ou normativas	Sim	2
		Não	1
Características estruturais	Possui sede própria	Sim	2
		Não	1
	Recursos tecnológicos disponíveis	Computador, impressora e acesso a internet	2
		Não dispõe de computador, impressora e internet	1
Características organizacionais/deliberativas	Duração do mandato da mesa diretora	2 anos exatos	2
		Inferior ou acima de 2 anos	1
	Existência de grupos técnicos (comissões)	Sim	2
		Não	1

	de trabalho no conselho		
Características financeiras	Orçamento vinculado à secretaria de saúde	Não	2
		Sim	1

Tabela 1. Características de identificação dos Conselhos de Saúde (resposta ao questionário). Maranhão. 2020.

Variáveis	N	%
Resposta ao questionário		
Presidente	31	56,36
Vice-presidente	4	7,27
Secretário Executivo	20	36,36
Seguimento do presidente		
Gestor	18	32,73
Usuário	15	27,27
Trabalhadores	22	40,00
Seguimento do vice-presidente		
Gestor	12	21,82
Usuário	21	38,18
Trabalhadores	22	40,00
Como ocorre a convocação para reuniões		
O Conselho tem um cronograma fixo de reuniões ordinárias	48	87,27
Conforme aparece pauta	7	12,73
Divulgação de pautas das reuniões ordinárias		
Envio de ofício para a entidade	39	70,91
Contato telefônico com os conselheiros	32	58,18
Mensagens via aplicativo de conversa (WhatsApp)	47	85,45
Outros	1	1,82
Frequência, no último ano, de ausência de quórum para realização de reuniões		
Não houve cancelamento de reuniões no último ano	16	29,09
Entre 1 e 2 vezes ao ano	17	30,91
Entre 3 e 4 vezes ao ano	14	25,45
Entre 5 e 6 vezes ao ano	3	5,45
Mais de 6 vezes ao ano	5	9,10
Possui sistema de recebimento de denúncias		
Sim	32	58,18
Não	23	41,82
Execução de previsão orçamentária conforme planejado		
Sim	17	30,91
Não	38	69,09

Tabela 2. Perfil da composição dos Conselhos de Saúde (média do número de representantes dos usuários, trabalhadores e da gestão). Maranhão. 2020.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Min	Max
Representantes dos usuários	7,13	3,525	1	22
Representante dos trabalhadores da saúde	3,85	2,299	1	16
Representantes da gestão	3,79	1,795	1	11

Tabela 3. Perfil da composição dos Conselhos de Saúde: tipo e quantidade de entidades que compõe o seguimento dos usuários. Maranhão. 2020.

Variáveis	N	%
Entidades que compõem o seguimento dos usuários		
Pastoral da família / criança / idoso / juventude	40	28,69
Sindicatos	107	74,85
APAE	9	6,30
Demais associações e fundações	114	79,75
Organizações religiosas	109	76,24
Outros	18	12,60
Quantidade de entidades		
Até 6	93	65,97
Acima de 6	48	34,06
Tipo de organização religiosa		
Igreja Católica	80	65,67
Igreja evangélica	82	67,39
Outros	23	18,86

Tabela 4. Classificação de adequação dos conselhos. Maranhão. 2020.

Situação	Pontuação	N	%
Adequado ≥ percentil 75	≥ 15 pontos	47	31,97
Parcialmente adequado < percentil 75 e > percentil 25	13 a 14 pontos	62	42,18
Não adequado ≥ percentil 25	≤ 12 pontos	38	25,85

Tabela 5: Dimensões de avaliação dos Conselhos de Saúde. Maranhão. 2020.

