



THE ACTION OF MUNICIPAL HEALTH COUNCIL: DIAGNOSIS AND ANALYSIS OF INTERFERENCE IN THE SOCIAL PARTICIPATION

ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DE INTERFERÊNCIA NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL*

LA PRÁCTICA DEL CONSEJO MUNICIPAL DE SALUD: DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE LA INTERFERENCIA EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Poliana Farias Alves¹, Ana Tereza Santos de Jesus², Michele Mandagará de Oliveira³, Vania Dias Cruz⁴

ABSTRACT

Objective: to analyze the actions of the health councilors and users of the family health strategy in the health decisions of a city in the interior of Bahia and identify possible issues which might interfere with in the participation of citizens in decision-making in health. **Method:** this study is a qualitative descriptive exploratory study using semi-structured interviews with six health councilors. The selection criteria for the study were: to be an effective member of the Municipal Health Council (CMS), assiduously attend regular and special meetings of the CMS and agree to sign an Informed Consent (TCLE). The interviews were taped, transcribed and later analyzed through content analysis, in the form of thematic analysis as approved by the Ethics Committee in Research in the nursing area by the Federal University of Pelotas under protocol number 29/2009. **Results:** it was identified, with the findings, dissatisfaction with Municipal Health Council because of absenteeism of members in regular meetings and the lack of periodicity of these, little interest, knowledge and popular participation. **Conclusion:** it is noticed the limitations of local reality, showing that participatory practice only be reached after trespass the social and cultural obstacles to implementation of citizenship. **Descriptors:** family health program; social participation; public policy.

RESUMO

Objetivo: analisar a atuação dos conselheiros de saúde e usuários da Estratégia Saúde da Família nas decisões de saúde de um município do interior da Bahia e identificar possíveis questões que poderiam interferir na participação destes municípios na tomada de decisões em saúde. **Método:** estudo de caráter qualitativo exploratório-descritivo, realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas a seis conselheiros municipais de saúde. Os critérios de seleção para participar do estudo foram: ser membro efetivo do Conselho Municipal de Saúde (CMS), participar assiduamente das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas por meio da análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na área da Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o número de protocolo 29/2009. **Resultados:** identificou-se, com os achados, insatisfação com o Conselho Municipal de Saúde devido ao absenteísmo dos membros nas reuniões ordinárias e a falta de periodicidade destas, além do pouco interesse, conhecimento e participação popular. **Conclusão:** observou-se, portanto, limitações na realidade do local, evidenciando que a prática participativa só poderá ser alcançada após transpassar os entraves sociais e culturais de execução da cidadania. **Descritores:** programa saúde da família; participação social; políticas públicas.

RESUMEN

Objetivo: analizar la actuación de los consejeros de salud y usuarios de la estrategia salud de la familia en las decisiones de salud de una ciudad en el interior de estado de Bahía y identificar los posibles problemas que podría interferir en la participación de las personas municipales en la tomada de decisiones en salud. **Método:** se trata de un estudio de carácter cualitativo exploratorio-descriptivo, realizado via entrevistas semi-estructuradas a seis consejeros de salud. Los criterios de selección del estudio fueron: ser un miembro eficaz del Consejo Municipal de Salud (CMS), asistir asidumente a las reuniones ordinarias y extraordinarias del CMS y de acuerdo en firmar una declaración de consentimiento informado (TCLE). Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y los datos analizados a través del análisis de contenido, en forma de análisis temático conforme aprobación del Comité de Ética em Pesquisa de la area de enfermería por la Universidad Federal de Pelotas bajo el número de protocolo 29/2009. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y los datos analizados. **Resultados:** se identificaron con los resultados, la insatisfacción con lo Consejo Municipal de Salud, debido al ausentismo de los miembros en las reuniones regulares y la falta de periodicidad de éstos, además de la falta de participación de interés, el conocimiento popular. **Conclusión:** no se limita, pues en la realidad del lugar, demostrando que la práctica participativa, solo puede lograrse después de la invasión de propiedad sociales y culturales para la puesta en práctica de la ciudadanía. **Descriptores:** programa de salud familiar

