



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Miwa, Marcela Jussara; Serapioni, Mauro; Ventura, Carla Aparecida Arena

A presença invisível dos conselhos locais de saúde

Saúde e Sociedade, vol. 26, núm. 2, 2017, Abril-Junho, pp. 411-423

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902017170049

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406264013007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

A presença invisível dos conselhos locais de saúde

The invisible presence of local health councils

Marcela Jussara Miwa

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: marcelajmiwa@yahoo.com.br

Mauro Serapioni

Universidade de Coimbra. Centro de Estudos Sociais. Coimbra, Portugal.

E-mail: mauroserapioni@ces.uc.pt

Carla Aparecida Arena Ventura

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: caaventu@gmail.com

Resumo

Este artigo apresenta resultados de estudo sobre conselhos locais de saúde, ressaltando suas modalidades de atuação e as dificuldades enfrentadas em sua defesa e na promoção dos direitos dos usuários. Trata-se de estudo de caso, de abordagem qualitativa, sobre dois conselhos locais da cidade de Ribeirão Preto (SP), com utilização de entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise de atas. Identificaram-se três categorias temáticas: invisibilidade dos conselhos; desconhecimento, descrença e dependência nos órgãos competentes; e alternativas para sair do anonimato. A baixa divulgação das reuniões, funções e atividades dos conselhos locais de saúde colaboram para a produção de sua invisibilidade. A sociologia das ausências auxiliou na compreensão de como as monoculturas hegemônicas podem reforçar essa invisibilidade. O ponto a ser ressaltado neste estudo diz respeito às alternativas apontadas pelos próprios conselheiros para se tornarem “visíveis” e fomentarem uma maior participação social, como: a capacitação de conselheiros e profissionais de saúde; maior interação com o Conselho Municipal de Saúde; maior divulgação das ações e realizações dos conselhos locais; e a criação de mecanismos que facilitem a identificação dos conselheiros.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Estudo de Caso; Participação Social.

Correspondência

Marcela Jussara Miwa

Av. dos Bandeirantes, 3.900, Campus Universitário, Monte Alegre.
Ribeirão Preto, SP, Brasil. CEP 14040-902.

Abstract

This article presents results of a study about the Local Health Councils (LHC), emphasizing their performance and difficulties faced in order to defend and promote the rights of users. It is a case study, with a qualitative approach, about two LHCs in the city of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, using semi-structured interviews, direct observation and analysis of minutes. Three thematic categories arose from the analysis: invisibility of LHCs; lack of awareness, disbelief and dependence from competent agencies; alternatives in order to emerge from anonymity. Lack of dissemination of the meetings, functions and activities of the LHCs contribute to their invisibility. The Sociology of Absences supported the understanding of how hegemonic monocultures can reinforce the invisibility of LHCs. It is important to emphasize in this study the alternatives pointed out by members of the LHCs in order to become visible and stimulate social participation such as: capacity building strategies directed to health professionals; greater interaction with the Municipal Health Council; improve the dissemination of actions and achievements of LHCs; as well as mechanisms to facilitate the identification of LHC members.

Keywords: Health Councils; Case Study; Social Participation.

Introdução

A participação social em saúde no Brasil encontra mecanismos formais de atuação por meio de conselhos e conferências. A Lei Federal nº 8.142/1990 garante a instituição de conselhos em nível federal, estadual e municipal em caráter permanente e deliberativo, com capacidade de avaliar e fiscalizar serviços e recursos em saúde (Brasil, 1990). A composição representativa dos membros, com 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo, prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, foi estabelecida pela Resolução nº 33/1992 (Brasil, 1993). Em 2003, com a Resolução nº 333, o Conselho Nacional de Saúde procurou ampliar e estruturar o funcionamento dos conselhos, estipulando tempo de mandato dos membros, definindo competências, responsabilidades e funções (Brasil, 2003). Em 2012, o Ministério da Saúde aprovou a Resolução nº 453, que trata da reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos (Brasil, 2012), substituindo a Resolução nº 333 de 2003.

Vários estudos indicam que há uma razoável participação dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. No entanto, também sinalizam que há ainda um longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros seja efetiva na condução de políticas públicas. Conforme constata Martins et al. (2008, p. 111) “apenas a existência formal dos espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade”, uma vez que os conselhos de saúde deparam-se com inúmeros desafios que prejudicam sua efetividade, tais como: problemas de representação, com desconsideração do princípio de paridade ou escolha de membros por vias pouco claras e falta de divulgação das atividades e iniciativas dos conselhos para a comunidade, o que resulta em baixa adesão popular nos processos decisórios locais.

No que diz respeito a problemas de participação da comunidade, Santos e Avritzer (2002) afirmam que a representação envolve pelo menos três dimensões: autorização, identidade e prestação de contas. Quando, por exemplo, os sujeitos desconhecem os critérios para seleção de seus representantes nos conselhos de saúde, há uma falha na

“autorização” e, consequentemente, na legitimidade desses representantes, prejudicando, portanto, qualquer tipo de identificação entre representante e representados. Quando os conselhos apresentam baixa divulgação das suas atividades e resoluções, sinalizam uma deficiência na prestação de contas que pode acentuar certo descrédito, ampliando, assim, o distanciamento entre população e conselho.

