

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

HELOISA HELENA DIAS

**EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PIRANGA**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS
2014

HELOISA HELENA DIAS

**EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PIRANGA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Kátia Ferreira Costa Campos

HELOISA HELANA DIAS

**EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA NAS POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE PIRANGA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Kátia Ferreira Costa Campos

Banca Examinadora

Prof^a. Kátia Ferreira Costa Campos - Orientadora

Prof^a. Flávia Casasanta Marini - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 16/08/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A Deus, pela vida

A Eliton, pelo amor, carinho e incentivo

À Equipe Anjos da Saúde, pela troca significativa de experiências

Aos tutores, pelo grande aprendizado e confiança

À orientadora e Ms.Kátia Ferreira Costa Campos, pela dedicação, paciência e ensinamentos.

Enfim, a todos que direto ou indiretamente participaram dessa trajetória e conquista meu eterno agradecimento.

RESUMO

A participação e o controle social é um marco e uma inegável conquista da sociedade brasileira a partir da Constituição Cidadã de 1988, e no âmbito da saúde este é exercido através dos conselhos e conferências. No entanto, exercer estes direitos perante as políticas públicas e em especial no planejamento e avaliação das ações de saúde ainda é um desafio para a sociedade brasileira e isto deve-se a diversos fatores como a cultura colonial da submissão, a falta de interesse e conhecimento da sociedade sobre os seus direitos e deveres, a ineficiente transparência dos órgãos públicos, e a baixa representação e representatividade dos conselhos gestores. O objetivo deste trabalho foi elaborar plano de intervenção visando o preparo dos conselheiros municipais de saúde para o exercício efetivo do controle social no planejamento, avaliação e fiscalização das ações de saúde no município de Piranga-MG. A partir da seleção do nó crítico foi elaborado então o projeto de intervenção e para tanto utilizou-se como metodologia os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido por Carlos Matus e citados por Campos, Faria e Santos, (2010) e Dagnino (2009), além de artigos científicos publicados nos principais sites científicos como scielo, biblioteca virtual de saúde (BVS), publicações do Ministério da Saúde e Controladoria Geral da União, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e análise das Atas das reuniões do Conselho Municipal de saúde do município no período de 2001 a 2011. Espera-se com este trabalho, que os conselheiros de saúde e usuários tornem agentes transformadores e responsáveis pelas mudanças nas políticas de saúde local e municipal, pois quando a sociedade exerce seu papel de forma plena e consciente é antes de tudo um exercício de cidadania e democracia.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Conselhos de Saúde, Participação e controle social

ABSTRACT

Participation and social control is a milestone and an undeniable achievement of Brazilian society from the Citizen Constitution of 1988, and in the field of health this is exercised through the councils and conferences. However, exercise these rights vis-à-vis the public policies and in particular in the planning and evaluation of health actions is still a challenge for Brazilian society and this is due to several factors such as the colonial culture of submission, the lack of interest and knowledge of society about their rights and duties, the inefficient transparency of public bodies, and the low representation and representativeness of the Councils. The aim of this study is to prepare the municipal health advisers to the effective exercise of social control in planning, evaluation and monitoring of the actions of health in the municipality of Piranga, Minas Gerais. From the critical node selection was prepared so the intervention project and was used both as a methodology in the footsteps of Situational strategic planning (PES), developed by Carlos Matus and cited by fields, Faria and Santos, (2010) and Dagnino (2009), in addition to scientific articles published in key scientific sites as scielo, virtual health library (VHL), Ministry of health publications and Comptroller General, basic care information system (SIAB), and analysis of the minutes of the meetings of the Municipal Council of health of the municipality during the period from 2001 to 2011. It is hoped with this work, the health advisors and users become transformers and agents responsible for changes in local and municipal health policies, because when the society carries out its role fully and consciously is first and foremost an exercise of citizenship and democracy.

Keywords: Health System, Board of Health, Participation and social control

LISTA DE ABREVIATURAS

- BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
- CMS – Conselho Municipal de Saúde
- CNS- Conselho Nacional de Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- PES – Planejamento Estratégico Situacional
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	08
2. Objetivo	12
3. Metodologia	13
3.1 Planejamentos Estratégico Situacional	13
4. Contextualização do Tema	16
5.1. O controle social nas políticas de saúde e seus desafios	16
5. Resultados	22
5.1. Plano de Intervenção	22
6. Considerações Finais	27
7. Referências Bibliográficas	28

