

# Aspectos de funcionamento e infraestrutura dos Conselhos de Saúde a partir do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

*Marcela Gomes Ferreira*

Pós-graduada em Fisioterapia em Terapia Intensiva, Mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Contato: marcelagf.fisio@gmail.com.

*Daniela Alba Nickel*

Doutora em Saúde Coletiva, Docente no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina. Contato: danielanspb@gmail.com.

## Resumo

O objetivo do estudo foi verificar o registro dos dados e descrever aspectos de funcionamento e infraestrutura dos conselhos de saúde nas regiões do Brasil. Trata-se de um estudo transversal descritivo, com a utilização de dados secundários do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) de 2012 a 2017. Foi realizada uma análise descritiva quanto à situação paritária, existência de sede própria, dotação orçamentária, capacitação dos conselheiros e tipo de acesso à internet dos conselhos municipais e estaduais de saúde. Para organização dos dados, utilizou-se o *Microsoft Excel*. O total de conselhos de saúde é de 5.631, desses 82,7% estão cadastrados no sistema. Quanto à infraestrutura e funcionamento dos conselhos de saúde, a maioria não possui sede própria e dotação orçamentária, o que traz preocupação quanto à sua autonomia. Em todas as regiões, aproximadamente 38% dos conselhos municipais relatam não realizar a capacitação de seus conselheiros. 74% dos conselhos municipais têm acesso à internet banda larga. Existem desafios relacionados a esse sistema de informação, como a necessidade de incentivo para o cadastramento e atualização dos dados dos conselhos, bem como o formato de extração das informações.

**Palavras-chave:** Conselhos de Saúde. Sistemas de informação em saúde. Acesso à Informação.

## ORGANIZATIONAL AND INFRASTRUCTURE OF HEALTH COUNCILS THROUGH THE HEALTH COUNCIL FOLLOW-UP SYSTEM DATA (SIACS)

### Abstract

The aim of the study was to verify the data records and to describe aspects of the functioning and infrastructure of health councils in the regions of Brazil. This is a cross-sectional descriptive study, using secondary data from the Health Council Follow-up System (SIACS) from 2012 to 2017. A descriptive analysis was carried out regarding the parity situation, existence of workplace, budget allocation, counselors training, and type of internet access by municipal and state health councils. Microsoft Excel was used to organize the data. The total number of health councils is 5.631, of which 82,7% are registered in the system. Regarding the infrastructure and functioning of health councils, the vast majority do not have a workplace and budget allocation, which raises concerns about their autonomy. In all regions, approximately 38% of municipal councils do not train their councilors. A percentage of 74% of municipal health councils have access to broadband internet. There are challenges related to this information system, such as the need to encourage the registration and updating of council data, as well as the format for extracting information.

**Keywords:** Health Councils. Health information systems. Access to information.

## Introdução

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é considerada um momento histórico para a democratização, pois a partir dela houve maior visibilidade da discussão sobre a concepção ampliada da saúde, sendo a saúde compreendida como resultante das condições sociais e como direito da população. Foi a primeira conferência na qual houve abertura para participação da comunidade, refletindo o momento de intensa batalha política pela democratização da saúde, na qual o movimento de reforma sanitária brasileiro trouxe à tona seus ideais para a reestruturação da saúde, e foram estabelecidas as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS) (ORTIZ; LEVITTE, 2017).

O controle social, no sentido de a sociedade civil exercer controle sobre as ações do Estado e a participação da comunidade nas políticas públicas, esteve presente como preceito fundamental para um Estado democrático que estava sendo gestado naquele momento (BITENCOURT; BEBER, 2015).

Posteriormente à Constituição de 1988, a participação da comunidade foi definida como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assegurada pela Lei Federal nº 8.142/90. A legislação assegura duas formas institucionalizadas de participação da comunidade: as conferências e os

conselhos de saúde (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

Essas instâncias se constituem como espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes, estrutura, organização e ações relacionadas ao sistema de saúde. Os conselhos de saúde têm caráter permanente e deliberativo, e devem ter composição paritária com representação de 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços (VILAÇA; CAVALCANTE; MOURA, 2019). O seu campo de atuação inclui a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros, sendo as decisões homologadas pelo poder legalmente constituído na esfera correspondente (BRASIL, 1990).

A paridade é essencial na composição dos conselhos para garantir a sua representatividade. No entanto, ela não vinha sendo cumprida, e foi necessário recorrer à expedição de legislações para a sua aplicação (CRUZ, 2011). No “Acórdão nº. 1660/2011”, o Tribunal de Contas da União (TCU) determinou que o Ministério da Saúde em articulação com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) deveriam estabelecer formas de identificar os municípios que não cumpriam as disposições legais quanto à paridade. O repasse de recursos financeiros foi condicionado àqueles es-

tados e municípios cujos conselhos de saúde possuíssem o caráter paritário conforme a Resolução nº 333/2003 (retificada pela Resolução CNS nº 453/ 2012) (BRASIL, 2013, p.4).