¹Enfermeira. Cursando a Especialização em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS oferecida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: polibrina@hotmail.com; ²Enfermeira. Cursando a Especialização em Enfermagem do Trabalho oferecida pela Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Universidade Federal da Bahia. Bahia (BA), Brasil. Email: ana.tereza@ig.com.br; ³Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: mandagara@usp.br; ⁴Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação Em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista do CAPES. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: vania_diascruz@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Na sociedade brasileira, um resgate histórico nos mostra que na década de 1970 a luta pela democracia e participação da população nas decisões governamentais surge com mais intensidade já que problemas internos como a concentração de poder, o grande prejuízo causado a saúde da população e as crises internacionais afetam o regime ditatorial vigente.¹⁻²

Nesse contexto, as décadas de 70 e 80 foram marcadas pelo surgimento de vários movimentos sociais, inclusive, no campo da saúde. Mas, o surgimento do Movimento Popular de Saúde (MOPS) ocorreu com o intuito de reunir os movimentos específicos e lutar por uma única causa que era a busca de melhorias para as condições de vida da população.³

A criação do MOPS foi impulsionado pelo desejo de melhorar a saúde e as condições de vida da população por meio da participação popular nas decisões sobre as políticas governamentais.³

Nesse sentido, houve a criação e disseminação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Os CMS fazem parte da democratização, que é um dos elementos que caracterizam o Sistema Único de Saúde (SUS), funcionam como colegiados de caráter permanente e deliberativo, devendo tomar decisões regularmente, além de acompanhar, fiscalizar e controlar a política de saúde propondo sugestões de aperfeiçoamento.⁴ Um dos critérios para que os municípios participem da alocação de verbas é a existência dos Conselhos e o devido funcionamento deles que ocorre por meio da comprovação semestral de atas das reuniões.¹

Infelizmente, vários fatores como ingerência política na escolha de conselheiros, exclusão de parcela significativa da população na elaboração de planos e priorização de diretrizes da alocação de recursos, maior poder de influência de grupos organizados e falta de governabilidade da gestão local podem contribuir para que a participação popular não se consolide perpassando desde pequenos interesses políticos municipais até a política neoliberal que vivemos nas últimas décadas.⁵

A atuação comprometida dos CMS é uma forma de verificação de seu poder e da prática de ações que vão de encontro ao clientelismo ao nepotismo e as trocas de favores e apoio entre os governantes, além de

permitir maior fiscalização dos gastos públicos em saúde.⁵

Os CMS atuam na gestão em saúde e obrigatoriamente, a partir da Lei 8.142 de 1990, a sua formação é paritária, composta por representantes usuários dos serviços de saúde (50%), de trabalhadores da saúde (25%), e de prestadores de serviços públicos e privados (25%). Cada um desses segmentos pode indicar e eleger seus representantes, ademais, deve ter poder de argumentação e diálogo a fim de definir ações para o bem-estar da comunidade em geral, passando por ele as problemáticas a serem resolvidas.⁶

A lei confere aos CMS as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Por isso, os CMS devem reconhecer as competências típicas da Gestão, que são: planejamento, orçamento, programação, normatização, direção/gerência, operacionalização/execução e controle/avaliação.⁶

O fortalecimento da participação social no campo da saúde nasceu da proposta de criação do SUS, na sua institucionalização, nas suas diretrizes e nos seus princípios e também da elaboração de leis e políticas de saúde que ofereceram suporte a reorganização da atenção básica em nosso país. Importante exemplo dessa reorganização das políticas de saúde foi a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), programa de nível nacional.⁷

A contribuição da saúde para a cidadania é um grande passo no caminho da construção de práticas de saúde equânimes, integrais que tenham como mola propulsora a participação social, por meio das quais as pessoas tenham liberdade de se expressar sobre as suas necessidades, sejam ouvidas pelos profissionais e gestores, e que por meio dessa relação entre iguais seja possível a qualificação e o fortalecimento da ESF para a transformação do modelo assistencial em um modelo que cultive e promova saúde, sendo, sobretudo, aceito e legitimado pelos usuário/famílias e comunidades.⁷

A comunidade é a razão da existência da ESF e necessita ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema de saúde, fortalecendo, assim, o fazer democrático da saúde. A abertura para análise do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço e exercita a aceitação da visão e percepção dos atores envolvidos.⁸⁻⁹

A justificativa para realização deste estudo está na essencialidade do estímulo e da

Alves PF, Jesus ATS de, Oliveira MM et al.

motivação da participação dos usuários nas decisões em saúde na ESF, uma vez que surge no palco das políticas de saúde a necessidade de avaliação do usuário/família sobre os programas de saúde. Esse fato indica a necessidade de pesquisas para que se possam produzir conhecimentos úteis para gestores, profissionais, usuários, e conselheiros a fim de consolidar a integralidade da assistência e a participação social.

