

## Reflexões e produção coletiva sobre o “ser” conselheiro municipal de saúde

*Reflections and collective production about being a municipal health counselor*

*Reflexiones y producción colectiva sobre “ser” consejero municipal de salud*

Angela Maria Gomes<sup>1</sup>, Liane Colliselli<sup>II</sup>, Maria Elisabeth Kleba<sup>1</sup>, Valéria Silvana Faganello Madureira<sup>II</sup>

<sup>1</sup> Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Chapecó-SC, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul, Graduação em Enfermagem. Chapecó-SC, Brasil.

### Como citar este artigo:

Gomes AM, Colliselli L, Kleba ME, Madureira VSF. Reflections and collective production about being a municipal health counselor. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):496-504. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0369>

Submissão: 01-06-2017

Aprovação: 06-08-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar a dinâmica participativa de um conselho municipal de saúde, com o desenvolvimento de processo crítico-reflexivo sobre o “ser conselheiro”, apontando fragilidades e possibilidades desse colegiado, além de gerar coletivamente novos saberes e a (re)elaboração da Lei Ordinária do CMS. **Método:** Pesquisa convergente assistencial, incluindo análise documental, observação não participante e oficinas temáticas. A pesquisa foi em 2016, com conselheiros municipais de saúde de um município da Região Oeste de Santa Catarina. **Resultados:** Este estudo possibilitou identificar formas de participação social a serem fortalecidas no exercício do controle social, compartilhar e refletir sobre as experiências individuais, ancorá-las na legislação vigente e construir conhecimentos que oportunizaram a elaboração/organização de um produto – readequação da Lei Ordinária do conselho à legislação vigente. **Considerações finais:** Pontua-se a necessidade de ampliar a participação, considerando a presença dos conselheiros nas reuniões, a representação efetiva e a sua maior interação nas discussões e deliberações do conselho.

**Descritores:** Conselhos de Saúde; Participação Social; Política Pública; Educação em Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify the participation dynamics of a municipal council and to develop a critical-reflexive process on “being a counselor”, identifying weaknesses and possibilities of this council, in addition to collectively generating new knowledge and (re) elaborating the MHC Ordinary Law. **Method:** Convergent care research, including documentary analysis, non-participant observation and thematic workshops. The research was carried out in 2016, with municipal health counselors from a city in the Western Region of Santa Catarina. **Results:** this study made it possible to identify forms of social participation that should be strengthened in the performance of social power, to reflect and share individual experiences, to anchor them in the current legislation, and to build knowledge that enabled the elaboration/organization of a product – a new text for the Ordinary Law of the Council, adjusted to current legislation. **Final considerations:** There is a need to increase participation, considering the presence of the counselors in the meetings, the effective representation and a greater interaction in the discussions and deliberations of the council.

**Descriptors:** Health Council; Social Participation; Public Policy; Nursing Education; Nursing Research.

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la dinámica participativa de un consejo municipal de salud mediante el desarrollo de un proceso crítico-reflexivo sobre “ser consejero”, señalando las fragilidades y posibilidades de este colegiado, además de generar, colectivamente, nuevos saberes y la (re)elaboración de la Ley Ordinaria del CMS. **Método:** se trata de una investigación convergente asistencial, incluyendo análisis documental, observación no participante y talleres temáticos. La investigación se llevó a cabo en 2016, con consejeros municipales de salud de un municipio de la Región Oeste de Santa Catarina. **Resultados:** este estudio permitió compartir y reflexionar acerca de experiencias individuales e identificó diversas formas de participación social que deberían fortalecerse en el ejercicio del control social al insertarlas en la legislación vigente con el intuito de construir conocimientos, lo que posibilitó la elaboración/organización de un producto – readequación de la Ley Ordinaria del consejo a la legislación

vigente. **Consideraciones finales:** se hace necesario ampliar la participación, considerando la presencia de los consejeros en las reuniones con una representación eficaz y una intervención más amplia en las discusiones y deliberaciones del consejo.

**Descriptores:** Consejos de Salud; Participación Social; Política Pública; Educación en Enfermería; Investigación en Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE **Angela Maria Gomes** E-mail: angela.gomes@unochapeco.edu.br

## INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma importante política pública de Estado no Brasil, surge novo caráter de governabilidade em saúde, no qual a participação social torna-se princípio de engajamento de novos sujeitos políticos nos processos decisórios em saúde<sup>(1)</sup>. A partir do SUS, passou-se a vivenciar de forma institucionalizada a democratização da gestão das políticas de saúde, possibilitando à sociedade maiores oportunidades de exercer o controle social. Isso implica compreensão, participação e fiscalização da sociedade nas ações do Estado, sobre as quais os cidadãos podem intervir no planejamento, realização e avaliação<sup>(2)</sup>.

Uma grande conquista do controle social foi a Lei nº 8.142/90, marco legal na regulamentação dos Conselhos e Conferências de Saúde como espaços deliberativos do SUS. Essa Lei define os Conselhos de Saúde como “órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros<sup>(3)</sup>”. Como parte desse caráter deliberativo, além dos atores reconhecerem seu papel de conselheiros, é necessário que tenham conhecimento sobre como realizar na prática o exercício do controle social, incluindo a participação no processo de construção dos instrumentos de gestão na área da saúde. Por esse motivo, compreende-se que a difusão de informações sobre o arcabouço legal do SUS, bem como a promoção do conhecimento acerca do papel dos conselheiros de saúde, seja imprescindível para o fortalecimento do SUS.