1. Introdução

O município de Piranga está localizado na Zona da Mata mineira, com uma população de 17.232 habitantes, sendo que 60% desta população residem na área rural. Por ser um município de grande extensão territorial (658 Km²) e com baixa densidade demográfica (26,16 hab/km²), segundo o IBGE (2010), e associada ao baixo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (0,661), revela carências múltiplas dentro do conceito ampliado de saúde como saneamento, moradia, lazer, práticas alimentares inadequadas e baixas condições de salário e renda (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011)

A área de abrangência da Equipe Anjos da Saúde é 100% rural com grande extensão territorial devido à baixa densidade demográfica e esta é responsável por duas Unidades Básicas de Saúde, uma localizada na Comunidade do Carioca com distância da sede do município de 15 km e a outra no Distrito de Pinheiros Altos há 18 Km.

A Equipe de Saúde da Família Anjos da Saúde é composta por 01 médico clínico geral, 01 enfermeira, 03 técnicos de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião dentista, 01 auxiliar de saúde bucal e conta com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e está sob supervisão direta de um gerente.

Segundo informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a equipe possui 649 famílias cadastradas totalizando 2566 pessoas, sendo que a população masculina é superior a feminina.

A equipe planeja suas ações de acordo com os ciclos da vida (gestação, criança, adolescente, adulto e idoso) e de acordo com as políticas prioritárias da Estratégia Saúde da Família (Saúde da criança, Saúde da mulher, saúde do idoso) e inclusive por algumas comorbidades prioritárias como hipertensão arterial e diabetes, assim como o atendimento a demanda espontânea.

O atendimento programado é voltado para gestantes, crianças, e portadores de doenças crônicas, no qual é seguido o que é proposto pelas linhas guias. Ainda está em processo de classificação de risco os portadores de hipertensão e diabetes e à medida que é realizada esta classificação os atendimentos assim como a solicitação dos exames estão pautados no que é preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde.

Assim, utilizamos fichários rotativos para o monitoramento no hiperdia, prevenção de câncer de mama e útero em mulheres de 25 a 59 anos assim como na vacinação. Através deste

recurso é possível identificar a população alvo, planejar o atendimento e realizar busca ativa aos faltosos.

Como estamos inseridos em duas UBS, ambas rurais e a área territorial de abrangência é extensa, o atendimento é realizado nas duas unidades assim como em comunidades circunvizinhas em que o acesso é dificultado de alguma forma, seja ambiental quanto de logística, como por exemplo, o transporte.

No entanto, a participação da comunidade no processo de planejamento e controle social das ações de saúde seja no processo de trabalho ESF (Estratégia Saúde da Família) quanto na gestão através dos Conselhos e Conferências de Saúde é praticamente inexistente, e esta deficiência pode estar associada há vários fatores como desconhecimento por parte da população sobre seus direitos e deveres, inclusive muitos desconhecem a existência de Conselhos de Saúde e sua finalidade. E isto é evidenciado pela inexistência de divulgação das reuniões, conseqüentemente, baixa representatividade dos conselheiros perante aos seus representados, baixa escolaridade e informação dos usuários, deficiência da própria equipe de saúde que não inclui a comunidade no planejamento das ações de saúde do território, falta de responsabilização coletiva e uma cultura dos brasileiros de pouca cobrança aos órgãos públicos.

Portanto, a partir do diagnóstico situacional, foram identificados os problemas, priorizados aqueles que foram classificados como urgentes, de alta importância e dentre esses, foi escolhido àquele que estava dentro da governabilidade da equipe, participação incipiente dos conselheiros na gestão municipal, e como nó crítico deste, despreparo dos conselheiros para o controle social da comunidade no planejamento, avaliação e fiscalização das ações de saúde na área de abrangência da equipe de saúde. Fato esse, evidenciado após análise das Atas de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde no período de 2001 a 2011 que mostrou a presença de relevantes problemas dificultadores na implementação de um conselho atuante e direcionador das políticas de saúde mediante o Estado, necessitando desta forma a educação permanente destes atores.

Os conselhos e as conferências de saúde são considerados os principais recursos que a comunidade tem em seu poder para exercer sua plena cidadania no Sistema Único de Saúde, e o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão

homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Desta forma, os Conselhos de Saúde são considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde. Em sua composição deve haver paridade entre o número de usuários e o demais segmentos, ou seja, 50% dos representantes do conselho são usuários e os demais segmentos seriam distribuídos entre os 50% restante – representantes governamentais, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde (BRASIL, 1998).