Outros aspectos críticos referentes à prática do controle social e da participação cidadã nos conselhos de saúde referem-se à questão da efetividade do envolvimento dos cidadãos e da qualidade dos processos deliberativos. Relativamente à efetividade da participação, diferentes pesquisas nacionais (Escorel; Moreira, 2009; Pires, 2011), em consonância com a literatura internacional (Entwistle, 2009; Fung; Wright, 2001), têm assinalado a escassa influência dos conselhos, seja pelo fato de suas decisões nem sempre serem implementadas pelos gestores municipais, seja por se restringirem a deliberar sobre questões limitadas e secundárias (Rocha, 2011).

Outro ponto crítico refere-se à qualidade do processo de deliberação, afetado por vários fatores, dentre eles: (1) o difícil acesso dos representantes dos usuários às informações relativas a políticas de saúde, com vantagens para os representantes de outros segmentos (Bispo Júnior; Gerschman, 2013; Labra; Figueiredo, 2002); (2) a falta de planejamento e de discussões dos assuntos tratados no conselho (Oliveira; Almeida, 2009); (3) a composição da pauta é frequentemente definida pelo gestor, sem maiores debates.

No caso dos conselhos locais de saúde (CLS), a proximidade entre gestores, profissionais e usuários faz com que os CLS sejam apontados como lugares privilegiados para o exercício da democracia participativa e, consequentemente, do controle social sobre os serviços de saúde (Matuoka; Ogata, 2010)¹.

Essa proximidade entre conselheiros e usuários também aponta para o potencial dos CLS em reduzir o déficit de representação, uma vez que o fluxo de

informações e o processo comunicativo devem ocorrer de forma mais horizontal. Conforme Serapioni e Matos (2013, p. 16): “uma representatividade efetiva e responsável supõe a ativação de canais de comunicação bilateral entre as pessoas designadas para participar e aqueles que as representam”.

Entretanto, a Lei nº 8.142/1990 não cita a criação de conselhos locais de saúde, geralmente vinculados a unidades de atenção primária à saúde; enquanto a Resolução nº 453, apesar de mencionar o CLS, não traz especificações sobre sua atuação, composição ou área de abrangência, ficando sob responsabilidade dos municípios legislar sobre os CLS por meio de decreto, lei municipal ou portaria da Secretaria Municipal de Saúde (Nogueira et al., 2008). Com essa falta de apoio por parte das instâncias federais, por vezes, os CLS (quando existem, pois não são todos os municípios que asseguram seu funcionamento) apresentam pouca visibilidade e enfrentam diversos desafios para sua atuação.

A não valorização do potencial participativo dos conselhos locais é resultado da supremacia reconhecida à racionalidade ocidental, cuja lógica postula que realidades consideradas “particulares” ou “locais” são pouco representativas para a escala dominante global (Santos, 2007).

Esse manto de invisibilidade que envolve o CLS prejudica seu reconhecimento mesmo entre a comunidade em que atua, pois nem sempre os usuários dos serviços de saúde conhecem o conselho da unidade que frequentam ou entendem sua finalidade, o que acaba por resultar em uma baixa participação da comunidade em suas reuniões (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Domitrovic; Araújo; Quintanilha, 2013).

Nesse sentido, pensar em mecanismos de controle social e participação popular na gestão em saúde sem considerar as realidades “micros” (no caso, os CLS) pode representar um desperdício da experiência. Para resgatar essa experiência, Santos (2007) propõe uma “sociologia das

¹ O estudo de Souza e Krüger (2010) objetivou identificar as proposições que os relatórios das conferências nacionais de saúde (a partir do 8º até o 13º) fazem em relação ao Conselho Local de Saúde, ao Conselho Estadual de Santa Catarina e ao Conselho Municipal de Florianópolis. “Como resultado identificou-se que os conselhos locais de saúde não apresentam um caráter deliberativo, mas viabilizam ações que contribuem para a ampliação da fiscalização e organização da política de saúde do município. A participação social no SUS via conselhos locais de saúde ainda é frágil, contudo, potencializa o surgimento de novos atores, socializa as informações do SUS e fortalece espaços participativos neste âmbito” (p. 80).

ausências”², com o intuito de reconhecer como certas monoculturas hegemônicas contribuem para obscurecer práticas e conhecimentos particulares. Santos (2007) identifica cinco tipos de monoculturas: a do saber e do rigor, que privilegia apenas o saber científico; a do tempo linear, vinculada a uma ideia de “progresso”; a da naturalização das diferenças em que se ocultam hierarquias; a da escala dominante, baseada no universalismo e globalização e, por fim, a do produtivismo capitalista, aplicada tanto ao trabalho quanto à natureza.