É relevante destacar que a ESF vem apresentando resultados importantes nos marcadores e indicadores de saúde, tendo, inclusive, prioridade na mobilização de recursos por ser entendida como o cenário de implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e por ter uma vinculação direta com a motivação e apoio da participação e controle social no nível local.¹⁰

OBJETIVOS

- Analisar a atuação dos conselheiros de saúde e usuários da Estratégia Saúde da Família nas decisões de saúde de um município do interior da Bahia.
- Identificar possíveis questões que poderiam interferir na participação desses municípios na tomada de decisões em saúde.

MÉTODO

O presente estudo é um recorte de um Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem intitulado: “A Participação Social na Estratégia Saúde da Família”, desenvolvido em um município do interior do estado da Bahia. Caracteriza-se por ser um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferece diferentes eixos para os julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando os serviços.¹¹

Participaram do estudo seis conselheiros municipais de saúde, dentre eles, o presidente do CMS e da secretária municipal de saúde. Os critérios de seleção para participar do estudo foram: ser membro efetivo do CMS, participar assiduamente das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada no período de julho a agosto de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas, transcritas e posteriormente

The action of municipal health council: diagnosis...

analisadas por meio da análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, a partir dos objetivos propostos, com pré-análise, exploração e codificação do material, tratamento e interpretação dos resultados.¹¹

O trabalho atendeu as diretrizes e as normas regulamentadas pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. Inicialmente, realizou-se contato prévio com a Secretária Municipal de Saúde e com o presidente do CMS solicitando autorização para realização do estudo. Após concordância, o trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na área da Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (CEP-FEN-UFPEL), sendo aprovado sob o n° de protocolo 29/2009.

RESULTADOS

O CMS teve sua primeira formação em 1998, segundo os entrevistados. Membros relataram que o órgão teve dificuldades para seu funcionamento por conta da pouca participação social. A última formação do CMS foi em 2008 e, o seu fim seria em abril de 2010, pois o mandato tem duração de dois anos. Porém, as entrevistas ocorreram no período de janeiro a agosto de 2010, e até o final delas a escolha dos novos membros ainda não havia ocorrido.

De acordo com os entrevistados, o conselho era composto por 16 membros e respeitava a lei, acordando com a resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à paridade.

Tinha em sua formação sindicatos (um rural e um urbano), representantes de usuários, a associação rural e urbana, representante da Igreja Católica e demais igrejas, representantes dos profissionais da saúde (um representante da categoria dos agentes, um representante da classe de enfermagem, um representante da classe médica, um representante das demais categorias de saúde). Na representação da gestão estavam: a Secretária Municipal de Saúde, que é membro nato, e um representante da Secretaria de Administração de Finanças. O presidente do conselho era o representante da classe de enfermagem e o vice-presidente representava a classe dos usuários, primeiro e segundo secretários que faziam parte da diretoria.

Nas falas dos conselheiros municipais é possível se ter uma ideia de como e quando aconteceu a formação do CMS, e como foi realizada a escolha dos seus membros.

Alves PF, Jesus ATS de, Oliveira MM et al.

De lá para cá (1998) sempre funcionou com muita dificuldade porque depende muito da participação das pessoas que é o que mais tem problema [...] Por causa da questão da quantidade de membros fizemos sempre paritário para poder sempre ter gente, para que toda população ficasse de alguma forma representada. (CM1)

É um processo de seleção, a entidade é convocada, se reúne e em assembléia escolhe seus representantes junto ao conselho. (CM2)

O conselho, eu não tenho bem certeza, mas acredito que já tem mais de oito anos de fundado. Quanto à formação ele é composto de 50% do que representa usuários e os outros 50% é indicação do prefeito ou funcionários públicos que tenham categoria organizada ou os que não têm categoria organizada, eles reúnem entre eles e escolhem. (CM3)