Já as Conferências de Saúde devem reunir-se a cada quatro anos com representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

No entanto, sua atuação de forma consciente, propositora e assertiva é uma realidade distante no país, inclusive no município de Piranga que após a análise de atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do município percebe-se uma incipiente participação e atuação, seja dos conselheiros, quanto da comunidade, ou seja, o conselho de saúde não vem cumprindo seu papel de formulador de estratégias em saúde e controlador de execução das políticas de saúde.

E esta deficiência na atuação dos Conselhos de Saúde não está restrita ao município de Piranga, mas praticamente em todo o Brasil o que fica evidente no Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2001:

[...] a falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo freqüentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil (BRASIL, 2002, p. 46).

Desta forma a incipiente participação da comunidade na gestão pública parece perpassar também pela baixa representação e representatividade, falta de transparência e divulgação das reuniões, pouco compromisso da sociedade com o poder público e assim deixando de exercer sua plena cidadania.

Assim, faz necessário criar estratégias de fortalecimento do controle social no município a fim de tornar a gestão pública em saúde mais eficiente e transparente e que

garanta os direitos e os princípios do Sistema Único de Saúde. Pois estes espaços de diálogo fortalecem o vínculo entre a equipe e a comunidade e, além disso, espera-se que melhore e amplie as adesões à programas de saúde, projetos terapêuticos e atividades comunitárias desenvolvidas pela equipe.

A partir desta realidade, considera-se de grande importância empoderar estes conselheiros de saúde e a comunidade para que exerçam o seu papel com responsabilidade e independência e que exerçam sua cidadania de forma plena. Pretende-se, então, contribuir para o empoderamento coletivo entre equipe de saúde da família, comunidade e conselho municipal de saúde, a partir do estímulo a participação dos conselheiros na gestão local.

Diante do contexto apresentado indaga-se: como estimular a participação dos conselheiros na gestão do serviço de saúde na área de abrangência?

Para Chauí (1993), os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem em especial, a partir das suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber.

Desta forma, considera-se a proposta de intervenção de alta relevância para o município, e a partir da apresentação da mesma, espera-se colocá-la em operação, visando a melhoria na participação e controle social no município, de forma ascendente, partindo do nível local e então fortalecendo o CMS nas suas deliberações e controle social.

2. Objetivo Geral

Elaborar plano de intervenção visando o preparo dos conselheiros municipais de saúde para o exercício efetivo do controle social no planejamento, avaliação e fiscalização das ações de saúde no município de Piranga-MG.

3. Metodologia

3.1 Planejamento estratégico situacional (PES)

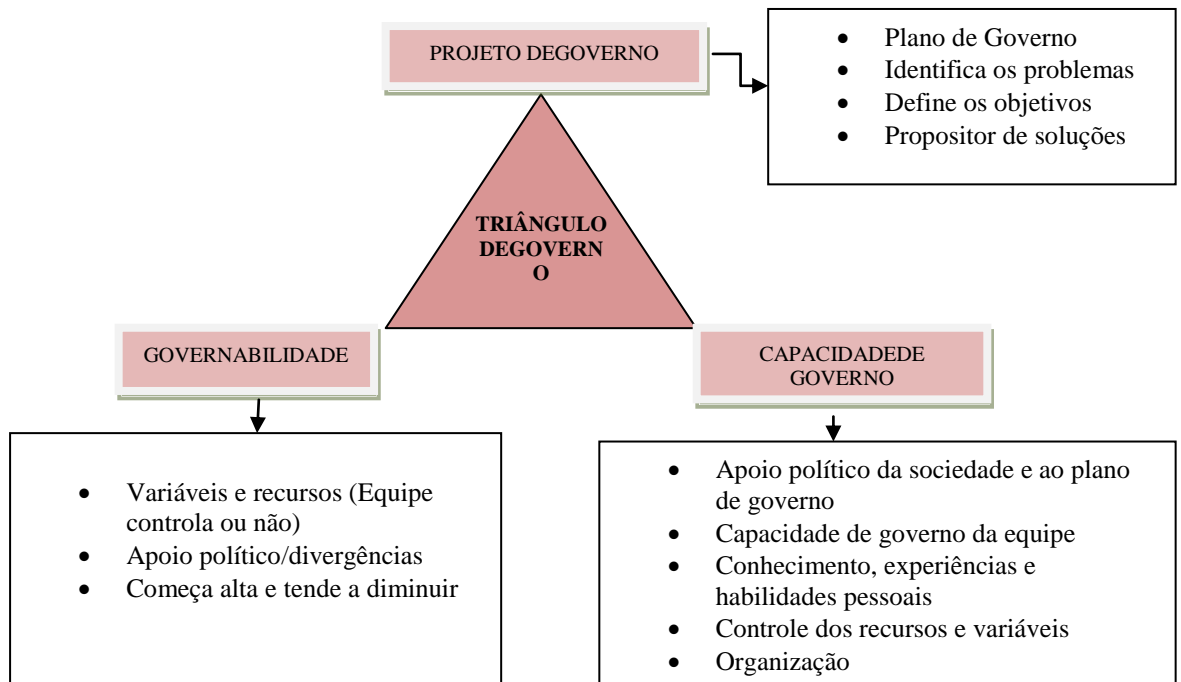
Para a elaboração do projeto de intervenção utilizou-se os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido por Matus (1993) apud Campos, Faria e Santos, (2010) e Dagnino (2009).