A partir deste contexto, este artigo apresenta os resultados de um estudo sobre os CLS de Ribeirão Preto, ressaltando suas modalidades de atuação e as dificuldades enfrentadas em sua defesa e na promoção dos direitos dos usuários.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso (Yin, 1994) sobre os conselhos locais da cidade de Ribeirão Preto realizado em duas unidades de saúde. O estudo utilizou uma abordagem metodológica qualitativa e diversos recursos e técnicas para a coleta, processamento e análise de dados. Nesse sentido, compartilhamos com Patton (1999, p. 1192) o pressuposto de que a multiplicidade de instrumentos de recolha de dados e de fontes de informações proporcionam “mais grãos para o moinho da pesquisa”. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram: entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise das atas.

As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2015 a julho de 2016, com usuários e representantes de usuários de dois CLS, nomeados, aqui, como A e B. Ao todo, foram entrevistadas 22 pessoas: 16 usuários e seis conselheiros. No CLS A foram entrevistados nove usuários e três conselheiros; no CLS B, sete usuários e três conselheiros. As entrevistas, gravadas em aparelho de áudio digital e posteriormente transcritas, tiveram duração média de 30 a

40 minutos e foram realizadas em local reservado a fim de garantir a privacidade dos participantes.

No que diz respeito aos dados de observação, as informações foram levantadas durante acompanhamento das reuniões mensais dos CLS, no período de agosto de 2015 a agosto de 2016. Foram observados: número de participantes, tipos de comentários, formas de comunicação entre CLS e usuários e a inter-relação entre os membros.

Foram analisadas as atas dos dois conselhos do período de 2015 a 2016. Do CLS A, foram analisadas as atas das 15 reuniões realizadas entre fevereiro de 2015 a junho de 2016 (uma delas, uma reunião extraordinária para cerimônia de posse dos novos membros do conselho); e, do CLS B, as atas das 19 reuniões ocorridas entre janeiro de 2015 a julho de 2016. Os principais aspectos estudados nesses documentos foram: frequência dos membros, presença de membros por segmento e tipos de demanda discutidos em reunião.

Os dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas foram submetidos a análise temática de conteúdo (Bardin, 2011), com leitura exaustiva do material para organização das informações e posterior identificação dos núcleos temáticos. Os dados provenientes da observação direta foram analisados de acordo com os procedimentos metodológicos sugeridos por Patton (1990), destacando-se os seguintes elementos essenciais de análise: cronologia dos eventos, lugares e eventos-chave, processos mais relevantes. Considerando a proposta da “sociologia das ausências” (Santos, 2007), os resultados das entrevistas semiestruturadas, da observação direta e da análise das atas possibilitaram a identificação das seguintes categorias temáticas: (1) invisibilidade dos CLS; (2) desconhecimento, descrença e dependência nos órgãos competentes; (3) alternativas para sair do anonimato.

Segundo o site da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto³, o município conta com 49 unidades de atenção primária em saúde (UBDS, UBS,

2 Segundo Santos (2007, p. 28-29), “a sociologia das ausências é um procedimento transgressivo, uma sociologia insurgente para tentar mostrar que o que não existe é produzido ativamente como não existente, como uma alternativa não crível, como uma alternativa descartável, invisível à realidade hegemônica do mundo”.

3 Disponível em: <<http://bit.ly/2rpZj8m>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

CSE, USF e núcleos de saúde da família), o que poderia resultar em 49 conselhos locais. Contudo, ainda conforme o site da prefeitura⁴, apenas 11 CLS são considerados atuantes (UBS Campos Elíseos, UBS Vila Tibério, CSE Vila Tibério, UBS Adão do Carmo Leonel, UBS Vila Mariana, USF Heitor Rigon, UBS Ribeirão Verde, UBS Ipiranga, Núcleos de Saúde da Família 1, 2, 3, 4, 5 e 6, UBS Santa Cruz e UBS Bonfim Paulista). Por uma questão de viabilidade de pesquisa, foram selecionados dois CLS para estudo, levando em conta, especialmente, o tempo considerável de atuação desses conselhos: um deles criado em 2002, e o outro, em 2006.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo) com o protocolo CAAE 43219415.2.0000.5393.

Resultados e discussão

Conforme Decreto Municipal nº 72, de 4 de maio de 1995 (Ribeirão Preto, 1995),⁵ os CLS são compostos por 12 membros efetivos: três representantes das associações de moradores; três representantes eleitos pelo voto direto dos moradores da área de abrangência da UBS; cinco representantes dos servidores da UBS e o encarregado administrativo ou diretor da UBS. São competências e atribuições do Conselho: “participar do planejamento, organização e avaliação das ações e serviços de saúde, buscando adequá-los às necessidades de saúde na área de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS)”; encaminhar as necessidades de recursos em saúde e “colaborar na divulgação junto à comunidade sobre as condições de funcionamento das Unidades de Saúde e os serviços oferecidos, orientando sobre sua importância e estimulando sua utilização”; discutir problemas na unidade de saúde e propor soluções.

Se tanto membros efetivos como suplentes frequentassem as reuniões, cada CLS contaria com a presença de pelo menos 20 pessoas por encontro.