No âmbito de atuação dos Conselhos de Saúde, a legislação vigente regulamenta e orienta seu funcionamento, apresentando, dentre as várias funções do conselheiro, duas de extrema relevância: a primeira refere-se à responsabilidade de “elaborar os instrumentos legais (legislação) e outras normas de funcionamento” próprios, enquanto a segunda pontua a “definição de diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberação sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços<sup>(4)</sup>”.

No cenário deste estudo, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi criado em setembro de 1993<sup>(5)</sup>, sendo que sua primeira articulação com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) ocorreu em 2015. Nesse ano, fruto de parcerias entre as duas organizações, realizou-se o projeto de extensão denominado “Educação permanente para conselheiros municipais de saúde: Macrorregião Oeste”, aprovado no Edital nº804/UFFS/2014, com objetivo de fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde por meio de qualificação. Na época, o convite foi estendido aos 27 municípios da Região, mas o município em estudo não aderiu ao processo, por motivos não justificados.

No contexto da enfermagem, preconiza-se a formação de profissionais críticos, reflexivos, comprometidos com o seu

papel social, que atuem como sujeitos ativos na realidade em que estão inseridos e contribuam para a construção de políticas públicas pautadas nos princípios do SUS<sup>(6)</sup>. Além disso, considera-se que “o enfermeiro ajuda a transmitir conhecimentos quanto ao funcionamento do SUS à população, assim como informações sobre seus direitos e deveres<sup>(6)</sup>”.

## OBJETIVO

Diante do exposto e considerando a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre o exercício do controle social, bem como fortalecer a participação social em saúde nessa Região, o presente estudo teve como objetivos identificar a dinâmica participativa de um conselho municipal de saúde, com desenvolvimento de processo crítico-reflexivo sobre o “ser conselheiro”, identificando fragilidades e possibilidades desse colegiado, além de gerar coletivamente novos saberes e a (re)elaboração da Lei Ordinária do CMS.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Os dados aqui apresentados são resultados de um trabalho de conclusão do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS.

### Referencial Teórico-metodológico

#### Tipo de estudo

Esta investigação caracteriza-se como pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), cuja escolha se deve à possibilidade de, ao identificar fragilidade(s) de um objeto/fenômeno de investigação por meio de vivência na prática profissional e da interação entre pesquisador e questões/problemas, perceber meios de contribuir para a solução adequada àquele contexto específico<sup>(7)</sup>. Para que ocorra a construção e/ou aprimoramento do conhecimento ou cuidado, é preciso que haja esse movimento de aproximação, ora com a prática, ora com a pesquisa<sup>(8)</sup>. O pesquisador deve estar disposto a se inserir na realidade do contexto de pesquisa com participação dos sujeitos da prática durante todo o processo<sup>(8)</sup>.

#### Procedimentos metodológicos

A PCA é constituída por cinco fases no processo de investigação: *concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação*<sup>(8)</sup>.

A fase de *concepção* é o momento de alinhamento entre escolha do tema do estudo, definição das questões de pesquisa e levantamento do referencial teórico acerca da temática<sup>(8)</sup>.

Neste estudo, a fase de concepção ocorreu durante o processo descrito na introdução, quando foi iniciado diálogo com os conselheiros do município, que alia experiências práticas com aspectos teóricos, resultando na proposta do presente estudo. Já a fase de *instrumentação* consiste no delineamento dos procedimentos metodológicos da pesquisa<sup>(8)</sup>, o que é melhor descrito nos subitens a seguir. Na PCA, o desenvolvimento das estratégias de coleta de dados nascidas da criatividade do pesquisador, compatíveis e adequadas ao método<sup>(8)</sup>, compõe a fase de *perscrutação*. A fase de *análise*, na PCA, requer a utilização de uma variedade de métodos e técnicas de análise, devido à complexidade desse tipo de pesquisa<sup>(8)</sup>.

A última fase é a *interpretação*, que se configura como um processo que intercala momentos de aproximação, afastamento e convergência<sup>(8)</sup>. Neste estudo, após a aplicação de cada estratégia e a análise processual sobre os dados, foi procedida a reflexão, com base na literatura e legislação vigente, o que subsidiou o planejamento, a organização das oficinas e, posteriormente, a formulação de sínteses que expressaram os resultados da pesquisa, validados pelos participantes. A interpretação é o momento de formular “novos conceitos, definições e inter-relações, constituindo as conclusões do estudo”<sup>(9)</sup>. Esse processo “consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, ou seja, é a socialização de resultados singulares”<sup>(9)</sup>.

### **Cenário de estudo**

A pesquisa, desenvolvida no segundo semestre de 2016, centralizou a coleta de dados em setembro e outubro com 11 conselheiros do CMS de um município de pequeno porte pertencente à Macrorregião Oeste catarinense. Dos 11 participantes, sete foram assíduos nos seis encontros (seis do segmento dos usuários e um prestador governamental), enquanto os demais participaram de dois ou mais encontros. O CMS tem 12 membros titulares e 12 suplentes, com representatividade de 50% usuários e 50% prestadores de serviço (não governamental e governamental, respectivamente). Todos os membros do Conselho foram pessoalmente convidados pela pesquisadora a participar da investigação, que lhes explicou o estudo em reunião ordinária do CMS. Entretanto, participaram efetivamente os 11 conselheiros que compareceram à primeira oficina, ocasião em que, após esclarecidas as dúvidas de todos, o TCLE foi assinado, ficando uma via com cada participante.