Segundo Matus (1993), o PES está baseado e fundamentado em três pilares formando um triângulo conhecido como Triângulo de governo e no qual os vértices interligam-se e interrelacionam entre si. São eles: Projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo, que formam o Triângulo de Governo, e de acordo com Dagnino (2009), governar é controlar de forma adequada essas três variáveis,.

O projeto de governo refere-se ao plano de uma equipe se propõe a realizar, ou seja, um conjunto de objetivos a serem alcançados em determinado período. Já a governabilidade são as variáveis ou recursos que uma equipe necessita para implementar este plano, sendo que dois fatores a afetam, segundo Dagnino (2009), são o tempo, entendido como o recurso mais escasso do governante e a oportunidade política para empreender uma dada ação de governo.

Já a capacidade de governo, diz respeito a acumulação de experiências de uma equipe e que são necessários para a implementação do plano (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Identificar quais são vértices do triângulo que dificultam ou impedem a execução do plano é fundamental, pois poderá ajudar no processo de tomada decisão e realizar as intervenções necessárias, seja no projeto, na governabilidade ou na capacidade de governo.

O triângulo de governo proposto por Matus (1993) e citado por Campos, Faria e Santos, (2010) e Dagnino (2009) está representado na Figura , a seguir.



Fonte: Campos, Faria e Santos, (2010); Dagnino(2009), complementado pela autora de acordo com a literatura consultada.

Todo planejamento apresenta no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades. Nesse sentido utilizou-se os quatro momentos que caracterizam o processo de planejamento estratégico situacional, que são apresentados a seguir:

- **Momento explicativo:** busca-se conhecer a situação atual, identificar, priorizar e analisar os problemas. Semelhante ao chamado “diagnóstico tradicional”, aqui se considera a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.
- **Momento normativo:** quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados, considerado como o momento de elaboração de propostas de solução.
- **Momento estratégico:** este momento permite analisar e construir viabilidade para as propostas elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.
- **Momento tático-operacional:** é o momento de execução do plano nos quais devem ser definidos e implementado o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico. No presente trabalho chegou-se até o momento estratégico, e o momento tático-operacional seguirá após a aprovação deste Trabalho de Conclusão de Curso, levando-se em conta as contribuições que serão dadas.

Além do PES, utilizou também, para a contextualização do tema, uma busca sobre Sistema Único de Saúde, Conselhos de Saúde e participação e controle social na literatura através de artigos científicos publicados nos principais sites científicos como Scielo, biblioteca virtual de saúde (BVS), publicações do Ministério da Saúde e Controladoria Geral da União, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e pesquisa em Atas das reuniões do Conselho Municipal no período de 2001 a 2011, que após leitura, foram selecionadas aquelas que a autora considerou mais adequadas para a elaboração do texto teórico.

4. Contextualização do tema

4.1 O controle Social nas políticas de saúde e seus desafios

O processo de construção de um sistema de saúde universal e democrático no Brasil se deu na contramão histórica e social do país, pois ao final da década de 1970, ainda no Regime Militar, emergia o movimento da Reforma Sanitária insatisfeita com a situação de saúde da época que era autoritária e excludente, e culminou em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, percussora para a elaboração e instituição das políticas de saúde na Constituição de 1988, um marco para a democracia no país.

De acordo com Arouca (1998), em depoimento sobre a Reforma Sanitária afirma:

[...]A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, p.1).

Segundo Silva *et al* (2007), com a democratização, busca-se eliminar as formas autoritárias e tradicionais de gestão das políticas sociais, bem como a adoção de práticas que favoreçam uma maior transparência das informações e maior participação da sociedade no processo decisório. A participação popular na saúde deve ser entendida como a partilha efetiva do poder entre Estado e sociedade civil (LONGHI e CANTON, 2011).