Contudo, como observado durante a pesquisa de campo, e segundo informações das atas dos conselhos, no CLS A, a média de presença foi de 10 pessoas por reunião; no CLS B, de sete pessoas. É interessante notar que, mesmo tendo direito a compor o conselho com seis representantes (três titulares e três suplentes), a associação de moradores do bairro não enviou, em nenhum momento, um representante formal às reuniões.

Dos 22 entrevistados, 18 eram mulheres (duas delas, membros dos CLS), em sua maioria idosas, aposentadas, com ensino médio incompleto. Os quatro homens entrevistados eram representantes dos usuários nos CLS, e apenas um deles possuía graduação universitária. Além disso, os entrevistados eram pessoas que geralmente frequentavam grupos de promoção à saúde organizados dentro das duas unidades, o que lhes conferia certo conhecimento dos espaços e da sociabilidade com conselheiros dos CLS e profissionais dos dois locais. As falas dos usuários foram identificadas pela letra “U” seguida de um número; as falas dos conselheiros, pela letra “C” e um número.

A seguir, apresentamos as unidades temáticas identificadas.

A invisibilidade dos CLS

A invisibilidade dos CLS pode ser constatada na escassez de informações, inclusive em nível nacional, sobre sua existência. Durante a presente investigação, entrou-se em contato, via e-mail, no dia 21 de setembro de 2016, com o Conselho Nacional de Saúde, indagando se havia algum estudo, site ou documento em que se pudesse encontrar informações mais sistematizadas sobre os CLS – por exemplo, dados sobre o número total de conselhos locais no Brasil, sobre a distribuição desses conselhos por região, sobre a proporção de número de unidades de saúde e CLS por cidade, qual o primeiro conselho a ser organizado no país etc. No dia 28 do mesmo mês,

4 Disponível em: <<http://bit.ly/2qBnJgf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

5 O Decreto Municipal nº 72/1995 faz menção a “comissões locais de saúde”, enquanto documentos mais recentes do mesmo município falam em “conselhos locais de saúde”. Não foi localizado nenhum documento oficial que esclarecesse a mudança na nomenclatura. Nos registros do Diário Oficial de Ribeirão Preto (<<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/Jo15/diario.xhtml>>), o termo “conselhos locais de saúde” aparece pela primeira vez na Lei nº 12.929 de 17 de dezembro de 2012, publicada no Diário em 21 de dezembro de 2012, e que parece acompanhar a Resolução nº 453, aprovada em maio de 2012 e publicada em junho de 2012 (Brasil, 2012).

a resposta obtida recomendava a consulta ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs) por meio de uma página web⁶. O site, no entanto, não apresenta informações específicas sobre conselhos locais de saúde. A consulta deve ser feita por municípios, e as informações se restringem a comunicar se há ou não CLS no município pesquisado, sem relatar a quantidade desses conselhos, áreas/unidades de atuação ou tempo de existência.

Essa falta de informações pode ser compreendida por meio da sociologia das ausências mencionada por Santos (2007), a qual entende que uma percepção hegemônica do mundo produz silêncios e invisibilidade porque é excludente e age ativamente para criar a não existência. No caso dos CLS, a sua não existência no cenário nacional deve-se a uma “monocultura da escala dominante”, isto é, a valorização do macro em detrimento do micro, o predomínio do global sobre as realidades consideradas menores, num contexto em que “a realidade particular e local não têm dignidade como alternativa crível a uma realidade global, universal” (Santos, 2007, p. 31).

Como dito anteriormente, os usuários entrevistados para esta pesquisa frequentavam grupos de promoção de saúde, e, nesses grupos, há participação de membros do Conselho. No entanto, a função de conselheiros desses participantes nem sempre é divulgada entre os grupos, que não costumam ser usados para a divulgação das atividades dos CLS. Quando questionados se conheciam o conselho e suas atribuições, todos os 16 usuários entrevistados afirmaram desconhecê-lo:

Não, não conheço, porque, como eu tenho convênio médico, eu tenho [nome do plano de saúde] né, então... (U1).

Ah, eu conheço, é só o pessoal aqui do postinho mesmo, do centro de saúde, só eles (U3).

Não, eu já vi ter reunião, mas nunca participei, não (U4).

Já escutei falar, mas não sei (U12).

Indagados sobre as formas de divulgação dos dias de reunião, horários e atividades dos CLS, os conselheiros responderam que, geralmente, a difusão das informações ocorre por meio de cartazes ou do “boca a boca” entre aqueles que já conhecem o Conselho. Entretanto, os resultados da observação não confirmaram a existência dessas formas de divulgação. Em nenhum momento da pesquisa, foram observados anúncios, cartazes, ou mesmo divulgação “boca a boca” com usuários que não fossem diretamente ligados ao CLS, - isto é, que não fossem os próprios conselheiros. Tal comportamento corrobora a manutenção da invisibilidade dos conselhos locais entre a comunidade em que se encontram.

Por vezes, a própria pesquisa foi prejudicada pela falta de informação, pois nem sempre as reuniões aconteciam nos dias previamente estabelecidos, e, só ao comparecer à unidade de saúde, o pesquisador era informado sobre o cancelamento da reunião e posterior reagendamento - geralmente, porém, sem que a data remarcada fosse comunicada. Diante dessa dificuldade em acessar os CLS, não é de se estranhar que a população ignore a existência dos conselhos, que não demonstraram um esforço em se tornarem visíveis aos usuários das unidades.