### **Fonte de dados**

A coleta de informações utilizou três estratégias adequadas a cada objetivo específico: 1) Análise documental das atas e observação não-participante das reuniões do CMS no segundo semestre de 2016; 2) (Re)conhecimento da legislação do Conselho (Lei ordinária, Regimento Interno) e dos instrumentos legais de gestão (Plano Municipal de Saúde, Planejamento Anual e Relatório de Gestão); 3) Oficinas de produção com os conselheiros.

### **Coleta e organização de dados**

Com vistas ao primeiro objetivo, foram analisadas as 17 atas disponíveis relativas ao período definido, buscando-se identificar a dinâmica de participação dos conselheiros. A análise

documental permite utilizar evidências de dados, fornecer detalhes específicos e fazer inferências<sup>(10)</sup>. Tal análise possibilita acesso a informações estáveis, exatas, de ampla cobertura, contendo nomes, referências, detalhes das pautas e discussões do Conselho, viabilizando revisão conforme necessidade.

A observação não-participante complementou a análise documental. Esse tipo de observação preconiza que o observador atue como espectador atento, utilizando roteiro de observação baseado nos objetivos da pesquisa e registrando ocorrências de interesse do trabalho<sup>(11)</sup>. Consiste em “exame minucioso ou a mirada atenta sobre um fenômeno no seu todo ou em algumas de suas partes”<sup>(11)</sup>. Foram observadas duas reuniões ordinárias do CMS anteriormente à realização das oficinas e uma extraordinária após a terceira oficina. O registro de dados foi feito em diário de campo, focalizando dados relacionados à dinâmica participativa no Conselho, à presença dos conselheiros, ao modo como os temas da pauta chegavam para a reunião, ao processo de votação e deliberações, entre outros.

A oficina, outra estratégia utilizada, compreende a “reunião de pessoas com interesses comuns, a fim de estudar e trabalhar para o conhecimento ou aprofundamento de um tema, sob orientação de um especialista”<sup>(12)</sup>. Partindo desse conceito, foram desenvolvidas ao longo da pesquisa seis oficinas de duas horas cada. Foram realizadas em sala disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde e mediadas pela estudante que desenvolvia a pesquisa. Nessas ocasiões, recebeu auxílio de outra estudante, que desempenhou o papel de observadora, tomando notas dos eventos não-verbais que permearam as discussões. Em virtude do tempo da academia e do período para desenvolvimento da pesquisa, foram realizadas apenas 6 oficinas.

Assim, nas três primeiras oficinas foi utilizado material de leitura (legislação vigente, Regimento Interno e Lei Ordinária do CMS) para promover reflexão e discussão, considerando as experiências individuais e coletivas do “ser conselheiro”. Nos três encontros posteriores, as oficinas visavam identificar potencialidades e fragilidades no CMS, bem como gerar produtos. Nessa etapa, o coletivo decidiu aprofundar o conhecimento da Lei Ordinária do Conselho e propor uma nova redação, adequando-a à Resolução 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em vigor. Cada encontro foi avaliado a partir da dinâmica “Que bom que, que tal se, que pena que”, possibilitando críticas e sugestões, que foram anotadas e transcritas pelo auxílio da estudante, com vistas à organização e ao planejamento dos encontros subsequentes. A partir da segunda oficina, cada encontro foi iniciado com a validação dos dados do encontro anterior, envolvendo todos os participantes, de forma a possibilitar complementações e adequações relacionadas ao tema.

### **Análise dos dados**

O método de tratamento das informações para este estudo foi a *análise de conteúdo*, com base na modalidade da análise temática. Considera-se que proceder “uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”<sup>(13)</sup>. Nesse sentido, a análise aqui empreendida foi desenvolvida em três etapas: Pré-análise, Categorização e Interpretação dos dados obtidos.



## RESULTADOS

Inicialmente, é interessante perceber o perfil dos participantes do estudo, caracterizado da seguinte forma: oito representavam o segmento dos usuários (destes, três ocupavam cargo de suplentes) e três o segmento de prestador governamental; 63,6% era do sexo feminino e 36,36% do sexo masculino. Referente à idade dos participantes, 63,6% encontrava-se na faixa etária entre 50-60 anos, 18,18% na faixa etária entre 40-50 e 18,18% entre 20-30 anos de idade.

A análise possibilitou gerar duas categorias temáticas: 1) Participação social e o exercício do controle social na gestão da saúde, que buscou identificar formas de participação social a serem fortalecidas no exercício do controle social; 2) Troca de saberes e a construção do conhecimento, visando compartilhar e refletir sobre as experiências individuais, ancorá-las na legislação vigente e construir conhecimentos que pudessem fortalecer o exercício do controle social.

### Participação social e o exercício do controle social na gestão da saúde

Durante o desenvolvimento da pesquisa, identificou-se distanciamento de alguns conselheiros em relação ao CMS. A análise documental indicou que a falta de quórum mínimo era frequente. Das 17 reuniões ocorridas no período analisado, 5 obtiveram quórum mínimo (sete conselheiros votantes), 1 reunião contou com oito conselheiros e 11 não obtiveram quórum. Assim, apenas 29,4% das reuniões do CMS no período obtiveram quórum para votações.

As oficinas foram significativas para compreender essa ausência dos conselheiros nas reuniões, quando os participantes manifestaram a necessidade de mobilizar e despertar nos demais conselheiros o interesse em fazer parte desse colegiado.