Assim, o controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública. Trata-se de importante mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania podendo ser exercido pelos conselhos de políticas públicas ou diretamente pelos cidadãos, individualmente ou de forma organizada (BRASIL, 2010).

Segundo publicação do Ministério da Saúde, Brasil (2010) os conselhos são instâncias de exercício da cidadania, que abrem espaço para a participação popular na gestão pública.

Nesse sentido, os conselhos podem desempenhar as funções de fiscalização, de mobilização, de deliberação ou de consultoria. Detalhadas a seguir, de acordo com a publicação Brasil (2012, p.21):

- A função fiscalizadora dos conselhos pressupõe o acompanhamento e o controle dos atos praticados pelos governantes.
- A função mobilizadora refere-se ao estímulo à participação popular na gestão pública e às contribuições para a formulação e disseminação de estratégias de informação para a sociedade sobre as políticas públicas.
- A função deliberativa, por sua vez, refere-se à prerrogativa dos conselhos de decidir sobre as estratégias utilizadas nas políticas públicas de sua competência, enquanto a função consultiva relaciona-se à emissão de opiniões e sugestões sobre assuntos que lhes são correlatos.

E conforme Gerschman (2004), o trabalho do Conselho de Saúde não deve ser confundido com o papel do gestor municipal e estadual, cabe a este propor à construção de saúde, o acompanhamento das ações, a fiscalização e utilização dos recursos e ao gestor a execução da política de saúde.

Já as Conferências de Saúde reunir-se-ão a cada quatro anos com representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

Segundo o relatório da XII Conferência Nacional de Saúde, o controle social da política de saúde no SUS é:

... um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição. O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviço... (BRASIL, 2004, p. 101).

Conforme a Constituição Federal de 1988, “o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído e organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade”

(BRASIL, 2003). Esta regulação constitucional do SUS se complementa em 1990, com a criação das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142.

A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o SUS obedecendo a princípios doutrinários e operacionais, tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, equidade, descentralização político-administrativa regionalização e hierarquização e participação da comunidade (BRASIL, 2003).

Já a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências (BRASIL, 1990)

Em consonância com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.142 de 1990, a participação popular na gestão das políticas públicas de saúde pode ser exercida através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, ambos nas três esferas de gestão: municipal, estadual e federal. Segundo a legislação em vigor, as decisões emanadas desses órgãos devem tratar da formulação de estratégias e do controle de execução das políticas de saúde, com pleno acesso aos aspectos econômico-financeiros voltados para o setor, propondo critérios para a programação, a execução, o acompanhamento, a avaliação e também a elaboração e a aprovação do plano de saúde, bem como o estabelecimento de estratégias para a sua execução.

Sendo assim a primeira diretriz da Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), define:

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012, p.1).

Esta mesma Resolução, em seu item sobre a organização dos conselhos, estabelece que a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

A composição do Conselho de Saúde de acordo com o que propôs as Resoluções 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012, p.2).

Assim, os conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado (SALIBA, 2009).

De acordo com o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde referentes aos anos de 2007 a 2008, há 5554 Conselhos Municipais de Saúde no Brasil, o que corresponde 99,52%, e 27 conselhos estaduais (0,48%), ou seja, o conselho está presente em todas as cidades brasileiras.

No entanto, apesar do Conselho oferecer todo esse aparato legal e de exercício de cidadania, este ainda enfrenta muitos desafios na maioria das cidades brasileiras, seja por falta de conhecimento da população e dos próprios conselheiros, falta de transparência, capacitação técnica, clientelismo, e até mesmo cultural.

Labra (2006) afirma que na realidade cotidiana, os Conselhos de Saúde enfrentam enormes problemas de funcionamento que incidem sobre a legitimação e eficácia dessas arenas. Sendo que essas dificuldades podem estar relacionadas à inconsistência de uma cultura política democrática e à persistência de uma tradição autoritária, ainda presente na realidade nacional.

De acordo como relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, apesar dos avanços do controle social nas políticas de saúde, ainda é evidente alguns obstáculos:

Os Conselhos de Saúde têm avançado significativamente no processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, mas enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais: o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infra-estrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados (BRASIL, 2004, p. 101).