Dimensões			n	%
Representação	Paritária	Sim	113	46,87
		Não	34	23,13
Conhecimento sobre a organização do Conselho	Número e ano da lei que cria o conselho	Informação completa (Número da lei e ano)	126	85,71
		Não informado	21	14,29
	Regimento interno	Sim	69	46,94
		Não	78	53,06
	Outras resoluções ou normativas	Sim	29	19,27
		Não	118	80,27
Características estruturais	Possui sede própria	Sim	51	34,69
		Não	96	65,31
	Recursos tecnológicos disponíveis	Computador, impressora e acesso a internet	88	59,86
		Não dispõe de computador, impressora e internet	59	40,14
Características organizacionais/ deliberativas	Duração do mandato da mesa diretora	2 anos exatos	112	76,19
		Inferior ou acima de 2 anos	35	23,81
	Existência de grupos técnicos (comissões) de trabalho no conselho	Sim	49	33,33
		Não	98	66,67
Características financeiras	Orçamento vinculado à secretaria de saúde	Sim	89	61,38
		Não	56	38,62

Tabela 6: Coeficiente de correlação de Pearson (R) entre a pontuação dos conselhos e variáveis sociodemográficas. Maranhão. 2020.

	Pontuação dos conselhos	População estimada	Quantidade de estabelecimentos de saúde	Mortalidade infantil	PIB	Esgotamento sanitário	IDH
Pontuação dos conselhos	1						
População estimada	0,248 p = 0,002	1					
Quantidade de estabelecimentos de saúde	0,284 p > 0,001	0,753 p > 0,001	1				
Mortalidade infantil	- 0,073 p = 0,377	- 0,049 p = 0,558	- 0,092 p = 0,269	1			

PIB	0,003 p = 0,970	0,071 p = 0,389	0,389 p = 0,456	0,021 p = 0,795	1		
Esgotamento sanitário	0,251 p = 0,002	0,463 p > 0,001	0,438 p > 0,001	- 0,138 p = 0,096	-0,018 p = 0,822	1	
IDH	0,127 p = 0,123	- 0,017 p = 0,830	- 0,033 p = 0,684	- 0,116 p = 0,162	0,010 p = 0,901	0,121 p = 0,145	1

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Cristina Caetano De *et al.* Estrutura normativa dos conselhos de saúde: a participação social em termos de regras. [s. l.], 2019.

BEZERRA, B.R.R. Patrimonialismo e Pobreza: Aproximações entre Estrutura Política e Realidade Social no Maranhão no Início do Século XXI. **InterEspaço: Revista de Geografia e Interdisciplinaridade**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 191–211, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18766/2446-6549/interespaco.v1n1p191-211>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle democrático do SUS. **Ministério da Saúde**, [s. l.], n. 2, p. 28, 2013. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br

BRASIL. Lei nº 8142, 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.**, Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. **Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.**, Brasil, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. **Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**, [s. l.], 2013a.

BRASIL. PARTICIPAÇÃO POPULAR E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: as conferências estaduais de saúde do Maranhão e a participação das entidades do movimento negro. **Portaria Interministerial no- 10, de 11 de julho 2013 Regulamenta o Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, que instituiu o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS).**, [s. l.], p. 2013, 2013b.

BRASIL. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. [s. l.], 2003.

BRASIL. **Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992 Conselho Nacional de Saúde**, [S. l.: s. n.], 1992. p. 4. Disponível em: https://doi.org/10.20595/jjbf.19.0_3

BRASIL. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. **Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**, [s. l.], 2012b.

BUSANA, J.A.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; NITSCHKE, R.G.; THOLL, A.D.; DURAND, M.K.; MENEGAT, R.P. Participação popular, controle social e organização em conselhos de saúde: revisão integrativa. [s. l.], n. 11, 2021.