Outros estudos sobre CLS (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Domitrovic; Araújo; Quintanilha, 2013; Lisboa et al., 2016) também apontaram o desconhecimento desses espaços de democracia participativa por parte da população, o que indica a dificuldade de se fomentar a participação social nos conselhos. Domitrovic, Araújo e Quintanilha (2013, p. 85) constataram que a baixa participação também se deve a “certa forma fechada de funcionamento das reuniões, sendo pouco receptivas a novos participantes, bem como a própria limitação física”, cenário que se assemelha ao encontrado nos locais investigados.

O que se pôde observar, durante o acompanhamento das reuniões dos CLS e pela análise das atas, é que o grupo de participantes era quase sempre o mesmo, variando muito pouco em sua composição. Não se verificou a presença espontânea de usuários durante as reuniões. No CLS A, em

6 Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/siacs/login.jsf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

alguns momentos, houve, a convite do Conselho, a participação de pessoas externas, representantes da Secretaria Municipal de Saúde ou estudantes da área da saúde. Ainda no CLS A, o fato de alguns membros frequentarem outros tipos de conselhos e de o presidente (representante dos usuários) possuir um histórico de participação em conferências e movimentos sociais possibilitou que as reuniões abarcassem discussões mais amplas: questões relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde, congressos acadêmicos, conferências (de saúde, da juventude, do idoso etc.) e dificuldades enfrentadas por outras instituições de saúde. No CLS B, pelas notas de observação e pela leitura das atas, verificou-se que as reuniões concentraram-se mais em assuntos referentes à própria unidade de saúde, especialmente em problemas de infraestrutura.

Desconhecimento, descrença e dependência nos órgãos competentes

Outro fator que chamou a atenção é o fato dos usuários conhecerem membros dos CLS, mas sem os identificarem a essa função. Quando indagados se conheciam alguém do CLS as respostas foram as seguintes:

Se eu conheço... ah, o que eu conheço mais mesmo é a [Agente Comunitária]... não tenho muito assim amizade (U4).

Um ou outro assim, não sei exatamente... (U7).

Não, não, eu não conheço, era só a dona M. que eu não sei se ainda participa, acho que a dona D. aqui né mas os demais, não, não sei, não sei te falar, não conheço (U10).

Não, nem conheço ninguém (U15).

Desse modo, se os usuários desconhecem seus representantes, a quem irão recorrer ou apresentar suas demandas? Segundo a fala de um conselheiro:

Na realidade nunca procuraram, nós temos um problema grande que é a falta de reconhecimento por parte da população de quem são os membros

do conselho, [...] a gente não é conhecido como membro de um conselho, a gente é conhecido como uma pessoa que mora no bairro, mas que não tem essa vinculação, talvez até falha nossa mesmo de não nos fazermos conhecidos no bairro como representantes dos usuários, isso acho que é uma falha do CLS (C2).

Quando indagados se procurariam o CLS para apresentar alguma demanda, apenas um dos 16 usuários entrevistados respondeu “acho que sim, não sei”. Os demais não demonstraram interesse pelo Conselho. Um dos usuários afirmou: “Não, eu não atuo muito nessa área, eu faço mais esse trabalho voluntário aqui, né, de artesanato” (U9). Outro usuário respondeu: “eu falaria com a diretoria” (U8), demonstrando a inexistência de reconhecimento do CLS como espaço de discussão e resolução de demandas.

Sobre a questão da resolutividade dos CLS, verificou-se, especialmente pelas análises das atas, que as demandas tendiam a demorar cerca de um ano para serem atendidas. No caso do CLS A, a solicitação de reforma de um prédio para alocação de uma farmácia e gabinetes de odontologia foi registrada em fevereiro de 2015, e até junho de 2016, mesmo com preparativos para a inauguração, a obra ainda não havia sido finalizada completamente. Contudo, uma característica positiva do CLS A foi a proposição de várias melhorias na unidade, como ampliação do espaço, reforma em uma área verde e sugestões de articulação com entidades do bairro e parceria com uma universidade. Já no que diz respeito ao CLS B, em fevereiro de 2015, registrou-se, em ata, a solicitação de reparos na infraestrutura do local, como a reposição de fios de cobre que foram furtados no mês de janeiro e o conserto de aparelhos de ar-condicionado (até julho de 2016, esses pedidos não haviam sido atendidos). As principais demandas apresentadas pelo CLS B foram concernentes à reposição de profissionais de saúde, falta de medicamentos para dispensação aos usuários e consertos na unidade (lâmpadas, vazamentos, rachaduras, aparelhos etc.).

A espera no atendimento das demandas pode gerar, por vezes, uma sensação de “baixa resolutividade” dos CLS, o que pode desmotivar a população

a procurar os conselhos, prejudicando, dessa forma, a participação social nesses espaços (Busana; Heidemann; Wendhausen, 2015; Ponte et al., 2012), e evidenciando certa divergência entre expectativas (tanto da população como dos conselhos) e a organização de saúde, que não é suficientemente flexível e dotada de recursos adequados para resolver os pontos problemáticos do sistema. No caso específico desses CLS, essa baixa resolutividade gera “silêncios”, diminuindo sua visibilidade e reconhecimento por outros atores, órgãos ou instituições.