Corroborando Gerschman (2004), em seu estudo demonstra que poucos conselheiros, atribuem ao conselho o papel de viabilizar o controle social, mesmo se tratando de um atributo essencial deste órgão idealizado pelo movimento social em saúde e garantido pela Lei nº 8142. Esta dificuldade pode ser atribuída à falta de preparo dos conselheiros e ao desconhecimento de sua função (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002), justifica a necessidade de capacitações permanentes para que eles possam conhecer seu papel e aprofundar as discussões na formulação e implantação das políticas municipais de saúde (SOARES; TRINCAUS, 2007).

Já Carvalho (1997), afirma que os conselhos de saúde não precisam de mais normas, leis, mas sim de uma política mais transparente, com mais voz e que envolva de forma direta e orgânica as questões de informação e de comunicação em massa.

Lima (2001) relaciona a falta de informação e despreparo dos conselheiros quanto às práticas de participação e controle social. Além da informação é necessário, segundo esse autor que os representantes reconheçam suas funções e não atuem apenas em atividades pontuais, mas planejem e fiscalizem o funcionamento do setor conforme o previsto na legislação. Nas palavras de Lima (2001, p. 30-31):

[...] existe uma concordância da necessidade de informação para a construção de sujeitos mais atuantes, mostrando que a informação forma participantes mais conscientes e menos submissos aos conhecimentos técnicos ou a manipulação de interesses de grupos minoritários, a concepção de sujeito social aqui está relacionada com a criação de sujeitos mais autônomos e participantes, sejam conselheiros ou usuários” (LIMA, 2001, p. 30-31)

Apesar de o Brasil ser uma democracia, ainda há na sociedade a falta de tradição de participação e de cultura cívica o que reflete negativamente no exercício do controle social, Labra e Figueiredo (2002), retrata bem esta realidade quando afirma que ainda existe forte clientelismo político na busca de concessão de benefícios de direito como se fossem favores pessoais, criando relações de dependência pessoal assimétricas.

Labra; Figueiredo, 2002, p. 20, afirmam que “Esses comportamentos estão enraizados na população, em especial na massa pobre, que acata com resignação seu destino”

Dessa forma, Soares e Trincaus (2007), evidenciam que a falta de conhecimento sobre seu papel, o linguajar técnico utilizado, a falta de preparo e informação – pode ser um interesse do Poder Público, em manter o conselheiro desinformado e despreparado para exercer seu papel. É certo que quando não há conhecimento suficiente, não há eficiência na atuação, e comportamentos de submissão e conformismo ocupam o lugar, onde práticas de cidadania, participação e controle social deveriam imperar.

Assim, conclui-se que a mera existência do conselho formado, funcionando com a participação dos conselheiros, efetivado dentro do que preconiza a lei, não é prerrogativa de sua legitimação. É necessário criar e implementar estratégias de enfrentamento e empoderamento desses importantes atores e efetivadores do SUS.

5. RESULTADOS

5.1 Plano de intervenção

Para melhor visualização do leitor, optou-se por discorrer brevemente sobre o nó crítico para então seguir com a definição de estratégias de intervenção, que é a escolha de caminho pelo qual se partirá da situação identificada pelo diagnóstico como insatisfatória ou problemática para a situação que se quer chegar: a imagem-objetivo. E estas estratégias devem ser viáveis para implementação deste plano (KUSCHNIR, et al 2010).

A começar pelo Conselho Municipal de Saúde, que após análise sistemática das Atas de reuniões no período de 2001 a 2011 constata-se que apesar de respeitar a paridade em relação aos segmentos, os seus representantes são omissos e desinteressados no seu papel e função e isto se deve a falta de conhecimento destes em relação à legislação e função deste órgão, tornando-o meramente como recurso para as transferências intergovernamentais e aprovação das pautas emanadas pela gestão.

Devido à atuação inexpressiva deste conselho e nenhuma transparência em suas decisões e deliberações, a população também desconhece este direito e conseqüentemente o resultado é a ausência da participação da sociedade no planejamento, avaliação e fiscalização das ações de saúde sejam na própria comunidade assim como no município.

A seguir apresenta-se, organizado por meio de quadros sinópticos, a síntese do plano de intervenção com as metas propostas para a resolução do nó crítico apresentado.