*É complicado, porque não tem aquela participação.* (Usuário 1)

*[...] no início tinha muito mais participação. Agora nós estamos quebrados! [...] Tinha bastante debate, [...] cada um tinha uma ideia. Era até bonito!* (Usuário 2)

*Seria bom que tivesse mais gente aqui.* (Prestador Gov 2)

Em relação ao seu conhecimento, bem como à suas atribuições, os conselheiros referem sobre a imprecisão de sua função.

*A gente nunca está atualizada sobre as coisas da saúde. A gente participa sempre, mas só que é sempre tudo tão corrido! [...] Não é nada para parar e ver, estudar, dizer se sim ou não. Estamos indo [ao conselho], mas a gente não sabe qual a nossa função direito. A gente teria que saber qual a função do conselheiro. É cobrar?* (Usuário 5)

*A gente vai à reunião só para cumprir tabela.* (Usuário 3)

Os dados revelam que os conselheiros desconheciam qual papel deve ser desempenhado pelo conselheiro e sentiam necessidade de compreender quais eram suas atribuições. Contudo, sinalizaram a inexistência de mecanismos para ampliar o debate durante as reuniões, destacando o pouco tempo disponível.

Ainda com relação às falas, percebe-se que os participantes reconheciam que o exercício do controle social vai para além da presença e da assinatura da ata, gerando certo desconforto na sua atuação de conselheiro. Nesse sentido, percebeu-se durante as oficinas que a maioria desconhecia a Lei Ordinária e o Regimento Interno do Conselho. Quanto ao Plano Municipal de Saúde (PMS), instrumento de gestão, manifestaram lembranças vagas de aprovação no CMS após a explanação do gestor. Porém, não tinham clareza do seu conteúdo. Os conselheiros também manifestaram preocupação com os Relatórios de Gestão (RAG) e com sua dificuldade de interpretação.

*Quem conhece o regimento do Conselho?* (Pesquisador)

[Silêncio.]

*Quem conhece a lei do Conselho?* (Pesquisador)

[Silêncio. Sinais negativos com a cabeça.]

*Está tudo lá, na minha sala. Quem quiser olhar, está lá. Podem pegar.* (Prestador Gov 1)

*Quem construiu o Plano Municipal de Saúde?* (Pesquisador)

*Eu, junto com a equipe. Olhamos o Plano antigo, para saber como fazer, porque eu também não sabia. [...] Lembram que foi naquela reunião, [em] que veio X e apresentou as metas e tudo, com os slides? Aí vocês fizeram umas sugestões, foi mudado na hora. Lembram? Aquilo era a aprovação do Plano. Todos aqui estavam nessa reunião.* (Prestador Gov 1)

Outro aspecto destacado foi a eleição dos membros do Conselho. Para os participantes, as entidades deveriam escolher pessoas que queiram participar desse colegiado e tinham disponibilidade para estar presente nas reuniões.

*As entidades devem escolher pessoas disponíveis para participar. Têm uns conselhos, [em] que, se [o conselheiro] não vem a três encontros, cai fora!* (Usuário 3)

*Isso deve estar no regulamento.* (Prestador Gov 1)

*A pessoa escolhida precisa dizer, se aceita ou não participar. Eu acho que vai do comprometimento de cada um, da consciência.* (Usuário 5)

Destaca-se ainda a presença assídua dos conselheiros do segmento dos usuários nas reuniões do CMS e nas oficinas desenvolvidas, evidenciando comprometimento dos participantes com esse órgão deliberativo e com a pesquisa. Contudo, os participantes manifestaram falta de conhecimento e de informações que pudessem nortear seu posicionamento nessa instância colegiada, sendo favorável ou não às pautas apresentadas no Conselho.

A observação das próprias reuniões do CMS possibilitou visualizar e perceber esse processo de empoderamento dos conselheiros e a transformação da dinâmica de sua participação nas reuniões após o desenvolvimento das oficinas. Durante a primeira observação, identificou-se poucos usuários questionando o que fora estabelecido. Atenta à pauta, a maioria aceitava passivamente os encaminhamentos do gestor, tais

como a realização da reunião, mesmo com falta do quórum mínimo e a não leitura da ata. Nas reuniões posteriores, percebeu-se que os conselheiros, participantes da pesquisa, exigiram quórum para deliberar questões da pauta, exigiram a leitura da ata, questionaram a gestão sobre o funcionamento da unidade de saúde e o quadro de funcionários da equipe de saúde, cobraram a participação dos demais conselheiros nas reuniões, convidaram pessoas da sociedade para participarem das discussões, ampliando a participação na reunião.

### A troca de saberes e a construção do conhecimento

As três primeiras oficinas objetivaram identificar o (re)conhecimento dos participantes sobre suas atribuições e competências, sobre o funcionamento, a legislação e os instrumentos de gestão do Conselho, bem como a sua atuação nesse colegiado. Na primeira oficina, os participantes foram organizados em dois grupos, respeitando o equilíbrio dos segmentos representados no Conselho. A atividade baseou-se em questões norteadoras: Grupo 1: o que compreendo por Conselho de saúde e como ele funciona? Grupo 2: onde o Conselho de saúde atua?. Esse momento possibilitou a troca de saberes, a discussão e reflexão sobre a atuação dos conselheiros, conforme relatos do grupo.