Acho que em 1997 foi criado. Há dois anos freqüente, mas não lembro de quando iniciou. Sobre a escolha, as entidades fazem uma eleição, indicam o nome e lavra na ata, envia para o conselho e depois para a secretaria de saúde. (CM5)

Quando questionados sobre as eleições dos novos membros para o mandato de 2010/2012, e o porquê de não terem sido realizadas, devido ao fato do mandato 2008/2010 já ter expirado, alguns relatos de conselheiros municipais mostraram informações relevantes, como por exemplo, a insatisfação de alguns conselheiros municipais em relação às categorias não organizadas que tinham cadeira no conselho.

Eu acho assim, que o conselho está com uma questão pendente agora, a questão da eleição, é que já encerrou o prazo e a gente decidiu que ia ter que fazer um edital de convocação da próxima eleição e ficou meio emperrada a questão de quais entidades seriam convocadas. Tem algumas entidades que estavam sendo convidadas e que os conselheiros atuais acham que a forma de escolha ainda não é de forma adequada, tipo, os enfermeiros, as enfermeiras não tem uma categoria avançada, aí como elas repassam essa informação? O presidente do conselho está pesquisando na internet como que é feito as eleições do conselho do município para depois decidido isso a gente saber quem vai ser as próximas representações, se continua, ou se muda e substitui então por isso, que ainda não foi feita uma nova eleição [...]. É mais questão de organização mesmo, entendeu, sobre os médicos que participam do conselho, mas não tem uma organização. (CM3)

Segundo o regimento do conselho municipal de saúde estudado, as reuniões eram mensais, totalizando 12 reuniões anuais. Com relação

The action of municipal health council: diagnosis...

ao número de faltas, a perda de três reuniões consecutivas ou cinco intercaladas, durante o ano, são motivos para o descolamento do membro. Ao comentar sobre o número de faltas e a punição em consequência delas, alguns conselheiros apontam para o não cumprimento do regimento.

A gente pega no início do ano faz um calendário com todas as datas de reunião e entrega para cada conselheiro. A gente só tem a obrigação de avisar quando é extraordinária, aí por conta disso acaba que o pessoal não vem muito. Tem dois médicos que representam, mas legalmente eles não podem mais participar, porque tem mais de ano que eles não vêm. Só que a gente não fez o pedido para exclusão. (CM1)

Acredito que é três no ano, mas não se segue isso a risca como deveria ser. (CM3)

Após as três faltas o conselho enviará um ofício comunicando o fato à entidade. (CM5)

Pelo que foi relatado durante as entrevistas, uma das queixas foi a não realização de reuniões periódicas ordinárias por falta de quórum. Visto que, o mínimo de instituições a serem representadas, eram nove, ou seja, o quórum mínimo para ter reunião, seria de nove representações, como aprovado no Regimento Interno. As falas seguintes também sugerem que a falta de quórum para realização dessas reuniões seria pela ausência de aviso posterior ao calendário estabelecido no início do ano.

[...] é a reunião ordinária, e a extraordinária, sempre que tiver necessidade, apesar de que essa reunião ordinária ela não tem acontecido com muita freqüência, assim às vezes nós ficamos um, dois meses sem ter reunião por falta de quórum, porque a gente decidiu em regimento que não precisava avisar já que o dia e o horário é estabelecido, justamente, como está no regimento [...] Para ter reunião tem que ter pelo menos metade mais um, então teria que ter no mínimo nove pessoas, nove conselheiros. Na verdade nove instituições? (CM1)

As reuniões são mensais, mas algumas não dão quórum, algumas dão sete pessoas, mas o quórum mínimo é nove pessoas aí de vez em quando tem reunião, porque não acontece por falta de quórum. (CM3)

Durante a pesquisa, foi constatado que o CMS tinha as datas e os horários das reuniões ordinárias mensais pré-determinados anualmente e divulgados por meio de uma rádio da cidade, porém o órgão não possuía sede própria para realização das reuniões. Segundo conselheiros, as reuniões aconteciam na própria Secretaria Municipal de Saúde do município.

Alves PF, Jesus ATS de, Oliveira MM et al.