Meta 1	Capacitar os conselheiros visando o seu preparo e conhecimento sobre conceito, função e legislação do Sistema Único de Saúde.
Projeto:	“Exercício consciente do controle social: uma perspectiva democrática para a saúde no município de Piranga”
Recursos necessários	Recursos cognitivos: conhecimentos sobre a pedagogia da problematização; Conhecimentos inerentes a política municipal de saúde, funcionamento, papel do conselho dentre outros. Recursos financeiros: Serão utilizados recursos já existentes da própria SMS: Sala de aula, datashow

	Recursos políticos: mobilização do conselho municipal de saúde para a capacitação.
Recursos críticos	Recursos políticos: mobilização do conselho municipal de saúde para a capacitação
Viabilidade do plano	Conselho motivado. Gestor municipal motivado.
Gestão do plano	
O que?	Sete oficinas baseadas na metodologia ativa de ensino aprendizagem.
Como?	Reunir o Conselho Municipal de Saúde do município e apresentar o projeto aos conselheiros, em seguida agendar as datas para a realização das oficinas.
Quem?	Enfermeira da equipe de Estratégia Saúde da Família
Onde?	Sala de reunião do Conselho Municipal de Saúde
Quando?	Janeiro/14 à Março/2014
Monitoramento e avaliação	Reuniões semanais com os responsáveis para a avaliação do andamento da intervenção
Resultado esperado	80% dos conselheiros com frequência nas oficinas (membros efetivos e suplentes)

Meta 2	Inserir os profissionais da Estratégia Saúde da Família como co-responsáveis na efetivação do Controle Social
Projeto	Equipe Saúde da Família: promotores de cidadania
Recursos Necessários	<p>Recursos cognitivos: conhecimentos sobre a pedagogia da problematização; conhecimentos sobre controle social nas políticas públicas, conselhos de saúde, legislação do SUS e o seu papel como profissional de saúde e o exercício da cidadania junto a comunidade.</p> <p>Recursos financeiros: material educativo, papel A4, impressora, computador, data show, pincéis atômicos, papel pardo e fita adesiva.</p>
Recursos Críticos	Recursos Políticos: Mobilizar a gestão e os profissionais da Estratégia Saúde da família.

Viabilidade do plano	Gestor, coordenação, gerência e profissionais da ESF motivados e aumentar o vínculo entre profissionais e a comunidade
Gestão do Plano	
O que?	Três oficinas baseadas na metodologia de ensino aprendizagem.
Como?	Planejar as sextas-feiras pela manhã durante três semanas consecutivas para realizar as discussões em grupo, com confecções de cartazes e apresentação do material didático.
Quem?	Enfermeira da ESF
Onde?	Unidade Básica de Saúde
Quando?	Fevereiro /2014
Monitoramento e avaliação	Aplicação do questionário avaliativo ao final de cada oficina
Resultado Esperado	100% dos profissionais freqüentes nas oficinas.

Meta 3	Mobilizar os líderes comunitários para o exercício do efetivo controle Social
Projeto	Saúde da família e comunidade: uma parceria de cidadania
Recursos Necessários	Recursos cognitivos: conhecimentos sobre a pedagogia da problematização; conhecimentos sobre democracia e cidadania, controle social nas políticas públicas, as formas de participação social nas gestão do SUS, Conselhos de saúde e conferências de saúde. Recursos financeiros: material didático, estudos de caso, papel A4, impressora, computador, data show, pincéis atômicos, papel pardo e fita adesiva.
Recursos Críticos	Recursos Políticos: Mobilizar e conscientizar os líderes comunitários.
Viabilidade do plano	Gestor, coordenação, gerência, profissionais da ESF e líderes comunitários conscientes e motivados.
Gestão do Plano	
O que?	Três oficinas baseadas na metodologia de ensino aprendizagem.

Como?	Convocar os líderes comunitários para reunião com a ESF, apresentar o projeto e agendar as datas e horário das oficinas.
Quem?	Equipe de Saúde da Família sob coordenação da Enfermeira
Onde?	Unidade Básica de Saúde
Quando?	Março /2014
Monitoramento e avaliação	Aplicação do questionário avaliativo ao final de cada oficina
Resultado Esperado	80% dos líderes frequentes nas oficinas

Meta 4	Conscientizar a população sobre o seu papel nas políticas públicas através dos líderes comunitários e a ESF
Projeto	Saúde da família e comunidade: uma parceria de cidadania II
Recursos Necessários	Recursos cognitivos: conhecimentos sobre o exercício de cidadania, controle social nas políticas públicas (conselhos e conferências de saúde), a participação da comunidade no planejamento e avaliação das ações da ESF, agenda de reunião entre a comunidade e a ESF, representação no CMS, entre outros. Recursos financeiros: material didático, papel A4, impressora, computador, data show.
Recursos Críticos	Recursos Políticos: Conseguir espaço para divulgação na rádio, articulação intersetorial e mobilizar a comunidade.
Viabilidade do plano	Gestor, coordenação, gerência, profissionais da ESF, líderes comunitários e comunidade conscientes e motivados.
Gestão do Plano	
O que?	Reunião bimestral com a comunidade por micro área para apresentar os temas
Como?	Convocar toda a comunidade para apresentar o projeto
Quem?	Equipe de Saúde da Família sob coordenação da Enfermeira
Onde?	Associações e Igrejas
Quando?	Abril /2014

Monitoramento e avaliação	Reunião mensal entre a ESF e os líderes comunitários para avaliação das reuniões
Resultado Esperado	50% da população por micro área freqüente nas reuniões.