*O conselho é saber como funciona a saúde [...] fiscalizar, esclarecer fatos e aprovar resoluções. O conselho de saúde funciona com reuniões mensais com representantes da sociedade [entidades, governo e trabalhadores de saúde], votação de resoluções e benefícios eventuais. (Grupo 1)*

*O conselho de saúde atua no âmbito municipal, com sugestões, fiscaliza os trabalhos dos profissionais de saúde e toda equipe que trabalha na área, auxilia nos trabalhos por ocasião de campanhas, atua junto à população, ouvindo reclamações até solicitações dos usuários em relação a horários e também quando falta alguma coisa. (Grupo 2)*

Na socialização, percebeu-se que as respostas se aproximam do que preconiza a Resolução 453/2012, o que evidencia preocupação em relação à fiscalização e aprovação de resoluções. Ao refletir sobre a organização e funcionamento, evidenciou-se ciência sobre a representação e seu papel nesse colegiado. No entanto, a análise documental e a observação demonstraram que as reuniões, no período analisado, não ocorreram mensalmente e apresentaram fragilidades na representação, em especial do segmento profissional. No que tange à atuação, os relatos demonstraram conhecimento ampliado, considerando a atuação do conselheiro de saúde, que trouxe para o colegiado sugestões e reclamações oriundas da comunidade, bem como acompanhou o trabalho da equipe multiprofissional.

Os participantes demonstraram preocupação com a forma como ocorrem as reuniões, com o quórum e com a legitimidade das deliberações do colegiado. Consideraram que tal situação poderia “aprisionar” a gestão municipal, pois muitas vezes não consegue dar os encaminhamentos necessários em tempo hábil das questões que necessitam da aprovação do CMS.

*Se não tem quórum, não tem reunião e se não tem reunião, não consigo encaminhar o que precisa da aprovação do conselho. (Prestador gov.1)*

Ao iniciar a segunda oficina, os participantes foram questionados sobre o conhecimento da legislação vigente. A resposta unânime é representada pela fala da usuária reproduzida abaixo.

*É, mas a gente não sabia que existia uma Lei e um Regimento. Nunca tinha visto na frente! Agora que temos, a gente tem que ler elas mais, mudar, melhorar, perguntar mais. (Usuário 5)*

Posteriormente, iniciou-se a atividade de grupo, seguindo a mesma organização da primeira oficina: Grupo 1 - leitura da Resolução 453/2012 e da Lei Ordinária 554/2010 do CMS; Grupo 2 - leitura da Resolução 453/2012 e do Regimento interno do CMS. A atividade consistia em identificar convergências e divergências entre a legislação municipal vigente e a Resolução que norteia os Conselhos de saúde, momento que oportunizou o primeiro contato dos conselheiros com tais documentos. Foi um momento ímpar, de fortalecimento, empoderamento, de refletir sobre a sua prática e sua responsabilidade, do conhecimento pessoal ao fazer coletivo.

A proposta da terceira oficina foi perceber a realidade do município e os saberes sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS). Nesse sentido, a Resolução nº 453/2012, em sua Quinta Diretriz, inciso V, afirma que compete ao CMS “definir diretrizes para a elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo. Conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços”<sup>(4)</sup>. Contudo, assim como com o Regimento Interno e a Lei Ordinária, os participantes afirmaram não ter participado da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e não o utilizar como instrumento para acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde.

Essa oficina se propunha a (re)conhecer o Plano Municipal de Saúde, da sua elaboração ao acompanhamento das ações. Para isso, inicialmente considerou-se a necessidade de (re)conhecer a realidade do município. Foi proposto aos participantes representar/desenhar coletivamente, em papel pardo, essa realidade, identificando situações relevantes para a saúde com possibilidades de serem contempladas no Plano Municipal de Saúde. Com base nos desenhos produzidos, os conselheiros pontuaram fragilidades e problemas de saúde, bem como potencialidades e possibilidades. Na oficina, os conselheiros identificaram a realidade local com possibilidade de traçar um perfil epidemiológico do município, além de proporem ações para melhoria. Identificou-se a importância da troca de saberes e do despertar para um novo agir, representado na fala que segue.

*Sabe, nunca ninguém nos explicou o que era um plano, que tinha que ter essas coisas... Porque tu vês quanta coisa boa nós pensamos aqui. Mas, agora a gente sabe que pode ajudar, porque moramos aqui... e não só isso... Tem que pegar [o Plano] e ver de novo depois. (Usuário 5)*

Para as três oficinas posteriores, propôs-se a construção de um produto, fruto do processo reflexivo desenvolvido durante a pesquisa e identificado como prioritário para a qualificação do CMS. Nesse momento, utilizou-se a dinâmica denominada “A árvore do Conselho de Saúde”. Como toda árvore, essa também possuía raízes que absorvem nutrientes necessários à

sobrevivência. Assim, para que o Conselho permaneça nutrido e fixo à terra, é preciso que suas raízes sejam estruturadas pela legislação do SUS (Resolução nº 453/2012, Lei Ordinária e Regimento do CMS, Plano Municipal de Saúde, entre outros). Além disso, o tronco é responsável pela sustentação da árvore, por levar a seiva bruta até as folhas e, no caminho inverso, trazer alimento produzido pelas folhas na fotossíntese. Nessa lógica, identificou-se o tronco como as reuniões, com pauta, participação dos conselheiros (quórum mínimo), discussões, deliberações, sendo abertas à participação da população. Os galhos, ramificações do tronco, representam os conselheiros, que fazem a mediação com as entidades e a população nas decisões do Conselho. As folhas, responsáveis pela fotossíntese, absorvem gás carbônico do ar e energia solar, devolvendo o oxigênio necessário à existência. Portanto, o Conselho precisa ter, nas folhas, instrumentos e parcerias capazes de absorver as necessidades do município e devolver em forma de propostas e ações voltadas a elas. Esses parceiros, na perspectiva da intersetorialidade, incluem outros Conselhos municipais, articulados com as secretarias municipais, gestão municipal, entidades do município e a própria população.