Dessa forma, há necessidade de meios para acompanhar e monitorar o funcionamento desses espaços de participação da comunidade, buscando maior transparência de informações. A transparência é considerada fundamental para o controle social, pois quanto mais informações a comunidade têm sobre os órgãos públicos, mais facilitado se torna o seu exercício (ROSA et al., 2016).

Um dos critérios da administração pública é a publicidade de informações, que busca a transparência nos atos do governo, visando maior controle e fiscalização das instâncias públicas, sendo o direito de acesso à informação assegurado pela Lei Federal nº 12.527, de 2011 (OLIVEIRA et al., 2018). Com isso, a utilização de sistemas de informação em saúde (SIS) vem sendo incentivada, porque contribui para a melhoria da qualidade das ações em saúde e a sua transparência. Através desses sistemas ocorrem a coleta, processamento, armazenamento e distribuição informações para a tomada de decisões. Facilitando, dessa maneira, o planejamento, a coordenação de ações, o monitoramento e a avaliação do sistema de saúde (BITTAR et

al., 2018).

Com a finalidade de identificar o cumprimento das disposições normativas de paridade nos conselhos de saúde, foi criado o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) no ano de 2012. A ferramenta serviria para apurar o cumprimento das diretrizes estabelecidas para os Conselhos de Saúde, além de facilitar o acesso a documentos normativos, como leis, decretos e portarias dos conselhos, e de dados relacionados à dotação orçamentária (BRASIL, 2014).

O SIACS é um sistema de informação dos órgãos de controle social da saúde. Tem por objetivo agregar informações e dados dos conselhos municipais e estaduais de saúde. Os membros dos conselhos são os responsáveis pelo preenchimento dos dados e pela atualização periódica deles (BRASIL, 2013).

Apesar de a implementação do SIACS não ser recente, há escassez de estudos relacionados a esse sistema, o que restringe também o conhecimento da situação dos conselhos de saúde no Brasil. O objetivo do presente artigo é verificar o registro dos dados e descrever os aspectos de funcionamento e infraestrutura dos conselhos municipais e estaduais de saúde nas regiões do Brasil, a partir do SIACS.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com a utilização de dados secundários do SIACS. Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenômeno em um determinado momento do tempo, sendo um corte instantâneo que se faz em relação às variáveis que se deseja estudar (HOCHMAN *et al.*, 2005). Quanto aos estudos descritivos, são aqueles em que o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados, sem interferir neles (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O acesso ao sistema se deu pela página “[http://conselho.saude.gov.br/web\\_siacs/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html)”, clicando posteriormente em “demonstrativo” e “Clique para acessar em arquivo Excel”. O banco de dados obtido nesse procedimento aparece em forma de planilhas do *Microsoft Office Excel*®, com todos os dados reunidos, sem opção de refinamento de informações. O sistema possui informações divididas em cinco categorias: (a) dados do Conselho; (b) composição atual; (c) presidente e secretário; (d) funcionamento e infraestrutura; e (e) outros dados.

Foram utilizadas as informações da categoria (b) composição atual e (d) funcionamento e infraestrutura no período de 2012-2017 (data da última atualização: 27/11/2017). Na categoria composição atual foram analisa-

dos os dados da situação paritária dos CMS e CES, segundo as regiões do Brasil. Os itens de funcionamento e infraestrutura (Quadro 1) foram analisados por tipo de conselho (CMS ou CES) e regiões do Brasil. A organização, o processamento dos dados e a sua apresentação descritiva em tabelas ocorreram no software Microsoft Excel® 2007. Os itens II, V e VI da categoria Funcionamento e infraestrutura não aparecem na tabela disponível para download no sistema. Os demais itens têm os valores apresentados nas tabelas dos resultados.