Contudo, é importante ressaltar que muitas das deliberações desses CLS dependem da anuência de outros órgãos, como a Secretaria Municipal de Saúde, a Prefeitura Municipal ou o Conselho Municipal de Saúde. Além disso, deve-se considerar que a cidade em questão conta com outras 47 unidades de atenção primária, o que pode diminuir a significância das demandas particulares de cada unidade, privilegiando-se resoluções que contemplem interesses mais abrangentes, em um predomínio do macro sobre as realidades micros que aprofunda a invisibilidade dos CLS, produzindo, mais uma vez, a não existência.

Diante do desconhecimento dos usuários em relação às competências, responsabilidades e atividades dos CLS, questionou-se se eles conheciam algum órgão que poderia colaborar na resolução de demandas, no caso, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a Secretaria Municipal de Saúde. Todos responderam que acreditavam que sim, sem, contudo, compreender exatamente qual era a função do CMS e da Secretaria. As respostas apresentaram, por um lado, descrença nos órgãos competentes e, por outro, uma dependência de ações que, conforme as falas de usuários e alguns conselheiros, devem ser iniciadas “de cima”:

Sim, com certeza, porque tudo tem que vim deles né? Lá seria acho que o ponto de partida para apoiar as unidades e apresentar isso daí (U8).

Sim, como tudo o que acontece na área pública, tem que vir de cima para baixo, né, e o Conselho Municipal ele é superior ao conselho local, eu acho que obedecendo uma escala hierárquica era interessante que assim seja (C5).

Ele [usuário] não tem interesse em participar, acho que, de certa forma, pela nossa, talvez, herança de aceitarmos muito passivamente as coisas do jeito que elas nos são dadas e a gente não tem aquela vontade de brigar para que as coisas melhorem... (C2).

As falas citadas indicam uma postura ainda bastante passiva dos sujeitos que se colocam em posição de subordinação e dependência de uma entidade ou instituição que controla e decide o uso dos recursos de que necessitam (Dombrowski, 2008). Tal comportamento pode resultar em uma atitude capaz de desmotivar a participação nos CLS.

No que diz respeito à descrença, reconhece-se que as desigualdades sociais e as precárias condições de vida alimentam o descrédito na capacidade do Estado ou de órgãos públicos em atender demandas da população ou incentivar algum tipo de mudança social (Coelho, 2012). Muitos dos usuários entrevistados dependiam exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), e suas insatisfações com os investimentos na área da saúde os levaram a manifestarem baixas expectativas em relação às ações públicas:

Estou meio descrente [...] a gente gostaria de muita coisa que precisasse, inclusive assim médicos, você vê a necessidade do pessoal, medicação está faltando (U1).

Se quisessem, né, só que eu não acredito em nada municipal... como todo brasileiro, nada politicamente... eu acho assim, ninguém tem interesse em ajudar o povo, eu acho o povo muito abandonado nessa área (U9).

Antes, existia uma participação maior, eu acho o que acontece é a desilusão do povo em relação a tudo o que acontece porque... a gente mesmo, às vezes a gente fala “ah, acho que vou largar mão disso”, porque está difícil, né[...] Então o pessoal foi diminuindo, por conta mesmo dessa situação que o país vive, que é essa corrupção, essa bagunça... Não tem, o pessoal foi perdendo o interesse. Cada vez mais difícil (C1).

Alternativas para sair do anonimato

Durante as entrevistas com os conselheiros, foi levantada a seguinte questão: como melhorar a participação social nos CLS?

Um dos conselheiros ressaltou a importância dos agentes comunitários para estabelecer “pontes” entre usuários e conselheiros:

Os funcionários do posto eles têm uma relação muito boa com a comunidade por causa das agentes comunitárias, elas visitam, entendeu? Elas ajudam muito a população, então, qualquer coisa, falam para as meninas e aí as meninas trazem para a gente discutir (C1).

O agente comunitário é reconhecido por seu papel mediador e articulador entre equipe de saúde e comunidade, uma vez que possui “conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores” (Bornstein; Stotz, 2008, p. 458), o que pode suscitar diferentes expectativas.

Outros conselheiros apresentaram possibilidades adicionais, como a ampliação da divulgação das atividades do CLS e identificação dos representantes dos usuários, difusão de um conceito ampliado de saúde, fortalecimento dos grupos de promoção de saúde, investimento maior em capacitação dos conselheiros e uma maior interação entre CLS e CMS.

No que diz respeito à divulgação do CLS, mencionou-se a ampliação do uso de novas mídias e a identificação dos conselheiros com exposição de suas fotografias na unidade de saúde para que os usuários pudessem reconhecê-los como seus representantes:

A divulgação é muito precária, [...] eu acho que a reunião do conselho ela é ainda muito fechada dentro dos membros do conselho, ela teria que ser uma reunião talvez mais aberta, como uma unidade de saúde que eu tive visitando em São Paulo que tem um quadro divulgando todos os horários de reunião, todos os médicos que estão na unidade, quem são os membros com as fotografias de cada um dos membros para que

a população saiba que nós estamos aqui representando-os (C2).