Destaca-se que a analogia da árvore (figura 1) foi construída durante o quarto encontro, com a participação dos presentes.



Fonte: Ilustração da árvore construída entre pesquisador e participantes durante 4ª oficina da Pesquisa Convergente Assistencial.

Nota: CMS - Conselho Municipal de Saúde; APP – Associação de Pais e Professores; ACIPA – Associação de Comércio e Indústria de Planalto Alegre; MMC – Movimento de Mulheres Camponesas; COOPERARE – Cooperativa Agrícola Familiar COOPERARE; PMS – Plano Municipal de Saúde; SUS – Sistema Único de Saúde.

**Figura 1** –Árvore do Conselho Municipal da Saúde

A oficina também possibilitou a validação dos dados gerados nos encontros anteriores, na medida em que trouxe registros das discussões e aprendizados para o contexto. Ao

finalizar, considerou-se que a árvore do CMS sofria muitas interferências internas e externas, positivas e negativas, e que o “coração/centro disso tudo” estaria em modificar a Lei Ordinária e o Regimento Interno do CMS, adequando-os à legislação vigente para melhor orientar suas ações. Dessa forma, as duas oficinas subsequentes foram destinadas a (re)organizar a legislação. No último encontro, o novo documento ‘Lei Ordinária do CMS’ foi aprovado pelos participantes. Ao término das oficinas da PCA, acordou-se que o novo documento “Lei Ordinária” seria encaminhado para aprovação em reunião do CMS e que, posteriormente, iniciariam a revisão e atualização do Regimento Interno.

## DISCUSSÃO

A ausência de conselheiros nas reuniões e atividades do CMS remete à reflexão sobre a legitimidade das deliberações, pois não estariam em conformidade com os critérios dos ordenamentos legais (Lei Ordinária do CMS, Regimento Interno do CMS e Resolução nº 453/2012 do CNS). Porém, como questão de fundo, remete ao questionamento sobre o compromisso de participação e a efetividade da representação dos conselheiros. O que significa essa ausência? Seria decorrência de falta de convite, da divulgação insuficiente, da dificuldade de acesso relacionada ao deslocamento dos conselheiros, do horário das reuniões, do processo de comunicação nas reuniões, quando se utilizam termos técnicos de difícil compreensão aos usuários, ou, ainda, do desconhecimento sobre o papel e a importância do CMS?

A manifestação em favor de uma maior presença nas reuniões pareceu ressaltar a importância dessa instância como espaço de diálogo, acolhendo o olhar externo, da comunidade, na gestão das políticas públicas na área da saúde. Tais ponderações estão congruentes com a Lei nº 8.142/90 e a Resolução nº 453/2012, que estabelecem reuniões do Conselho de saúde abertas à participação da sociedade, configurando-o como espaço para o exercício da cidadania<sup>(3-4)</sup>. Além disso, a participação da sociedade pode trazer novos olhares para as discussões, como indicam as falas, ou seja, o conselho deixa de ver sua imagem refletida no espelho e passa a conhecer novas realidades.

A participação relativa ao controle social pode ser entendida como um compartilhamento de poder político entre Estado e sociedade, como diálogo entre esses atores no processo decisório das políticas públicas<sup>(2)</sup>. A análise dos dados revelou duas formas de participação social passíveis de fortalecimento no exercício do controle social: de um lado, um “ser conselheiro ausente” nas decisões do Conselho de saúde; do outro um, “ser conselheiro comprometido” e interessado em participar e fazer parte do colegiado. Tais resultados remetem a outras pesquisas que avaliaram experiências de organização e atuação de Conselhos de Saúde. Nesses estudos, as motivações e situações que desencadeiam a não participação nas reuniões e decisões do CMS podem envolver tais aspectos: a atuação voluntária, não remunerada e não profissional; a falta de informação e conhecimento sobre o papel do Conselho de saúde e do conselheiro; as relações de poder



existentes nesses espaços, principalmente no que concerne às influências políticas e da gestão; a falta de organização popular das entidades representativas; a falta de interesse e de autorresponsabilização; além do próprio sentimento de não pertencimento àquele espaço<sup>(14-19)</sup>.

Quanto às relações de poder existentes em colegiados, em regra, são bastante fortes e muitas vezes desfavoreciam o segmento dos usuários devido à falta de conhecimento sobre as temáticas apresentadas para debate no Conselho, bem como de seu papel como conselheiro<sup>(15,19)</sup>. Compreende-se que o conselheiro de saúde representa as forças sociais e a diversidade presente na comunidade, trazendo para aquele espaço deliberativo seus valores, pensamentos e demandas<sup>(19)</sup>. Portanto, se faz indispensável o reconhecimento do que significa esse “eu conselheiro”.

Percebe-se que o acesso à informação é essencial para a participação dos conselheiros, principalmente nos processos decisórios, o que implica na possibilidade dos Conselhos deliberarem sobre as políticas de saúde e intervirem nas suas realidades<sup>(16)</sup>. Nesse sentido, oportunizar acesso às informações e possibilitar espaços de educação permanente é a melhor forma de qualificar o exercício do controle social e contribuir para o desenvolvimento da ação do sujeito social no cumprimento do direito à saúde. Desse modo, verifica-se a importância da capacitação com vistas ao empoderamento, vislumbrado como processo dinâmico com aumento “do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais”<sup>(18)</sup>.