**Quadro 1-** Variáveis da categoria Funcionamento e infraestrutura, SIACS, Brasil, 2012-2017.

<b>Variáveis do item Funcionamento e infraestrutura</b>
I – Existência de sede própria
II– Instalações do Conselho de Saúde pertencentes ao governo municipal/ estadual
III– Existência de dotação orçamentária própria
IV – Realização de capacitação para os conselheiros
V– Itens presentes no Conselho de Saúde: Secretaria executiva estruturada, transporte para o conselho de saúde, computadores, impressora, máquina fotográfica, filmadora, televisão, datashow, tela de projeção e acesso à internet
VI – Número de computadores instalados no Conselho de Saúde
VII– Tipo de acesso à internet

**Fonte:** SIACS, coletado em 05/06/2018.

## Resultados

Segundo o SIACS, havia, até o período da última atualização (27/11/2017), 5569 CMS, 26 CES e 1 conselho do DF, neste estudo considerado como um CES. Destes, estão ca-

dastrados no sistema 4.630 CMS (83%) e 27 CES (100%). A região norte possui 450 municípios, destes 103 (22,8%) não estão registrados no sistema; a região nordeste possui 1794 municípios, destes 365 (20,3%) não estão registrados; a região sudeste possui 1668 municípios e 477 (28,6%) não registrados; a região sul possui 1161 municípios e 64 (5,5%) não registrados; e a região centro-oeste possui 467 municípios e 106 não registrados

(22,7%).

Quanto ao caráter paritário de conselheiros conforme a legislação atual (Resolução CNS nº 453/ 2012), com 50% representativos de usuários, 25% dos trabalhadores da área de saúde e 25% do governo e prestadores de serviços, 21 (78%) dos CES e 3464 (75%) dos CMS declaram estar de acordo com a normativa (Tabela 1).

**Tabela 1-** Situação paritária dos conselhos de saúde, segundo tipo de conselho e região do Brasil, 2012 a 2017.

Região	Situação paritária				Total
	50 25 25 (%)	50 50 (%)	NP (%)	NI (%)	
<b>Norte</b>					
CMS	283 (79,1)	25 (6,9)	41 (11,5)	9 (2,5)	<b>358 (100)</b>
CES	6 (85,7)	0	0	1 (14,3)	<b>7 (100)</b>
<b>Nordeste</b>					
CMS	1170 (79,4)	185 (12,5)	103 (7,0)	16 (1,1)	<b>1474 (100)</b>
CES	7 (0,5) (77,8)	2 (22,2)	0	0	<b>9 (100)</b>
<b>Sudeste</b>					
CMS	955 (77,2)	152 (12,3)	113 (9,1)	17 (1,4)	<b>1237 (100)</b>
CES	3 (75,0)	0	1 (25,0)	0	<b>4 (100)</b>
<b>Sul</b>					
CMS	767 (66,5)	243 (21,1)	132 (11,4)	12 (1,0)	<b>1154 (100)</b>
CES	2 (66,7)	1 (33,3)	0	0	<b>3 (100)</b>
<b>Centro-Oeste</b>					
CMS	289 (71,0)	52 (12,8)	61 (15,0)	5 (1,2)	<b>407 (100)</b>
CES	3 (75,0)	1 (25,0)	0	0	<b>4 (100)</b>
<b>Total CMS</b>	<b>3464 (74,9)</b>	<b>657 (14,2)</b>	<b>450 (9,7)</b>	<b>59 9 (1,2)</b>	<b>4630 (100)</b>
<b>Total CES</b>	<b>21 (77,8)</b>	<b>4 (14,8)</b>	<b>1 (3,7)</b>	<b>1 (3,7)</b>	<b>27 (100)</b>

Fonte: Autoras, SIACS, coletado em 05/06/2018, última atualização: 27/11/2017.

Em relação à sede própria, aproximadamente 70% dos CMS e 37% dos CES de saúde no Brasil não possuem sede própria, sendo que

a região Sul e a Sudeste apresentam o maior percentual (78%; 50%) de CMS e CES sem sede própria, respectivamente (Tabela 2).



**Tabela 2-** Percentual de conselhos de saúde que possuem sede própria, segundo as regiões do Brasil e nível de gestão, 2012 a 2017.

Região	Sede própria			Total
	Sim (%)	Não (%)	NI (%)	
<b>Norte</b>				
CMS	128 (35,8)	219 (61,2)	11 (3,0)	<b>358 (100)</b>
CES	5 (71,4)	2 (28,6)	0	<b>7 (100)</b>
<b>Nordeste</b>				
CMS	499 (33,9)	930 (63,1)	45 (3,0)	<b>1474 (100)</b>
CES	5 (55,6)	4 (44,4)	0	<b>9 (100)</b>
<b>Sudeste</b>				
CMS	277 (22,4)	914 (73,9)	46 (3,7)	<b>1237 (100)</b>
CES	2 (50,0)	2 (50,0)	0	<b>4 (100)</b>
<b>Sul</b>				
CMS	222 (19,2)	905 (78,4)	27 (2,4)	<b>1154 (100)</b>
CES	2 (66,7)	1 (33,3)	0	<b>3 (100)</b>
<b>Centro-Oeste</b>				
CMS	140 (34,4)	255 (62,7)	12 (2,9)	<b>407 (100)</b>
CES	3 (75,0)	1 (25,0)	0	<b>4 (100)</b>
<b>Total CMS</b>	<b>1266 (27,4)</b>	<b>3223 (69,6)</b>	<b>141 (3,0)</b>	<b>4630 (100)</b>
<b>Total CES</b>	<b>17 (63,0)</b>	<b>10 (37,0)</b>	<b>0</b>	<b>27 (100)</b>

Fonte: Autoras, SIACS, coletado em 05/06/2018, última atualização: 27/11/2017.