No caso dos CLS estudados, a maior parte dos usuários e representantes é composta por idosos, o que dificulta o acesso a novas mídias. Contudo, a sugestão pode ser incorporada por meio de treinamento desses idosos para o uso de recursos tecnológicos. Em unidades em que o público é mais jovem, o uso, por exemplo, de redes sociais pode ser uma ferramenta útil na difusão de informações.

Outra forma de divulgação sobre as funções do CLS é a distribuição de “cartilhas” sobre o conselho para os usuários na unidade de saúde. Durante uma das reuniões do CLS B em que se discutiu a necessidade de eleições para novos membros, a gerente da unidade de saúde sugeriu distribuir cartilhas aos usuários com informações sobre o que é o CLS, suas funções e organização, no intuito de atrair candidatos para preencher as vagas de representantes dos usuários.

Sobre a ampliação do conceito de saúde, apontou-se para a importância de entender a unidade não como local de tratamento de doença, mas como um espaço de saúde, individual e comunitário:

Mas com que ele [usuário] venha para a unidade e entenda a unidade de saúde não como unidade de doença, de tratamento de doença, mas como uma unidade que pensa saúde de uma forma um pouco mais abrangente (C3).

Essa fala reflete a compreensão da saúde como um direito humano, que não se restringe ao simples acesso de bens e serviços, ultrapassando a concepção puramente biológica. A saúde, nesse sentido, é vista como um direito de cidadania (Machado, 2009), baseada em um cuidado integral (Leite et al., 2014) por meio do acolhimento e promoção de práticas de saúde, em uma assistência não fragmentada, pautada na ética, responsabilidade e confiança (Gomes; Pinheiro, 2005).

Ressalta-se, ainda, a relevância dos grupos de promoção de saúde para essa mudança de paradigma:

Talvez por meio dos grupos de promoção da saúde, se a gente conseguisse ampliar os grupos de

promoção da saúde, o usuário vem na unidade, ele participa dos grupos de promoção da saúde, ele começa a ver a importância que a unidade de saúde tem para o bairro, é um chamariz, vamos dizer assim, para que ele participe do conselho, porque se nós pegarmos todos os membros do conselho que estão hoje presentes, todos participam dos grupos de promoção da saúde (C2).

Outro conselheiro confirma essa influência dos grupos de promoção de saúde em sua participação no CLS:

O conselho, na verdade, eu fui convidado a participar, por que? Eu fazia parte, no caso, de uma atividade que tinha uma atividade física, e eu, fazendo participação disso, comecei a ter um conhecimento maior da unidade, das pessoas que aqui trabalham e fui convidado a participar do conselho (C4).

Em relação à capacitação dos conselheiros, destaca-se a necessidade de compreensão do funcionamento do SUS e do conceito ampliado de saúde, buscando o estudo continuado:

Capacitar melhor os conselheiros, quando a gente fala assim nas reuniões sobre... Intersetorialidade, integralidade, ou termos ou princípios que o SUS rege, muitos não sabem do que a gente está falando, então fica muito difícil ele fazer uma divulgação do que é feito enquanto membro do conselho se ele não conhece por dentro como que é o SUS [...] Tem que estudar também, o conselheiro tem que estudar um pouco, porque afinal de contas ele está como representante aqui do usuário da saúde, então se ele está aqui ele tem que representar bem o seu papel (C6).

Estudiosos de outros CLS (Ribeiro; Nascimento, 2011) também apontam a capacitação, ou educação permanente, tanto de usuários como de conselheiros, como um fator importante para fortalecer a participação social. Nesse quesito, é relevante que a capacitação prime pelo diálogo e pelas trocas horizontais de saberes, evitando, dessa forma, transformar a qualificação da participação social

em uma “monocultura do saber e do rigor” (Santos, 2007) em que apenas o saber científico é considerado válido, produzindo “silêncios” de outras formas de conhecimento e experiências amadurecidas pelos usuários, gerando “não existência” e reforçando a invisibilidade.

E, por fim, sugere-se a necessidade de uma maior interação entre CLS e CMS:

Talvez uma coisa importante seria, em termos de conselho municipal, os conselheiros municipais visitarem as unidades, não para fazer lobby, mas para ele ver como que funciona na unidade de saúde, o que ela tem feito [...] que ele venha como alguém que está imbuído da vontade de melhorar a saúde do município, isso falta, o CMS visitar as unidades, ver como é que está, conversar com os conselheiros locais, uma aproximação maior do conselho local com o conselho municipal, eu acho que é isso, palavras-chaves: capacitação, por um lado, comunicação, por outro (C2).