Ainda nessa perspectiva, a quinta diretriz, competência I da Resolução 453/2012, diz que cabe ao conselho “fortalecer a participação social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que sustentam o SUS”<sup>(4)</sup>.

Este estudo também revelou a representação como potencialidade relacionada à participação social que pode ser fortalecida para o exercício do controle social. O fato do conselheiro representar uma entidade, um coletivo, e não uma pessoa individualmente, requer, por um lado, comunicação efetiva entre entidade e conselheiro e, por outro, “organizações políticas com capacidade de vocalização e potencialidade de gerar espaços de poder”<sup>(20)</sup>.

A partir do processo reflexivo sobre o exercício do controle social, os conselheiros passaram a (re)conhecer o colegiado como *locus* de participação, sendo que a metodologia utilizada os instrumentalizou para a participação como exercício de cidadania. É importante salientar que os processos de empoderamento acontecem em “arenas conflitivas, onde necessariamente se expressam relações de poder, as quais devem ser encaradas não como algo estanque, determinado, mas plástico, flexível, portanto modificável pela ação-reflexão-ação humanas”<sup>(18)</sup>.

Uma participação ativa está ligada à capacidade de mobilização dos sujeitos, o que implica no empoderamento dos sujeitos, imprescindível para o exercício efetivo do controle social. As formas, os meios e os instrumentos a serem utilizados para promover esse empoderamento podem ser muitos, mas o acesso à informação é essencial para fazer funcionarem as engrenagens.

No desenrolar dos encontros da PCA, foi possível perceber a relação entre diálogo e produção de conhecimento a partir dos

saberes e vivências que cada participante trazia. Para o exercício do controle social, é primordial que os conselheiros tenham consciência da importância e da responsabilidade do seu papel perante a sociedade e atuem pautados na ética e na cidadania, considerando o cenário político, social e econômico, a fim de obterem resultados que prezem pelos interesses sociais e pela justiça<sup>(21)</sup>.

O processo crítico-reflexivo desencadeado na primeira oficina evidenciou a necessidade de ampliar conhecimentos sobre o “ser conselheiro”, considerando a legislação (Resolução 453/2012, Lei ordinária do conselho e Regimento interno) e os instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde). As temáticas contempladas nas oficinas subsequentes possibilitaram aos conselheiros a tomada de controle de seus próprios assuntos, com consciência de suas habilidades e competências. Nesse sentido, dentro da dimensão pessoal, o empoderamento é fortalecido à medida que as pessoas se apropriam de habilidades de participação democrática e do poder político de decisão<sup>(20)</sup>.

As oficinas proporcionaram trocas e diálogo. Os participantes trouxeram para o espaço coletivo elementos novos a partir das suas experiências, saberes, fragilidades e potencialidades do atuar como conselheiro de saúde. Para Freire, o diálogo é essencial para a prática libertadora, com “ação e reflexão, de tal forma solidárias, em uma interação tão radical, que, sacrificada, ainda que em parte, uma delas, se recente imediatamente a outra”<sup>(20)</sup>.

É nesse processo que os homens se fazem<sup>(17)</sup>. Esse processo de “ação-reflexão-ação” foi percebido nas mudanças do agir dos conselheiros nas oficinas e nas reuniões do Conselho. Acredita-se que o envolvimento dos conselheiros no processo de adequação da Lei Ordinária possibilitou ampla reflexão sobre a importância do Conselho, sua estrutura, funcionamento e atribuições/competências. Ampliou, ainda, a compreensão sobre a corresponsabilidade desse órgão colegiado no planejamento, execução e fiscalização das políticas públicas municipais.

### Limitações do estudo

Aponta-se como limitações deste estudo a não adesão de todos os conselheiros municipais de saúde, com cargo efetivo, à pesquisa, assim como a pouca participação de representantes do segmento do governo e dos profissionais de saúde (totalizando apenas 1 participante prestador governamental). Esses fatores impossibilitaram identificar os motivos pela não participação, tanto no estudo quanto em atividades do Conselho de saúde.

Além disso, em virtude do tempo da academia, a coleta de dados foi realizada em um período de três meses, configurando-se como limitação para a realização de análises mais robustas frente à metodologia utilizada (PCA).

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Considerando a formação do profissional enfermeiro, a pesquisa possibilitou maior aproximação a uma de suas competências: promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social preconizado na Política Nacional de Atenção Básica, aspecto pouco abordado durante o processo de formação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, mobilizado pela necessidade de aprofundar as vivências e os conhecimentos sobre o exercício do controle social, possibilitou identificar a dinâmica participativa de um Conselho municipal de saúde, desenvolver um processo crítico-reflexivo com conselheiros municipais sobre o “ser conselheiro”, identificar fragilidades e possibilidades desse colegiado, além de gerar, coletivamente, novos saberes e a (re)elaboração da Lei Ordinária do CMS, em conformidade com a legislação vigente.

Em relação à dinâmica participativa, pontua-se a necessidade de ampliar a participação, considerando a presença dos conselheiros nas reuniões, a representação e a interação nas discussões e deliberações dos itens de pauta. Possibilidades para fortalecer a participação poderiam incluir a convocação, o diálogo com as entidades, a criação de canais permanentes de informação e a necessidade contínua de ampliar o conhecimento sobre a importância do Conselho. Tais possibilidades foram, em parte, promovidas por esta pesquisa. Sugerem-se, ainda, estudos futuros para investigar os motivos da não participação, considerando que essa realidade não é exclusiva do conselho investigado, segundo outros estudos sobre o tema.