CABRAL, Eloisa Helena de Souza. **TERCEIRO SETOR - Gestão e controle social - ELOISA HELENA DE SOUZA CABRAL - Google Livros**. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang_pt&id=AD9nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=origem+do+terceiro+setor&ots=vN7ODxSU55&sig=EUXbeSfsBZIGf41IZ8MATkadTrQ#v=onepage&q&f=false

CAZAL, Mariana De Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde : (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social Municipal Health Council : (re) thinking the gap between the institutional pattern and the space of

- social participation. [s. l.], p. 2437–2445, 2010. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>
- CNS. Planilha SiacsBr - Dados dos CES e CMS - Base Siacs atualizado até 27/11/2017. [s. l.], 2017. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/demonstrativo.html
- CNS. Relatório Final Da 10ª Conferência Nacional “ Sus - Construindo Um Modelo De Atenção À. [s. l.], 1996.
- COELHO, Juliana Sousa. Building social participation on the Brazilian Health System: A constant rethinking that seeks fairness and transformation. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. SUPPL. 1, p. 138–151, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>
- CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social Fio Cruz**. [S. l.: s. n.], 2009.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, [s. l.], n. 1994, p. 111–138, 2006.
- COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: A (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 419–438, 2009.
- CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena; SILVA, Alessandra Ximenes Da. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, p. 683–688, 2007.
- DA SILVA, Lucilane Maria Sales *et al.* Análise da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. SUPPL. 1, p. 117–125, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500010>
- DE ARAÚJO DIAS, Maria Socorro *et al.* Judicialização da saúde pública brasileira. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v6i2.4012>
- DURÁN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Silvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 884–896, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300012>
- FADEL, Cristina Berger; SCHNEIDER, Luciana. Administração pública : o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil *. [s. l.], v. 43, n. 2, p. 445–456, 2009.
- GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 1670–1681, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2004000600026>
- GOMES, Angela Maria *et al.* Reflections and collective production about being a municipal health counselor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, n. suppl 1, p. 496–504, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0369>
- GOMES1, Ana Carolina de Sousa *et al.* O papel das ouvidorias e dos conselhos de saúde no sus : uma revisão integrativa de literatura. [s. l.], v. 08, p. 140–161, 2017.
- GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe De Oliveira. A gestão em saúde: nexos

entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 14, n. 34, p. 633–645, 2010. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000013>

IBGE. **Resultados do censo 2010**. [S. l.: s. n.], 2010.

IPEA. **Radar IDHM : evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017**. 1. ed. Brasília: [s. n.], 2019.

JUNGLOS, Carlos *et al.* ARTIGO ORIGINAL MOTIVAÇÕES , IMPORTÂNCIA , DESAFIOS E PERPECTIVAS DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE. **Cogitare enferm.**, [s. l.], 2019.

KEINERT, Tania Margarete Mezzomo; OLIVEIRA, Virgílio César da Silva e. Participação social em saúde no Brasil: produção técnico-científica entre 1990-2014 e sugestão de agenda de pesquisa. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, [s. l.], v. 23, n. 75, p. 194–214, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12660/cgpc.v23n75.69716>

KRUGER, Tânia Regina; OLIVEIRA, Andréia. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 57, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.18621>

LEITE, Valéria Rodrigues; LIMA, Kenio Costa; VASCONCELOS, Cipriano Maia de. Financiamento , gasto público e gestão dos recursos em saúde : o cenário de um estado brasileiro Funding , public spending and management of health resources : the current situation in a Brazilian State. **Ciencia & saude coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 7, p. 1849–1856, 2012.

LIGUORI, Guido. O Pensamento De Gramsci Na Época Da Mundialização. **Revista Novos Rumos**, [s. l.], n. 32, p. 4–15, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/0102-5864.15.v0n32.1895>

LIMA, Dartel Ferrari de; LIMA, Lohran Anguera. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. 115, p. 1168–1176, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711514>

LISBOA, Edgar Andrade *et al.* Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 679–698, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00013>

LÚCIA, Maria; BOSI, Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1561–1569, 2002.

LUIS, Andre *et al.* Regionalização no SUS : processo de implementação , desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema Regionalization in the SUS : implementation process , challenges and perspectives in the critical view of system managers. **Ciênc. saúde colet.** **22 (4) Abr 2017**, [s. l.], p. 1155–1164, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>

LUIS, André *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação : possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, p. 901–911, 2012.

MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. TT - [National planning of health policy in

Brazil: strategies and instruments in the 2000s]. **Cien Saude Colet**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 2367–2382, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232010000500012%5Cnhttp://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232010000500012

MANOROV, Maraisa *et al.* Bases legais do SUS no conselho municipal: um desafio para efetivar a gestão participativa na saúde. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, [s. l.], v. 14, n. 25, p. 61, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n25p61>

MARANHÃO. **Plano Estadual de Saúde PES 2016-2019**. São Luis: [s. n.], 2019.

MARIA, Telma; MENICUCCI, Gonçalves; COSTA, Luciana Assis. Pacto pela saúde : aproximações e colisões na arena federativa Health pact : approaches and collisions in the federal arena. [s. l.], p. 29–40, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.17902015>

MINISTÉRIO DA SAÚDE RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012. [S. l.: s. n.], [s. d.].

MIWA, Marcela Jussara. A presença invisível dos conselhos locais de saúde The invisible presence of local health councils. [s. l.], p. 411–423, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170049>

MORAES, Jinadiene da Silva Soares. A POLÍTICA DE SAÚDE NA ATUALIDADE : desafios à consolidação do sus. [s. l.], 2017.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 795–806, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000300015>

MOREIRA, Rasga *et al.* A democratização dos Conselhos de Saúde. [s. l.], 2006.

PAULO, De São *et al.* Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado. [s. l.], 2011.

PEREIRA, Ilma de Paiva *et al.* O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. **Ciencia & saude coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 1767–1776, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16552017>

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálisis**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 324–335, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>

ROCHA, ARLINDO CARVALHO; RONCONI, LUCIANA FRANCISCO DE ABREU; MENEZES, ELAINE CRISTINA DE OLIVEIRA; DEBETIR, Emiliana. Coprodução em debate: as experiências dos conselhos de saúde e de segurança pública de florianópolis. [s. l.], 2019.

ROCHA, MARICÉLIA BRAGA, JUNIOR, DIANE COSTA MOREIRA, BISPO, José Patrício. Conselho de saúde e efetividade participativa : estudo sobre avaliação de desempenho Health councils and participatory effectiveness : a performance assessment study Consejo de salud y efectividad participativa : estudio sobre la evaluación de desempeño. [s. l.], v. 36, n. 1, p. 1–13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241718>

ROCHA, Elisama Nascimento *et al.* O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 37, n. 96, p. 104–111, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000100012>

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 37, n. 96, p. 139–147, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>

ROSA, W; Almeida. A erosão da participação social institucionalizada em tempos de crise da democracia liberal : a reformulação do conselho nacional de combate à. [s. l.], p. 1–21, 2020.

SANTOS, Jamilli Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 40, n. 108, p. 219–230, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080018>

SHIMIZU, Helena Eri; DE MOURA, Luciana Melo. As representações sociais do controle social em saúde: Os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 1180–1192, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015136180>

SHIMIZU, Helena; HUELVA, Enrique. **planejamento e gestão participativa em saúde**. Editora Uned. Brasília: [s. n.], 2018.

SOUSA, Antonio Abelardo De. O controle social e o empoderamento do sus: o Direito à Saúde promovendo cidadania. [s. l.], p. 119–128, 2010.

SUS, System; MARIA, Telma; MENICUCCI, Gonçalves. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde 1 The performance of the cities in the Health Pact in the scope of the federative relations of the Brazilian National Health. [s. l.], p. 348–366, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170844>

VAN STRALEN, Cornelis Johannes *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 621–632, 2006a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232006000300011>

VAN STRALEN, Cornelis Johannes *et al.* Conselhos de Saúde: Efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 621–632, 2006b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232006000300011>

VENTURA, Carla Aparecida Arena *et al.* Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 21, n. 63, p. 907–920, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0941>

VIEIRA, Mauro; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 27, n. 12, p. 2315–2326, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200004>

ZAMBON, Vera Dib; OGATA, Márcia Niituma. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 66, n. 6, p. 921–927, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000600017>

APÊNDICE A – CARTAZ DIGITAL

CONTROLE SOCIAL NO ESTADO DO MARANHÃO

Diante do atual contexto de desconstrução de todo o sistema de saúde, o CONTROLE SOCIAL pode estar ameaçado.