O município tinha proposta da criação da “Casa dos Conselhos” na qual funcionariam todos os conselhos. Tal proposta, segundo relatos dos membros, não se concretizou por conta da falta de estrutura do local escolhido. Seguem abaixo, falas que comprovam a inexistência de uma sede própria do conselho.

Existe um projeto da prefeitura pra criar a casa do conselho, onde todos os conselhos vão passar a se reunir nesse local. Já tem funcionário, alguns equipamentos, só ta dependendo de um local adequado. [...] Às vezes o cidadão ele quer fazer uma denúncia, mas ele fica receoso em vir até a secretaria fazer uma denúncia contra a secretaria ao conselho e às vezes nem sabe quem são os conselheiros, não tem um local fixo pra fazer. Por isso que surgiu a idéia da casa do conselho, para que todos os conselhos passem a funcionar no mesmo local. (CM1)

Nossa sede é na secretaria de saúde. Não temos sede própria. (CM4)

Quando questionados sobre a existência de locais onde a população pudesse fazer denúncias, sugestões ou críticas, os entrevistados disseram que seria possível denunciar por meio dos agentes de saúde, dos conselheiros, nas rádios, ou na própria Secretaria de Saúde.

Os próprios agentes, eles recebem denúncia, principalmente aqueles ligados a igreja e associações, são os que mais trazem denúncias. Agora, chega também para a gente porque às vezes a pessoa é mal atendida em determinada unidade, por exemplo, então ele vem na secretaria pra fazer a reclamação e aí a gente pega aquela queixa e leva para o conselho também. (CM1)

Nas rádios, nas reuniões e diretamente a quem trabalha com a saúde e até mesmo aos conselheiros. (CM6)

As mesmas rádios utilizadas para denúncias, críticas e sugestões da população, eram aquelas também usadas pelo CMS para divulgar o organograma das datas de reuniões. Quando questionados sobre o alcance da rádio que transmitia o programa “Conselhos em Ação” (divulgava o papel, as funções e datas de reuniões do conselho), alguns entrevistados informaram que a emissora não possuía um alcance maior que 10 km e que nas outras rádios, que detinham um maior alcance, o programa não era transmitido. As falas seguintes esclarecem o fato acima exposto:

Tem um programa de rádio, que é Conselhos em Ação. Esse programa é para todos os conselhos, não é só da saúde, aí cada dia tem um conselho que o presidente ou algum membro vai para falar. Então acho que é

The action of municipal health council: diagnosis...

uma forma de você estar sempre divulgando o papel do conselho para população [...]. Mas assim, em várias oportunidades, em reuniões, até em outros momentos que a gente vai para o rádio também falar de um outro assunto, a gente aproveita para falar um pouquinho também desse papel que a população tem dentro da saúde. Porque ela como usuário é que mais tem a obrigação de fiscalizar, porque ela que é a beneficiada com o serviço, ela não atinge todos os povoados não, ela tem um raio de 10 km, se eu não me engano em alguns povoados não vai [...] tem outras duas rádios que não tem o programa, mas eles também divulgam. (CM1)

Através dos conselhos locais, existem programas da prefeitura nas rádios onde são divulgados todo organograma dos conselhos. (CM3)

Quando questionado sobre a participação da população nas reuniões do conselho, os conselheiros afirmaram que a população não tem o costume de participar devido à sua própria falta de interesse e de conhecimento sobre o CMS.

Raramente aparece alguém da comunidade, apesar de divulgado. Eu acho que na verdade é o desinteresse mesmo da população, a população não está muito interessada em participar de conselho nenhum, não é só da saúde, é todos os conselhos. Eu fazia parte do conselho de ação social e era a mesma dificuldade lá, a mesma coisa, para você conseguir fazer reunião é ligando para um é ligando para outro, vem e falta um para poder ter quórum, aí eu não posso, é mil e uma coisas. Então, assim eu acho que o problema mesmo dos conselhos é a participação popular que de uma forma geral realmente não tem acontecido, apesar da briga que foi grande para que se conseguisse esse direito, mas acho que talvez porque a população já tenha tudo hoje de forma mais fácil, ela acabou se afastando da briga pelo seu local, pelo seu direito de estar participando. (CM1)

Sim, mas muito pouco, na minha avaliação eu acho que é uma questão cultural de nossa região, das pessoas, não só nesse conselho, mas nos demais [...] não estão naquele costume de participar. (CM2)

Acho que o povo não entende o papel que tem no conselho, porque inclusive se fala em programas de rádio, o pessoal, o padre convida os fiéis da igreja a participar, fala que é um lugar aberto, mas o povo também pela questão assim de o conselho ser um local voluntário, acho que o povo está muito na questão, só vou lá se eu for ganhar alguma coisa, acho que o povo ainda pensa isso. (CM3)

Alves PF, Jesus ATS de, Oliveira MM et al.