6. Considerações finais

Este projeto de intervenção representa um primeiro passo e um importante caminho a ser seguido pela equipe, pelos conselheiros municipais de saúde e a comunidade da Equipe Anjos da Saúde. Representa um desafio, mas que se levado a sério e com participação efetiva de todos pode trazer mudanças significativas e concretas na construção de um sistema de saúde mais democrático para todos os cidadãos.

Somente através da informação e conhecimento é que um ser humano pode ser agente transformador de sua realidade, e o conselheiro de saúde e os usuários são atores chaves e responsáveis pelas mudanças nas políticas de saúde e exercer seu papel de forma atuante e consciente é antes de tudo exercer seu papel de cidadão perante toda a sociedade.

Espera-se operacionalizar e contribuir para o efetivo controle social no município e avançar em próximos passos despertados por esse plano de ação.

7. Referências Bibliográficas

AROUCA, S. **Sérgio Arouca: Em depoimento datado de 1998 sobre a Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Disponível em: <http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acessado em 29 de outubro de 2013.

BRASIL. M.S. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF, 19 de Setembro de 1990, Seção I, v. 128, n. 182, p. 18055-18059.

BRASIL. M.S. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990, Seção I, v. 68, n. 249, p. 2569.

BRASIL. M.S. **O SUS e o Controle Social**. Guia de Referência para Conselheiros Municipais. Brasília: MS. 1998.

BRASIL. M.S. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. M.S. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 04 de novembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. CGU. **Controle Social: Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. Coleção Olho Vivo. Secretaria de Prevenção da

Corrupção e Informações Estratégicas. Brasília, 2012. 48p. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/publicacoes/CartilhaOlhoVivo/Arquivos/ControleSocial2012.pdf>.

BRASIL.MS. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012:** Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.htmlhttp://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html. Acessado: 28 de outubro de 2013 as 13 horas.

BRASIL.IBGE. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010.** Acessado no dia 03/05/12e disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

CARVALHO, A. I. **Conselho de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: A Reforma Sanitária como Reforma de Estado.** Saúde e Democracia: a Luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CHAUÍ M. S. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.** 6ª Ed. São Paulo: Cortez; 1993.

DAGNINO, R. P. **Planejamento Estratégico Governamental.** Florianópolis:: Cortez; 1993. Departamento de Ciências de Administração/UFSC; [Brasília]. CAPES: UAB, 2009.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: Atuação e Representação das Comunidades Populares. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, nº. 06, p.1670-1681, 2004.

KUSCHNIR, R. C. et al. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 180p.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, Participação e Cultura Cívica: O Potencial dos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 03, p. 19-23, 2002.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: visões “macro” e “micro”. **Revista de Ciências Sociais**. Porto Alegre, v.6, n.1, p.199-221, jan-jun. 2006.

LIMA, J. C. Representatividade e Participação das Bases na Categoria dos Usuários de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 56, 29-39, 2001.

LONGHI, J. C.; CANTON, G.A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-31. 2011.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. In: DAGNINO, R. P. **Planejamento Estratégico Governamental**. Florianópolis: Departamento de Ciências de Administração/UFSC; [Brasília]. CAPES: UAB, 2009.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

PIRANGA. Departamento Municipal de Saúde de Piranga. **Plano Municipal de Saúde vigência: 2010-2013**. 69p.

PIRANGA. Departamento Municipal de Saúde de Piranga. **Sistema Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Piranga, 2013.

SALIBA, N. A. et al. Conselhos de Saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p.1369-1378, nov./dez., 2009.

SILVA, A.X.; CRUZ, E.A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688. 2007.

SOARES, L.G.; TRINCAUS, M.R. Participação e controle social: uma revisão bibliográfica dos avanços e desafios vivenciados pelos conselhos de saúde. **Rev. Eletrônica Lato Sensu**, n. 1, p. 245-264, 2007. Disponível em: <http://www.unicentro.br>. Acessado em 15 de novembro de 2011.

WENDHAUSEN, A.L.P.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628. 2002.