A falta de apoio do CMS também é sentida por conselhos locais de outros municípios. No estudo de Lisboa et al. (2016), os membros de CLS no estado do Espírito Santo manifestaram expectativas sobre o auxílio do Conselho Municipal em relação à construção de regimento interno, esclarecimento de dúvidas, mediação junto à gestão e discussão de suas demandas nas reuniões do CMS. O não atendimento de seus anseios desencadeou sentimentos de frustração e despreparo, prejudicando o funcionamento dos CLS do Espírito Santo.

No caso dos dois CLS estudados, observou-se que os conselheiros tendem a procurar diretamente o secretário de saúde para solucionar suas demandas, citando poucas vezes o CMS como uma instância para resolução de suas pautas. Em ambos os CLS, alguns conselheiros afirmaram conhecer pessoalmente o secretário de saúde e disseram poder entrar em contato com ele facilmente.

O comportamento dos conselheiros indica uma fraca relação entre os conselhos locais de saúde e o Conselho Municipal. Um dos CLS estudados sequer possui representante no CMS, o que demonstra uma baixa utilização dos espaços de participação social e a manutenção de sua invisibilidade em espaços maiores de atuação.

Considerações finais

Diante do exposto, percebe-se uma dificuldade dos CLS estudados em saírem da invisibilidade, apesar do considerável período de atuação. Os usuários dos serviços, mesmo frequentando grupos de promoção de saúde, estabelecendo vínculos com os profissionais e conselheiros e conseguindo ter uma melhor compreensão da rotina das unidades de saúde, ignoram a existência dos CLS, uma vez que esses conselhos dificilmente divulgam informações sobre reuniões ou sobre suas funções e atividades, produzindo, dessa forma, a própria invisibilidade.

A sociologia das ausências demonstrou-se um referencial valioso para a compreensão das formas como as monoculturas hegemônicas podem produzir silêncios, não existência e, especialmente, invisibilidade dos conselhos locais de saúde.

O ponto a ser ressaltado neste estudo são as alternativas apontadas pelos próprios conselheiros para se tornarem “visíveis” e fomentarem uma maior participação social. Entre as ações sugeridas, importa destacar: a capacitação tanto dos conselheiros como dos profissionais que atuam nas unidades de saúde; uma maior interação e colaboração entre CMS e CLS; uma melhor prestação de contas, isto é, uma maior divulgação das ações e realizações dos CLS; e a criação de mecanismos que facilitem a identificação entre usuários e seus representantes nos conselhos. Talvez assim haja a possibilidade de que essas experiências ausentes se tornem presentes (Santos, 2007).

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2008.
- BRASIL. Lei nº 8.142, 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 saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 1993.
- BRASIL. 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, 4 nov. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jun. 2012.
- BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Popular participation in a local health council: limits and potentials. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015.
- COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 138-151, 2012. Suplemento 1.
- DOMBROWSKI, O. Poder local, hegemonia e disputa: os conselhos municipais em pequenos municípios do interior. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 16, n. 30, p. 269-281, 2008.
- DOMITROVIC, N.; ARAÚJO, M. D.; QUINTANILHA, B. C. O papel do mediador no incentivo à participação das comunidades nas ações de promoção da saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 81-91, 2013.
- ENTWISTLE, V. A. Public involvement in health service governance and development: questions

of potential for influence. *Health Expectations*, Oxford, v. 12, n. 1, p. 1-3, 2009.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229-247.

FUNG, A.; WRIGHT, O. Deepening democracy: innovations in empowered participatory governance. *Sage*, Los Altos, v. 29, n. 1, p. 5-41, 2001.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LEITE, R. A. F. et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 661-671, 2014.

LISBOA, E. A. et al. Conselhos Locais de Saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 679-698, 2016.

MACHADO, F. R. S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e estado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 355-371, 2009.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, 2010.

NOGUEIRA, F. C. P. et al. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do

controle social. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 32, n. 1, p. 104-110, 2008.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 141-153, 2009.

PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. ed. Newbury Park: Sage, 1990.

PATTON, M. Q. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *HSR: Health Services Research*, Malden, v. 34, n. 5, p. 1189-1208, 1999. Part II.

PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília, DF: Ipea, 2011. v. 7.

PONTE, H. M. S. et al. “O caminho se faz ao caminhar”: processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 234-243, 2012. Suplemento 1.

RIBEIRÃO PRETO (Município). Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Assessoria Técnico Legislativa. Decreto Municipal nº 72, de 3 de maio de 1995. Homologa o novo regimento interno das comissões locais de saúde. *Diário Oficial do Município*, Ribeirão Preto, 4 maio 1995.

RIBEIRO, F. B.; NASCIMENTO, M. A. A. Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re) significação do ser sujeito. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, p. 151-166, 2011. Suplemento 1.

ROCHA, C. V. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 19, n. 38, p. 171-185, 2011.

SANTOS, B. S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e

estratégias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 11-22, 2013.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o

conselho local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 80-96. 2010.

YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

Contribuição dos autores

Miwa trabalhou na concepção, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Serapioni participou da revisão crítica, análise e redação final do texto. Ventura orientou a construção do trabalho e colaborou na revisão crítica e redação final do texto.

Recebido: 24/01/2017

Reapresentado: 25/04/2017

Aprovado: 08/05/2017