Para a dotação orçamentária, as regiões que possuem maiores percentuais de conselhos de saúde com orçamento próprio são a região Norte, no caso dos CMS (53%), e a região Nordeste, para os CES (90%). E a região que apresenta os menores percentuais de conselhos de saúde com dotação orçamentária própria é a região Sul, tanto para os CMS (30%) quanto para os CES (33%) (Tabela 3).

**Tabela 3 -** Percentual de conselhos de saúde com dotação orçamentária própria, segundo as regiões do Brasil e nível de gestão, 2012 a 2017.

Região	Dotação orçamentária própria			Total
	Sim (%)	Não (%)	NI (%)	
<b>Norte</b>				
CMS	191 (53,3)	156 (43,6)	11((3,1)	<b>358 (100)</b>
CES	4 (57,1)	3 (42,9)	0	<b>7 (100)</b>
<b>Nordeste</b>				
CMS	541 (36,7)	888 (60,2)	45 (3,1)	<b>1474 (100)</b>
CES	8 (88,9)	1 (11,1)	0	<b>9 (100)</b>
<b>Sudeste</b>				
CMS	383 (31,0)	808 (65,3)	46 (3,7)	<b>1237 (100)</b>
CES	3 (75,0)	1 (25,0)	0	<b>4 (100)</b>
<b>Sul</b>				
CMS	346 (30,0)	781 (67,7)	27 (2,3)	<b>1154 (100)</b>
CES	1 (33,3)	2 (66,7)	0	<b>3 (100)</b>
<b>Centro-Oeste</b>				
CMS	133 (32,7)	262 (64,4)	12 (2,9)	<b>407 (100)</b>
CES	2 (50,0)	2 (50,0)	0	<b>4 (100)</b>
<b>Total CMS</b>	<b>1594 (34,4)</b>	<b>2895 (62,6)</b>	<b>141 (3,0)</b>	<b>4630 (100)</b>
<b>Total CES</b>	<b>18 (66,7)</b>	<b>9 (33,3)</b>	<b>0</b>	<b>27 (100)</b>

Fonte: Autoras, SIACS, coletado em 05/06/2018, última atualização: 27/11/2017.

Na análise da capacitação de conselheiros, em todo Brasil, em torno de 40% dos CMS e 15% de CES registram não realizar capacitação dos conselheiros. Na divisão regional,

os locais que apresentam maior percentual de conselhos que não realizam capacitação são o Nordeste, que apresenta 45% para os CMS, e o Sul com 33% de CES (Tabela 4).

**Tabela 4** - Percentual de conselhos de saúde que realizam capacitação de conselheiros, segundo as regiões do Brasil e nível de gestão, 2012 a 2017.

Região	Capacitação dos conselheiros			Total
	Sim (%)	Não (%)	NI (%)	
<b>Norte</b>				
CMS	221 (61,7)	126 (35,2)	11 (3,1)	<b>358 (100)</b>
CES	6 (85,7)	1 (14,3)	0	<b>7 (100)</b>
<b>Nordeste</b>				
CMS	767 (52,0)	662 (44,9)	45 (3,1)	<b>1474 (100)</b>
CES	7 (77,8)	2 (22,2)	0	<b>9 (100)</b>
<b>Sudeste</b>				
CMS	693 (56,0)	498 (40,3)	46 (3,7)	<b>1237 (100)</b>
CES	4 (100)	0	0	<b>4 (100)</b>
<b>Sul</b>				
CMS	783 (67,9)	344 (29,8)	27 (2,3)	<b>1154 (100)</b>
CES	2 (66,7)	1 (33,3)	0	<b>3 (100)</b>
<b>Centro-Oeste</b>				
CMS	222 (54,5)	173 (42,5)	12 (3,0)	<b>407 (100)</b>
CES	4 (100)	0	0	<b>4 (100)</b>
<b>Total CMS</b>	<b>2686 (58,1)</b>	<b>1803 (38,9)</b>	<b>141 (3,0)</b>	<b>4630 (100)</b>
<b>Total CES</b>	<b>23 (85,2)</b>	<b>4 (14,8)</b>	<b>0</b>	<b>27 (100)</b>

Fonte: Autoras, SIACS, coletado em 05/06/2018, última atualização: 27/11/2017.