A Universidade Federal do Maranhão está realizando uma pesquisa para colaborar com a melhoria na estruturação dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão.

A SUA PARTICIPAÇÃO É FUNDAMENTAL

Podemos contar com você?

 **WHATSAPP**
 **E-MAIL**

 **RESPONDA A PESQUISA**


 **CLIQUE PARA INTERAGIR**


Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva UFMA

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Município: _____

1.2 Presidente: _____

Qual sua representação? () usuário () profissional da saúde () gestor de saúde

Escreva qual entidade você representa: _____

1.3 Vice – Presidente: _____

Qual sua representação? () usuário () profissional da saúde () gestor de saúde

Escreva qual entidade você representa: _____

1.4 Número de Conselheiros titulares que tem no seu conselho: _____

1.5 Número de Conselheiros suplentes que tem no seu conselho: _____

1.5 Data de criação do conselho: ____/____/____

1.6 Número e ano da Lei que cria o conselho: _____

1.7 Esse conselho possui sede própria () Sim () Não

1.8 Se não possuir sede própria, onde funciona as instalações desse conselho?

1.9 Quanto a estrutura desse conselho, marque as opções abaixo:

() Computador

() Impressora

() Internet

() Telefone fixo

() Telefone celular

() Telefone celular com acesso à internet

() Ar condicionado

() Mesa para reuniões

() Armários

() cadeiras

2 – REPRESENTAÇÕES

2.1 Número de representantes dos usuários: _____

2.2 Número de representantes dos profissionais da saúde: _____

2.2 Número de representantes da gestão: _____

2.4 Escreva quais entidades compõe o seguimento dos usuários:

2.5 Quais critérios de escolha foram utilizados para o grupo que representa os usuários?

() São as entidades que temos no município/estado

() Não há critérios definidos no município/estado

() A entidade pediu para participar do conselho

() Temos eleição para a escolha da entidade

() Não sei responder

() outros: _____

2.6 Escreva quais entidades compõe o seguimento dos profissionais:

2.7 Quais critérios de escolha foram utilizados para o grupo que representa os profissionais?

- () São as entidades que temos no município/estado
 () Não há critérios definidos no município/estado
 () A entidade pediu para participar do conselho
 () Temos eleição para a escolha da entidade
 () Não sei responder
 () outros: _____

2.8 Cite os cargos que são ocupados pelo seguimento dos gestores (ex: Coordenação de atenção básica, vigilância em saúde, diretor de hospital, dentre outros):

2.9 Qual a data da última eleição da mesa diretora desse conselho: _____ / _____ / _____

2.9.1 Qual duração do mandato da mesa diretora? () 1 ano () 2 anos () 3 anos () 4 anos

3 – NORMAS INTERNAS

3.1 O Conselho possui regimento interno? () Sim () Não

3.2 Caso haja regimento, qual a data de sua última atualização? _____ / _____ / _____

3.3 O conselho possui outras normas ou resoluções? () Sim () Não

3.4 Se sim, quais? _____

3.5 Como é a composição da mesa diretora do conselho?

Presidente da mesa diretora: () usuário () profissional da saúde () gestor

Vice-presidente da mesa diretora: () usuário () profissional da saúde () gestor

1º Secretário/a da mesa diretora: () usuário () profissional da saúde () gestor

2º Secretário/a da mesa diretora: () usuário () profissional da saúde () gestor

3.5 Como ocorre a escolha da mesa diretora?

() Há candidatura voluntária e os conselheiros votam de forma aberta

() Há candidatura voluntária e os conselheiros votam de forma secreta

() A indicação dos candidatos é feita pelo presidente e os conselheiros votam de forma aberta

() A indicação dos candidatos é feita pelo presidente e os conselheiros votam de forma fechada

() A indicação dos candidatos é feita pela plenária e os conselheiros votam de forma aberta