No que diz respeito às necessidades da população e ao desenvolvimento de projetos por parte do CMS, foi questionado sobre a existência de algum levantamento epidemiológico e situacional de saúde no município. Eis algumas respostas:

A gente dá algumas sugestões, a gente na verdade tem elaborado muitos projetos no nosso município, mas na maioria das vezes os projetos já vêm prontos [...]. Se for elaborar algum projeto de PSF, às vezes, convidam o agente de saúde a dar sugestão, mas na maioria dos projetos o município consegue um projeto pronto, aí o ministério da saúde já fala assim, ou até a própria secretaria estadual, que tem prazo. Muitas vezes os técnicos elaboram, os que têm mais acesso a internet, a computação. Se fosse uma questão de mobilizar o povo, o povo daria sugestão só que demora mais tempo. Ainda não se tem assim uma estrutura formada a ouvir a opinião dos usuários e dos outros profissionais. Geralmente se utilizam mais os profissionais envolvidos diretamente com a secretaria de saúde. (CM3)

Normalmente a grande maioria das coisas já vem como proposta pronta, até porque o dinheiro não é tão grande assim, o dinheiro normalmente dá para pagar as despesas correntes e o que sobra para investimento é muito pouco, então o recurso é mais para manter mesmo o funcionamento de todas as unidades da melhor forma possível. (CM6)

DISCUSSÃO

Neste trabalho é feito uma avaliação da atuação do CMS e dos conselheiros no intuito de buscar pontos ou situações que explicitem entraves em relação à participação social, pois o questionamento da efetividade de atuação e representatividade dos interesses dos diferentes segmentos sociais no CMS torna-se imprescindível.¹²

Dentre as competências do Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia do CMS, esse poder deve garantir condições para participação efetiva de todo os segmentos sociais na avaliação e controle das políticas de saúde. Assim, torna-se complicado acreditar na concretização da verdadeira participação da sociedade frente ao não cumprimento legal da forma de composição do CMS, fortalecendo uma categoria em detrimento da outra.¹²

Em relação ao CMS estudado, o não cumprimento do regimento interno no que diz respeito às faltas frequentes dos membros e a falta de periodicidade das reuniões ordinárias por não constituir quórum, podem ser derivadas do não comprometimento de alguns conselheiros municipais.¹³ Nesse sentido, a

The action of municipal health council: diagnosis...

não participação dos conselheiros nas reuniões do CMS, apresenta-se como uma limitação do estudo, pois houve dificuldades em se estabelecer contato com esses membros.

O Regimento Interno de cada conselho define o quórum mínimo para o caráter deliberativo das reuniões, para tratar de assuntos como faltas justificadas e até a perda do mandato. O mandato é definido nesse regimento, não podendo coincidir com o mandato do governo estadual ou municipal, sugerindo a duração de dois anos, cada um.⁶

O Regimento Interno tem caráter disciplinador e exerce controle organizacional, essencial para estruturação das discussões e deliberação dos conselhos. Tópicos como natureza, finalidade, competências e organização do conselho deveriam ser contemplados no regimento. A construção e aprovação desse regimento devem ser realizadas pelo próprio plenário.¹²

Estudos realizados em outros cenários identificaram que um dos motivos para o esvaziamento do quórum nas reuniões seria a queda da credibilidade dos conselhos quando os interesses dos usuários demoram a ser atendidos.¹³⁻⁴

No que corresponde à questão de uma sede própria, esse conselho em questão não possuía, e realizava suas reuniões na secretaria de saúde. Questões de infraestrutura dos conselhos, também foram analisadas em um estudo realizado em Goiás e Mato Grosso do Sul, sendo identificado que apesar de todos os CMS possuírem sede própria doada pelas prefeituras, uma minoria continha equipamentos tecnológicos.¹⁵ De acordo com o Guia do Conselheiro, para as reuniões do Conselho, é necessário um local específico e adequado para seu funcionamento com boa estrutura e suporte tecnológico, como: telefone e computadores com acesso à internet.¹⁶