Já em relação ao tipo de acesso à internet, a maior parte dos conselhos têm acesso à inter-

net banda larga, sendo no total 74% para os CMS e 96% para os CES (Tabela 5).

**Tabela 5** - Tipo de acesso à internet dos conselhos de saúde, segundo as regiões do Brasil e nível de gestão, 2012 a 2017.

Região	Tipo de acesso à internet			Total
	Discada (%)	Banda Larga (%)	NI (%)	
<b>Norte</b>				
CMS	19 (5,3)	248 (69,3)	91 (25,4)	<b>358 (100)</b>
CES	0	7 (100)	0	<b>7 (100)</b>
<b>Nordeste</b>				
CMS	61 (4,1)	1012 (68,7)	401 (27,2)	<b>1474 (100)</b>
CES	0	9 (100)	0	<b>9 (100)</b>
<b>Sudeste</b>				
CMS	20 (1,6)	924 (74,7)	293 (23,7)	<b>1237 (100)</b>
CES	0	4 (100)	0	<b>4 (100)</b>
<b>Sul</b>				
CMS	18 (1,6)	939 (81,4)	197 (17,0)	<b>1154 (100)</b>
CES	0	3 (100)	0	<b>3 (100)</b>
<b>Centro Oeste</b>				
CMS	17 (4,2)	302 (74,2)	88 (21,6)	<b>407 (100)</b>
CES	1 (25,0)	3 (75,0)	0	<b>4 (100)</b>
<b>Total CMS</b>	<b>135 (2,9)</b>	<b>3425 (74,0)</b>	<b>1070 (23,1)</b>	<b>4630 (100)</b>
<b>Total CES</b>	<b>1 (3,7)</b>	<b>26 (96,3)</b>	<b>0</b>	<b>27 (100)</b>

Fonte: Autoras, SIACS, coletado em 05/06/2018, última atualização: 27/11/2017.

## Discussão

O CNS conclamou todos os conselhos de saúde a estarem cadastrados no SIACS até junho de 2012, no intuito de realizar uma análise da composição e do cumprimento das normativas. Contudo, mesmo após cinco anos de existência do sistema, ainda há 17% de conselhos não cadastrados. Investigar os motivos da ausência de cadastramento desses conselhos possibilitaria tanto traçar estratégias para aumentar a adesão ao sistema de informação quanto qualificar as informações em relação à sua atualização e sensibilidade.

Um motivo possível para o percentual de conselhos não cadastrados é o acesso aos recursos digitais. Apesar de 74% dos conselhos possuírem acesso à internet banda larga, ainda existe exclusão digital por limitações de acesso. A exclusão digital não ocorre somente pela falta de recursos físicos de tecnologia, mas também pela ausência de capacitação das pessoas para utilização dos recursos disponíveis. Carvalho (2010) afirma que a inclusão digital significa a apropriação de novas tecnologias e, sobretudo, condições sociais para o seu uso. Portanto, verificar a exclusão digital através de número de computadores ou pessoas com acesso à internet é insuficiente, pois outros fatores como o tempo disponível para uso, a qualidade do acesso, a atualização de hardwares, softwares e siste-

mas de acesso, também devem ser averiguados (PINHEIRO, 2014).

Outra hipótese para o não cadastramento é a sensação de que o esforço de incluir os dados no sistema de informação não trará um retorno ou benefício para os conselhos. O conhecimento é alimentado pelo acúmulo de informações, e o valor da informação é intrínseco à capacidade que ela tem de alterar o estado do conhecimento (BRASIL, 2001). Por isso, o processamento e o estímulo à utilização dos dados deve ser uma ferramenta de incentivo à adesão aos sistemas de informação.

Os sistemas de informação são também mecanismos para uma maior transparência de informação. Conforme a Lei Federal Nº 12.527 de 2011, a transparência da informação é obrigatória em todos os órgãos e entidades públicas, sendo assegurados o amplo acesso e a divulgação.

Para Bittencourt e Reck (2018), o controle social só é possível quando há disponibilidade de informação e comunicação efetiva da sociedade civil com a esfera pública. No caso dos conselhos, a transparência na informação facilita o controle social quando a sociedade civil tem acesso aos dados e os utiliza para acompanhar e participar das decisões públicas. Ainda, podem facilitar a organização dos conselhos através do acompanhamento da sua implantação, formas de funcionamento,



ações realizadas, averiguação da paridade, acesso a recursos, entre outros. A paridade assegura a participação do usuário nas decisões dos conselhos de saúde. Segundo os dados apresentados, 75% dos conselhos afirmam estar com o caráter paritário recomendado pela Resolução do CNS nº 453 de 2012 (50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços). A existência de conselhos com caráter paritário diferente do proposto pode ocorrer diante da dificuldade de participação dos segmentos. Outro fator que pode influenciar a não adequação dos conselhos é a falta de especificação numérica quanto à paridade na Lei federal 8.142 de 1990. A quantificação explícita está apresentada em resoluções subsequentes do CNS, publicadas em 1992, 2003 e 2012 (Resolução CNS nº 33/1992; nº 333/2003; nº 453/2012).