() A indicação dos candidatos é feita pela plenária e os conselheiros votam de forma fechada

() Outros: _____

4 – ORGANIZAÇÃO DE REUNIÕES

4.1 Como ocorre a convocação para reuniões?

() Conforme aparece pauta

() O Conselho tem um cronograma fixo de reuniões ordinárias

4.2 Como ocorre a convocação para as reuniões ordinárias? (pode marcar mais de uma opção)

() Envio de ofício para a entidade

() Contato telefônico com os conselheiros

() Mensagens SMS

() Mensagens individuais de aplicativos de celular (whatsapp)

() Mensagens de grupos de conversa (whatsapp)

() E-mail

() _____) outros, Quais?

4.3 Com que frequência, no último ano, não houve quórum para realização de reuniões?

() Não houve cancelamento de reuniões no último ano

() Entre 1 e 2 vezes ao ano

() Entre 3 e 4 vezes ao ano

() Entre 5 e 6 vezes ao ano

() Mais de 6 vezes ao ano

5 – REALIZAÇÕES E PARTICIPAÇÃO EM CONFERENCIAS

5.1 – Nos últimos 4 anos, esse conselho enviou algum delegado para participar de conferências de saúde:

() Estadual

() Nacional

5.2 - Nos últimos 4 anos, quantas conferências foram realizadas com apoio desse conselho, não incluindo a conferência municipal de saúde? (Ex: Conferência de saúde da mulher, do idoso, do trabalhador, da criança etc)

() 0

() 1

() 2

() 3

() 4 ou mais

5.2 Quais foram as temáticas dessas conferências? _____

5.3 Esse Conselho participou, enviando algum representante ou delegado, de outras conferências Nacionais ou Estaduais? (Ex: Conferência de saúde da mulher, do idoso, do trabalhador, da criança etc)

() Sim () Não

5.3 Se sim, quais? _____

5.4 Qual a data da última conferência de saúde realizada por esse conselho? _____ / _____ / _____

6 – EDUCAÇÃO PERMANENTE

6.1 Nos últimos 4 anos esse conselho realizou alguma capacitação, treinamento, formação por iniciativa própria?

() Sim () Não

6.2 Se sim, quais temáticas? _____

6.3 Nos últimos 4 anos foi ofertado à esse conselho alguma capacitação, treinamento ou formação por iniciativa de outras instituições?

() Sim () Não

6.4 Se sim, quais temáticas? _____

6.5 Se sim, a capacitação, treinamento ou formação foi realizada no próprio conselho?

() Sim () Não

7 – ATUAÇÃO

7.1 Esse conselho possui grupos técnicos (comissões) de trabalho? () Sim () Não

7.2 Se sim, quantos e quais são esses grupos? _____

7.3 Esse conselho possui algum sistema de recebimento de denúncias? () Sim () Não

7.4 Se sim, qual o contato?

7.5 Esse conselho possui algum sistema de averiguação de denúncias? () Sim () Não

7.6 Se sim, como é realizado? _____

8 – ORÇAMENTO

8.1 Esse conselho possui orçamento vinculado à secretaria de saúde? () Sim () Não

8.2 Esse conselho tem executado sua previsão orçamentária conforme previsto? () Sim ()

Não

8.3 Se não, quais dificuldades? _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa pretende conhecer o perfil dos conselhos de saúde no estado do Maranhão. Os conselhos atuam também 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, sendo assim é imprescindível conhecer como esses conselhos se organizam.

É importante ressaltar que o conselho no qual você representa não sofrerá nenhum tipo de dano ou agravo gerado pela pesquisa e sua participação se dará de modo voluntário sem o recebimento de nenhum tipo de pagamento.