O fato de o CMS realizar suas reuniões na secretaria de saúde leva a acreditar que haja certa inibição por parte dos usuários em realizar denúncias ou reclamações dos serviços oferecidos pela secretaria de saúde no próprio espaço físico desse órgão. Os conselhos de saúde devem facilitar o conhecimento dos gestores sobre as sugestões, reivindicações e denúncias dos usuários dos serviços de saúde e devem também recebê-las, registrá-las e encaminhá-las aos setores competentes.

A ESF e suas diretrizes apontam para a população como o centro de suas ações e pela qual a parte gestora deve se guiar através de

Alves PF, Jesus ATS de, Oliveira MM et al.

instrumentos de avaliação e de um prévio levantamento epidemiológico e de outras necessidades de saúde da população. O não diagnóstico situacional da comunidade faz com que essas diretrizes da ESF, arduamente conquistadas, percam sua razão colocando a comunidade à margem das decisões do município.

O não reconhecimento da gestão acerca do seu próprio dever e da comunidade acerca dos seus direitos, faz com que os problemas locais sejam tratados de forma generalizada, e não com enfoques específicos daquela população, acarretando em um sistema de saúde verticalizado e ineficaz.

As metas a serem alcançadas em um espaço de tempo, em função de atividades planejadas para enfrentar os problemas de saúde, são definidas a partir do momento em que se faz um diagnóstico situacional da localidade e não realização de levantamentos epidemiológicos no município estudado, seja por falta de recursos ou por falta de interesse, evidencia a falta de integração entre os órgãos de saúde e entre a população, visto que ela não foi considerada em relação à elaboração de projetos que suprissem suas demandas, mesmo sendo a razão da ESF.¹⁰

Os conselhos de saúde e as entidades representadas nos seus âmbitos podem criar urnas de coleta em pontos estratégicos como unidades de saúde, associações de bairro e hospitais, para que os usuários possam solicitar providências ou informações e encaminhar sugestões e denúncias para os devidos setores.¹⁷

Esses espaços trazem uma significativa relevância para as comunidades, com vistas ao envolvimento da população não somente nas questões específicas no campo da saúde. O processo de construção do direito à saúde insere-se, portanto, no espaço das microrrelações entre usuários, profissionais e conselheiros de saúde, imersas nos significados que são reproduzidos e continuamente reinterpretados.⁷

Em relação à democratização das informações, identificaram-se dificuldades em divulgar para a população o cronograma de reuniões e deliberações do CMS, dado esse que vai ao encontro dos resultados encontrados em um estudo realizado em Viçosa, Minas Gerais, no qual 44,1% dos conselheiros municipais de saúde afirmaram que as decisões tomadas no CMS não são divulgadas à população.¹²

Os conselhos têm por obrigação criar formas que assegurem a comunicação com a

The action of municipal health council: diagnosis...

sociedade a fim de garantir a divulgação de suas atividades e deliberações, pois a comunicação tem uma íntima relação com o controle social, sendo a base e o incentivo para participação da sociedade no processo de democratização. Além disso, é necessário facilitar a expressão de denúncias, queixas, sugestões, reclamações e outras ações, no intuito de reforçar os vínculos com a população.¹⁷

Analisando as falas dos conselheiros referentes à falta de interesse da população, é possível perceber que elas remetem à idéia de que essa atitude da população seria decorrente da falta de cultura política, talvez causada por um processo histórico de autoritarismo, coronelismo, de troca de favores e submissão, acarretando na não participação nos processos decisórios de saúde.

Estudos realizados em diferentes cenários destacam a presença de fatores que dificultam a participação, entre eles o autoritarismo e a assimetria de poder e de saber:^{1,18}

O autoritarismo social alimenta formas de sociabilidade excludentes e reproduz a desigualdade em todos os seus níveis, inclusive e, sobretudo, no campo da política constituindo fator impeditivo de uma efetiva democratização das relações entre Estado e sociedade na Bahia.^{18:20}

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que diversos fatores podem influir na participação e controle social do usuário/família nas decisões em saúde, além de identificar os principais problemas locais que necessitam ser encarados a fim de avançar no processo democrático regional e até mesmo nacional, uma vez que práticas sociais excludentes se fazem presentes em diversas regiões do Brasil.