O fato de a paridade ser obrigatória não tem garantido o seu cumprimento. A paridade está condicionada à disponibilização de recursos para os conselhos. Pode-se pressupor que a não disponibilização de recursos para os conselhos que estivessem fora do estabelecido acabaria favorecendo a adequação. No entanto, 10% dos conselhos municipais ainda apresentam caráter não paritário, segundo os dados do SIACS.

Esse tema apresenta-se como um dos desafios

para os conselhos de saúde, principalmente porque podem ocorrer desvios políticos na escolha de conselheiros que representam os usuários e, desta forma, acabam por não ser verdadeiramente representativos (MARTINS et al., 2008). Labra e Figueiredo (2002) também argumentam que a denominação “usuário” é vaga, sendo possível encontrar “falsificações” na representação, trazendo efeitos indesejados para a legitimidade do conselho.

Há dificuldades quanto à participação dos conselheiros nas reuniões. No estudo de Gomes et al. (2018), das reuniões analisadas em um CMS, apenas 29% apresentaram quórum suficiente. As ausências foram principalmente de representantes de entidades da sociedade civil, sendo relatada pelos participantes a necessidade de escolha de representantes com disponibilidade para ir às reuniões. Igualmente, os representantes dos usuários, mesmo presentes nas reuniões, manifestaram falta de conhecimento e de informações, o que prejudicou sua capacidade de participar das discussões.

Considerando-se que os dados dos sistemas de informação podem auxiliar na gestão, transparência e direcionamento de políticas públicas, alguns países investem recursos relevantes em atividades para garantir a qualidade dos dados, como a capacitação

periódica dos profissionais e o monitoramento dos dados disponibilizados nos sistemas (LIMA et al., 2009). Segundo Gouveia e Ranioto (2004), o valor da informação depende da sua utilização, exatidão e detalhamento. Dessa forma, nem toda informação tem o mesmo valor e por isso devem ser apresentadas as prioridades para o seu tratamento, comunicação e armazenamento. A informação dá suporte à decisão na medida em que as atividades rotineiras passam a utilizar os dados e informações disponíveis e gerar novos dados.

A utilização de informações em saúde pelos diversos atores é essencial para a construção do conhecimento e para a elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas. Nesse sentido, uma fragilidade encontrada por Pinheiro et al. (2016) é a falta ou o número reduzido de qualificações para profissionais de saúde para a utilização dos sistemas de informação. Os autores refletem a importância da formação tecnológica que permita o acesso e fortaleça as competências para o uso criativo e inovador das informações.

A qualidade da participação perpassa pela capacitação de conselheiros, sendo importante também que se discutam as melhores formas de realização dessas capacitações. O Ministério da Saúde sugere que a capacitação seja realizada por meio de programas de educação continuada, devendo-se considerar a

seleção e preparação de material e a identificação de técnicos e parceiros (universidades, núcleos de Saúde, escolas de Saúde Pública), que terão o papel de agentes transmissores de informações e facilitadores das discussões sobre os temas. A garantia de uma carga horária que possibilite a ampla discussão dos temas também é importante (BRASIL, 2002).

Segundo os resultados da presente pesquisa, 58% dos conselhos municipais afirmam realizar capacitação, já nos conselhos estaduais esse número chega a 85%. No caso dos CMS, o percentual dos que não realizam capacitação é 40%, o que gera dificuldades na atuação efetiva dos conselhos. Estudos têm apontado o desconhecimento dos conselheiros sobre seu papel, sobre o Regimento Interno, Plano Municipal de Saúde, além da dificuldade de compreender o Relatório de Gestão e realização de fiscalização financeira, sendo estes, grandes desafios para o funcionamento dos conselhos de saúde. Considerando-se que só se pode controlar aquilo que se conhece, torna-se necessário investir em capacitação e educação continuada (COTTA et al., 2009; LISBOA et al., 2016).

Dessa forma, não basta apenas a presença física de usuários, mas fornecer informações e conhecimentos sobre o funcionamento das estruturas estatais, e, no caso dos conselhos, a compreensão sobre suas funções como

conselheiros e o saber necessário para realizá-las. Somente assim, se poderá participar de forma a exercer uma cidadania ativa, e não uma cidadania controlada e apática (GOHN, 2006).