Durante todo o período da pesquisa esse conselho tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a pesquisadoras: Judith Pinho e Ana Carolina (98) 991949790 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Esse conselho tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Serão também utilizadas imagens sem que haja identificação do voluntário e com autorização prévia do mesmo.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Autorização:

O conselho de saúde _____, através de seu representante, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas,

acredito estar suficientemente informado, ficando claro que essa participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto explico minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Li e concordo com o termo de consentimento

Não concordo

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento deste seu representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura de uma testemunha

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA COLETA DE DADOS**TERMO DE ANUÊNCIA**

Tendo sido informado sobre as características da pesquisa **CONTROLE SOCIAL NO ESTADO DO MARANHÃO: PERFIL DOS CONSELHOS**, coordenada pela profa Dra Judith Rafaelle Oliveira Pinho (UFMA) e sobre a necessidade dessa anuência em conformidade com as normas do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa vigente e os compromissos estabelecidos pelos pesquisadores em:

Manter sob sua guarda e sob seu uso exclusivo todos os dados obtidos;

Cumprir as determinações éticas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde;

Assegurar todos os esclarecimentos que se fizerem necessários, antes, durante e depois do curso da pesquisa;

Reconhecer a liberdade do órgão de recusar a participar ou retirar anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou penalidade; e

Garantir que não haverá nenhuma despesa para instituição decorrente da pesquisa.

CONCORDO em colaborar e designo Larissa Vanilla Ferreira Pinheiro, Secretária Executiva do Conselho Estadual da Saúde, para atender as necessidades de informação previstas no estudo considerando o conselho de saúde como campo de pesquisa.

Carlos Eduardo de Oliveira Lula
Secretário de Estado da Saúde
Presidente do Conselho Estadual da Saúde

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão

Pesquisador: Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90328518.4.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.835.442

Apresentação do Projeto:

O controle social em saúde é instituído pela Lei nº 8142/1990, essa mesma lei institui os conselhos e conferências de saúde com instâncias colegiadas que visam garantir esse direito. O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde, porém pouco se conhece sobre sua organização e estrutura no âmbito do Estado do Maranhão. Assim, o objetivo desse estudo é analisar as instâncias de controle social no Estado do Maranhão. Será realizado um estudo híbrido de natureza quanti e qualitativa. Para a análise quantitativa será delineado um desenho ecológico, analítico com os 217 conselhos municipais do estado do Maranhão (CMS/MA) e no Conselho Estadual de Saúde (CES/MA). Para a análise qualitativa utilizara-se a metodologia das representações sociais a partir da evocação livre de palavras. A teoria das representações sociais auxilia na compreensão da realidade social por meio da análise de conhecimentos construídos e manifestos no senso comum (SANT'ANNA, 2012). Com esse estudo espera-se conhecer a realidade dos conselhos de saúde do estado do Maranhão, principalmente no que se refere à influência política de sua composição. O grau de influência política nessa formação influencia diretamente nas decisões locais de saúde, como planejamento e execução orçamentária em um município.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as instâncias de controle social no Estado do Maranhão

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.835.442

Objetivo Secundário:

- Compreender a forma de composição dos conselhos
- Identificar influências políticas na composição dos conselhos
- Mapear a composição da mesa diretora dos conselhos no estado do Maranhão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo, por se tratar de um desenho ecológico, que analisará o funcionamento dos conselhos, não traz risco direto à saúde das pessoas, pode-se ter como um risco ou viés o envolvimento político dos representantes desses órgãos.

Benefícios:

Os benefícios desse estudo se relacionam à gestão em saúde, conhecer o funcionamento de conselhos é conhecer a estrutura organizacional de um sistema de saúde local.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1097657.pdf	15/05/2018 16:37:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	controle_social_CEP.docx	15/05/2018 16:32:25	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DE_LIBERACAO_CES.jpg	15/05/2018 16:30:00	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 85.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.835.442

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CES.docx	15/05/2018 16:29:04	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declara_UFMA.pdf	24/04/2018 15:55:19	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CEP.pdf	26/03/2018 15:55:45	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_CEP.pdf	26/03/2018 15:12:53	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 22 de Agosto de 2018

Assinado por:

**Flávia Castello Branco Vidal Cabral
(Coordenador)**