Os achados deste estudo poderão servir como subsídio para gestores, profissionais, usuários e conselheiros de saúde para que compreendam e consolidem a participação social dos usuários na ESF, uma vez que o programa tem uma vinculação direta com os usuários e apresenta a capacidade de incentivá-los a participar nas decisões de saúde como atores sociais.

A identificação das limitações da realidade local mostrou que a prática participativa só poderá ser alcançada após transpassar os entraves sociais e culturais de execução da cidadania. Nesse contexto, é preciso que cada vez mais os CMS se aproximem e dêem apoio

Alves PF, Jesus ATS de, Oliveira MM et al.

aos Conselhos Locais de Saúde e se aproximem da comunidade. Todo esse esforço no sentido de fortalecer a participação social, que foi um direito conquistado com muita luta, devendo ser usufruído por todos.

REFERÊNCIAS

1. Costa MR. A luta pela reforma sanitária: direitos em saúde. In: Romano JO, Athias R, Antunes M, editores. Olhar crítico sobre participação e cidadania. São Paulo: Ed. Expressão Popular; 2007. p. 133-59.
2. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet [Internet]. =2011 June [cited 2012 Mar 10];377(9782):2042-53. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60055-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60055-X/fulltext)
3. Doimo AM, Rodrigues MMA. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política. Polit e Soc [Internet]. 2003 out [cited 2012 Mar 10]; 2 (3):95-115. Available from: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2022>
4. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. The Lancet [Internet] 2011 May [cited 2012 May 27];377 (9779):1724-25. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60318-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60318-8/fulltext)
5. Assis MMA, Villa TCS. O Controle Social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2003 June [cited 2011 Aug 12];11 (3): 376-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300017
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Brasília; 2002.
7. Oliveira MM. Análise da aceitabilidade da Estratégia Saúde da Família [Tese Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
8. Teixeira CF. Promoção e Vigilância da Saúde no SUS: desafios e perspectivas. Salvador: CEPIS/ISC; 2002. Promoção e Vigilância da Saúde; p. 102-25.
9. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian Health System: history advances, and challenges. Lancet

The action of municipal health council: diagnosis...

- [Internet]. 2011 May [cited 2012 May 24];377(9779): 1778-97. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext#article_upsell)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implantação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados. Brasília; 2002.
 11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
 12. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho municipal de saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Cien saúde colet [Internet]. 2010 ago [cited 2012 Feb 10];15(5):2437-45. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a18.pdf>
 13. Rodrigues DS, Costa GMC, Celino SDM, Martiniano CS. Conselhos municipais de saúde: conhecimento de profissionais de equipes de saúde da família. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2011 Oct [cited 2012 Jan 12];5(8):1876-83. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1842/pdf_647
 14. Oliveira ML, Almeida ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. Saude soc [Internet]. 2009 Mar [cited 2012 Jan 23];18(1):141-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100014
 15. Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho DF, Saraiva LES, Van Stralen TBS, Belisário SA. Conselhos de saúde: efetividade do controle em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Cien Saude Colet [Internet]. 2006 [cited 2012 May 26];11(3):621-32. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30978.pdf>
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília; 2002.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: Resgate histórico do Controle Social no SUS. Brasília; 2006.
 18. Milani CRS. Políticas públicas locais e

Alves PF, Jesus ATS de, Oliveira MM et al.

The action of municipal health council: diagnosis...

participação na Bahia: o dilema gestão versus política. Rev Soc [Internet]. 2006 Dec [cited 2010 Dec 15];8(16):180-214. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a08n16.pdf>.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012/04/02
Last received: 2012/06/23
Accepted: 2012/06/24
Publishing: 2012/07/01

Corresponding Address

Poliana Farias Alves
Av. Santos Dumont 608, Ap. 201, Centro
CEP: 96020-380 Pelotas (RS), Brazil

Portuguese/English

Rev enferm UFPE on line. 2012 July;6(7):1629-7