Souza (2012) comparou dados encontrados no SIACS sobre capacitação de conselheiros com os de uma pesquisa realizada pelo formulário do SUS, efetuada pela Coordenação do Programa de Inclusão Digital (PID) no ano de 2011. No SIACS 93% dos Conselhos Estaduais de Saúde referiam realizar capacitação de conselheiros, enquanto na pesquisa do PID 41% apresentaram um Programa de Educação Continuada para os conselheiros. No estudo do PID, levou-se em conta se esses conselhos haviam estruturado e planejado as suas formas de educação continuada, mediante apresentação desses planejamentos, diferentemente do SIACS, no qual o critério de avaliação de realização de capacitação acaba sendo pautado na opinião de cada conselho. Uma sugestão é que se elabore no SIACS uma forma de comprovar como são realizadas as capacitações.

A grande maioria dos conselhos cadastrados no SIACS não possui sede ou dotação orçamentária próprias. Moreira e Escorel (2009) discutem que o grau de autonomia das instâncias está refletido na sua organização, principalmente nas instâncias internas, que

precisam, por exemplo, de lugar para se estabelecer, funcionários para estruturar seus trabalhos e organizar documentos, recursos para gastos cotidianos, entre outros. Esses elementos são importantes para o bom funcionamento dos conselhos, cabendo-lhes tarefas estratégicas como a apreciação inicial e a triagem de assuntos que serão debatidos, a elaboração de pareceres e a tomada de decisões administrativas e normativas. Silva et al. (2012) destacam que a disponibilização de estrutura física, salas para reuniões, equipamentos, mobiliário, transporte, bem como recurso financeiro para manutenção e ações do conselho, auxiliam na sua organização e funcionamento, favorecendo assim a tomada de decisão para a participação social.

Quanto ao manuseio do sistema, algumas dificuldades foram encontradas durante esta pesquisa. Silva Junior (2016) relata a dificuldade de obtenção de dados no SIACS, onde não foi possível realizar extração de todos os dados existentes no sistema. Houve limitações de informações prestadas em campos como a existência de comissões, a periodicidade das informações e os equipamentos que o conselho possui, corroborando nesse último quesito com a dificuldade encontrada no presente artigo.

Encontrou-se também incompletude no preenchimento de dados, falta de dados na

tabela disponível para download, impossibilidade de selecionar informações específicas para mais de um conselho ou por temporalidade. Os dados são apresentados em uma única tabela, o que dificulta a análise e o cruzamento de informações, onde o usuário do sistema precisa fazer todas as divisões e especificações manualmente, divergindo do que acontece em outros sistemas de informação do Ministério da Saúde como os do departamento de informática do SUS (DATASUS) que têm uma plataforma de acesso mais facilitada.

### Considerações finais

O sistema de informação apresenta desafios a serem superados. Há necessidade de incentivo para o cadastramento e atualização das informações. O adequado processamento das informações é um ponto para que elas se convertam em recurso na tomada de decisão, ações de políticas públicas e transparência das atividades.

Quanto à infraestrutura e funcionamento dos conselhos de saúde, a grande maioria não

possui sede própria e dotação orçamentária, o que traz preocupação quanto à sua autonomia. A educação continuada parece já estar sendo realizada pelos conselhos, o que é de fundamental importância para que os conselheiros entendam o seu papel, conheçam a burocracia e o funcionamento dos órgãos e das políticas públicas, para que, assim, saibam como realizar bem sua função.

O formato de extração das informações no SIACS pode ser melhorado, à exemplo do DATASUS, onde o usuário do sistema de informação pode criar sua tabela com os dados desejados. Por fim, apesar de terem sido encontradas dificuldades no manuseio do sistema, há que se reconhecer o mérito do SIACS, visto que é um importante avanço no sentido da transparência e difusão das informações dos conselhos de saúde.

**Financiamento:** “O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.”

### Referências Bibliográficas

BITTAR, Olímpio J Nogueira et al. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. Revista de Administração em Saúde, v. 18, n. 70, p.1-18, 12 jan. 2018.

BITTENCOURT, Caroline Muller; RECK, Janriê Rodrigues. Interações entre direito fundamental à informação e democracia para o controle social: uma leitura crítica da LAI a partir da experiência dos portais de transparência dos municípios do Rio Grande do Sul. Revista Direitos Fundamentais e Democracia, Curitiba, v. 3, n. 23, p.126-153, set. 2018.

BITENCOURT, Caroline Müller; BEBER, Augusto Carlos de Menezes. O controle social a partir do modelo da gestão pública compartilhada: da insuficiência da representação parlamentar à atuação dos conselhos populares como espaços públicos de interação comunicativa. *Revista de Direito Econômico e Socioambiental*, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 232-253, jul./dez. 2015.