Nesse sentido, compreende-se que cabe à universidade desenvolver o seu papel social e científico, assumindo compromisso com a realidade loco-regional. Além disso, como geradora de conhecimento, é papel da universidade fortalecer o processo de empoderamento dos atores em seus diferentes espaços de inserção. É de fundamental importância a promoção de estudos como este e, ainda, o fortalecimento de parcerias que possibilitem a oferta contínua de educação permanente para conselheiros de saúde com objetivo de qualificar o exercício do controle/participação social nos espaços da gestão pública.

Em relação ao desenvolvimento do processo crítico-reflexivo, destaca-se o método de investigação utilizado neste estudo, a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que oportunizou a combinação de diferentes estratégias e, a partir de oficinas, a identificação da realidade do Conselho e dos conselheiros. Além disso, possibilitou o diálogo, a interação, a reflexão sobre as necessidades, fragilidades e potencialidades do Conselho e dos conselheiros, respeitando as individualidades na construção do conhecimento coletivo. Recomenda-se a utilização da PCA em pesquisas futuras, uma vez que possibilita mudanças imediatas na realidade. A apropriação dessa metodologia foi representada, neste estudo, pela atualização da Lei Ordinária, fruto do processo de pesquisa, que, por sua vez, possibilitou experiências do empoderamento entre sujeitos e no coletivo.

Para o pesquisador, o método de pesquisa utilizado foi desafiador, uma vez que essa metodologia apresenta especificidades no seu desenvolvimento, principalmente em relação aos momentos de aproximação com a prática, afastamento, para refletir sobre os dados e o referencial teórico, e a convergência desses dados com a prática novamente, o que configura a fase da interpretação e garante o rigor científico do estudo. Para o pesquisador, é imprescindível respeitar esse processo, ter clareza da necessidade de criar vínculo com o objeto de estudo, mas sem se deixar envolver de forma a induzir os resultados do estudo. Nessa modalidade, a função principal da pesquisa é resultar em melhorias para o espaço e para os sujeitos do estudo, envolvendo sua participação e a construção conjunta dessas melhorias.

Por fim, a partir da qualificação do exercício do controle social desses atores, conseqüentemente, qualifica-se a construção de políticas públicas condizentes com a realidade do município e com os princípios e diretrizes do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Paim JS. A Reforma Sanitária e o CEBES. Projeto Formação em cidadania para saúde: temas fundamentais da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
2. Bava MCG, Rocha JSY. A participação e seu papel na construção da saúde. In: Rocha JSY (Org.). Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 191-199.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: MS; 1990[cited 2016 Nov 23]. Available from: [conselho.saude.gov.br/web\\_siacs/docs/l8142.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/l8142.pdf)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde [Internet]. Brasília: MS; 2012[cited 2016 Nov 23]. Available from: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/12\\_jun\\_resolucao453.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html)
5. Planalto Alegre. Lei nº 33 de 15 de setembro de 1993. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências [Internet]. Planalto Alegre: 1993. Available from: [http://www.legislacaomunicipal.com/busca\\_leis.php?municipio=95990255000155](http://www.legislacaomunicipal.com/busca_leis.php?municipio=95990255000155)
6. Martins ALX, Santos SMR. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. Saúde Soc [Internet]. 2012[cited 2016 Nov 18];21(1):199-209. Available from: [www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/17.pdf)
7. Reibnitz KS, Prado ML, Lima MM, Kloh D. Convergent-care research: bibliometric study of dissertations and theses. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012[cited 2016 Dec 12];21(3):702-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en\\_v21n3a27.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a27.pdf)
8. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular; 2004.



9. Rocha PK, Prado ML, Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 12];65(6):1019-25. Available from: [www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a19v65n6.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a19v65n6.pdf)
  10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
  11. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas; 2007.
  12. Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 5 ed. Joinville: UNIVILLE; 2005.
  13. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.
  14. Kleba ME, Comerlato D, Colliselli L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2007[cited 2016 Nov 12];16(2):335-42. Available from: [www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a18v16n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a18v16n2.pdf)
  15. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2010[cited 2016 Dec 02];15(5):2437-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a18.pdf>
  16. Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*[Internet]. 2009[cited 2016 Dec 12];19(2):419-438. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a10.pdf>
  17. Comerlato D, Colliselli L. A dinâmica participativa e as reuniões em conselhos municipais: revelando processos e desafios. In: Wendhausen ALP, Kleba ME (Orgs.). *Conselhos gestores e empoderamento: vivências e potenciais da participação social na gestão pública*. Jundiaí: Paco Editorial; 2012. p. 119-42.
  18. Kleba ME, Wendhausen ALP. Empoderamento e participação social na gestão pública. In: Wendhausen ALP, Kleba ME (Orgs.). *Conselhos gestores e empoderamento: vivências e potenciais da participação social na gestão pública*. Jundiaí: Paco Editorial; 2012. p. 41-59.
  19. Zambon VD, Ogata MN. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2016 Dec 12];66(6):921-7. Available from: [www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/17.pdf)
  20. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17 ed. V 21. Rio de Janeiro: Paz e Terra; Simões ML, Santos JP (Revs.). 1987.
  21. Rocha EM, Cunha JXP, Lira LSSP, Oliveira LB, Nery AA, ABA Vilela, et al. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. *Saúde Debate* [Internet]. 2013[cited 2016 Dec 01];37(96):104-11. Available from: [www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/12.pdf)
-