BRASIL. SENADO FEDERAL: Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA: Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Conselho Nacional de Saúde. Orientações para os conselhos de Saúde – SIACS. Brasília, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Conselho Nacional de Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS– 2a edição. Brasília, 2013.

BRASIL. GOVERNO DO BRASIL: Sistema atualizará dados de conselhos de saúde de todo o País, 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/sistema-atualizara-dados-de-conselhos-de-saude-de-todo-o-pais>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Departamento de informática do SUS - Informações de Saúde (TABNET), 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>. Acesso em: 21 fev. 2018.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, abr. 2009.

CRUZ, Eliane Aparecida. A formulação de políticas de saúde no Conselho Nacional de Saúde, de 2001 a 2004. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CARVALHO, Ângela Maria Grossi. A apropriação da informação: um olhar sobre as políticas públicas sociais de inclusão digital. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Marília, 2010.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e gestão pública. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, n.42, v.1. p. 5-11, jan-abr. 2006.



GOMES, Angela Maria; COLLISELLI, Liane; KLEBA, Maria Elisabeth; MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello. Reflexões e produção coletiva sobre o “ser” conselheiro municipal de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.71, supl.1, p.538-46, ago, 2018.

GOUVEIA, Luis Borges; RANITO, João. *Sistemas de Informação de Apoio à Gestão*. Sociedade Portuguesa de Inovação. Porto, 2004. Disponível em: [https://www.academia.edu/262251/Sistemas\\_De\\_Informa%C3%A7%C3%A3o\\_De\\_Apoio\\_%C3%A0\\_Gest%C3%A3o](https://www.academia.edu/262251/Sistemas_De_Informa%C3%A7%C3%A3o_De_Apoio_%C3%A0_Gest%C3%A3o). Acesso em: 03 mar. 2018.

HOCHMAN, Bernardo; NAHAS, Fabio Xerfan; OLIVEIRA FILHO, Renato Santos de; FERREIRA, Lydia Masako. Desenhos de pesquisa. *Acta Cirurgica Brasileira*, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 2-9, 2005.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde: *Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, n.3, p.537-547, ago, 2002.

LIMA, Claudia Risso de Araujo; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; COELI, Claudia Medina; SILVA, Márcia Elizabeth Marinho. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde, *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.25, n.10, p.2095-2109, out, 2009.

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, 15 ago. 2016.

MARTINS, Poliana Cardoso, et. al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia: *Physis*, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p.105-121, jul, 2008.

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 e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.14 n.3, Mai - Jun, 2009.

OLIVEIRA, Lorena Alves de et al. A Lei de Acesso à Informação e sua Aplicação: Análise da Transparência nos Cinco Maiores Municípios do Alto Paranaíba. *Revista Brasileira de Gestão e Engenharia*, Sl, v. 1, n. 18, p.83-112, jul. 2018.

ORTIZ, Anelize Fucks; LEVITTE, Analeia Terezinha. Serviço social no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Maiêutica*, Indaial, v. 1, n. 4, p.87-93, 2017.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos et al. Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. *Texto & Contexto Enfermagem*, [s.l.], v. 25, n. 3, p.1-9, 2016.

PINHEIRO, Alejandro de Campos. A exclusão digital e sua interferência no processo de desenvolvimento em competência informacional dos usuários da biblioteca do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial de Minas Gerais (SENAI/MG) do município de Matozinhos: *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, Florianópolis, v. 19, n.41, p. 157-174, set – dez, 2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 275 p.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Saúde em Debate, v. 41, n. 3, p.155-170, set. 2017.

ROSA, Marcelo Medeiros da et al. A Lei de Acesso à Informação como instrumento de controle social: diagnóstico dos municípios do sul do Brasil à luz do artigo 8º da lei 12527/2011. Navus: Revista de Gestão e Tecnologia, Florianópolis, v. 1, n. 6, p.72-87, jan. 2016.

SILVA, Lucilane Maria Sales, et. al. Análise da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.21, supl.1, p.117-125, out, 2012.

SILVA JUNIOR, Etivaldo Rodrigues. Controle social na saúde pública: a relação entre as características dos conselhos de saúde e o resultado da análise do relatório anual de gestão. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em gestão pública), Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), Brasília, 2016.

SOUZA, Jomilton Costa. Avaliação da implementação da política ParticipaSus com foco na estruturação dos conselhos estaduais de saúde. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

VILAÇA, Danylo Santos Silva; CAVALCANTE, Danielle Soares; MOURA, Luciana Melo de. Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na reforma da Atenção Primária à Saúde, de 2016 a 2018: estudo de caso. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 6, p.2065-2074, jun. 2019.

