



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA VANESSA DEFFACCIO RODRIGUES**

**CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ:  
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES**

**MARINGÁ  
2012**

**ANA VANESSA DEFFACCIO RODRIGUES**

**CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ:  
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria José Scochi

**MARINGÁ  
2012**

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

R696p	Rodrigues, Ana Vanessa Deffaccio Conselhos Municipais de Saúde da 15 <sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná: potencialidades e fragilidades / Ana Vanessa Deffaccio Rodrigues. - Maringá, 2012. 89 f.  Orientadora : Prof <sup>a</sup> . Dr <sup>a</sup> . Maria José Scochi.  Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.  1. Enfermagem. 2. Conselhos de Saúde. 3. Políticas públicas. 4. Participação comunitária. I. Scochi, Maria José, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.  CDD 21.ed.610
-------	---

ANA VANESSA DEFFACCIO RODRIGUES

**CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ:  
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES**

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Drª. Maria José Scochi (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Profª. Drª. Maria Lúcia Frizon Rizzotto  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

---

Profª. Drª. Lilian Denise Mai  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Dedico este trabalho à minha família que sempre esteve presente em minha jornada, principalmente aos meus queridos e virtuosos pais, Edson e Maria Cristina, que me incentivaram e participaram de minhas buscas e conquistas.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por proporcionar momentos que jamais imaginei conquistar...

À minha mãe, Maria Cristina, pela sua amizade e pelo seu exemplo de luta e sabedoria...

Ao meu pai, Edson, por sempre acreditar em mim e ser meu exemplo de dignidade e bondade...

Aos meus irmãos, Ana Carolina e João Henrique, por proporcionarem meu riso nos tão esperados finais de semana...

Ao meu namorado, Luis Alexander, pelo amor e paciência nos momentos necessários...

À Prof. Dra. Maria José Scochi por ser mais que minha orientadora... Meu modelo de profissionalismo, caráter e dignidade... Obrigada pelo incondicional apoio neste período...

À Lúcia e Danielle pela companhia e amizade, principalmente por se tornarem parte de minha família no último ano...

Aos pesquisadores do projeto “Avaliação da Atenção Básica em Municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná” pela contribuição na coleta de dados e construção do projeto...

Às colegas do mestrado, Viviane e Claudiane, pelo apoio nesta jornada...

Ao Conselho Municipal de Saúde de Maringá, em especial à Márcia por disponibilizar gentilmente informações necessárias a esta pesquisa...

A todos aqueles que participaram, de forma direta ou indireta, na concretização deste sonho...

"Uma longa viagem começa com um único passo".  
(Lao-Tsé)

RODRIGUES, Ana Vanessa Deffaccio. **Conselhos Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde do Paraná: potencialidades e fragilidades**. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

## RESUMO

A criação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) foi uma luta da sociedade brasileira que se transformou em exigência legal, o que demonstra a importância da participação da comunidade na organização de políticas de saúde. O objetivo deste trabalho foi avaliar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Estudo descritivo-exploratório no campo da pesquisa avaliativa, realizado em etapas distintas, porém complementares. Na *Etapa 1*, foram analisados os dados dos 399 CMS do Paraná, disponibilizados no banco de dados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, dos anos de 2007 e 2008. Utilizaram-se as informações de 319 (79,9%) municípios, pois um não havia preenchido o cadastro e 79 (19,8%) estavam inconsistentes. A mediana do total de conselheiros nos municípios com população de até 20 mil habitantes era de 12; entre 20 e 50 mil, de 16 e, acima de 50 mil, de 22. Em todos os municípios, os representantes dos usuários apresentaram percentual condizente com a legislação, já em 39,3% daqueles com até 20 mil habitantes não contavam com 25% de representação dos trabalhadores. Em 72,2% dos municípios, as reuniões aconteciam mensalmente. Em 50,6% dos municípios, os conselheiros não receberam nenhuma capacitação ao assumirem o cargo. Na *Etapa 2*, foram realizadas entrevistas com representantes do segmento dos usuários de CMS de 15 (50%) municípios da 15ª Regional de Saúde (RS) do PR. Verificou-se predominância do sexo feminino sobre o sexo masculino na população entrevistada, sendo a média de idade por sexo de 54,6 e 52,7, respectivamente. A maior parte possuía graduação, e apenas um tinha formação na área da saúde. Nove afirmaram que realizaram curso de capacitação para conselheiros. Quanto à área que estava sendo aplicada, a maior parte dos recursos da contrapartida do município para a saúde, sete entrevistados concordaram que estava sendo destinada à atenção básica. Na *Etapa 3*, ocorreu a observação não-participante, análise das atas de três reuniões ordinárias e entrevista com um representante do CMS do município sede da 15ª RS - PR. O CMS possuía um total de 32 membros efetivos, com uma Mesa Diretora composta por: Presidente, Vice-Presidente, 1º e 2º Secretário. Assinaram as atas das reuniões 71,88%, 75% e 68,75% dos titulares, respectivamente. O presidente era representante dos usuários e liderava as reuniões. Porém, existia uma liderança informal no grupo, que representava o segmento dos trabalhadores. Havia conselheiros que não se manifestavam verbalmente, apenas votavam quando necessário. As comissões internas eram constituídas por entidades membros do CMS e outras instituições, que utilizavam os espaços das reuniões para emitir pareceres aos assuntos a elas pertinentes. Conclui-se que diante da amplitude do papel dos conselheiros, nota-se a necessidade que sejam capacitados para realizarem tal função. Pensando o profissional de saúde neste contexto, percebe-se a necessidade de uma formação acadêmica com um currículo focado em conteúdos que o insira em questões de cidadania e controle social.

**Palavras-chave:** Conselhos de Saúde. Controle Social. Políticas Públicas. Participação Comunitária. Avaliação.

RODRIGUES, Ana Vanessa Deffaccio. **Municipal health councils of the 15th Regional Health Paraná: strengths and weaknesses.** 2012. 89 f. Dissertation (Master degree in Nursing) - Maringá State University, Maringá, 2012.

### ABSTRACT

The creation of the Municipal Health Councils (CMS) was a battle of Brazilian society that became a legal requirement, which demonstrates the importance of community participation in organization of health policies. The objective of this study was to evaluate the performance of the Municipal Health Councils of the 15th Regional Health of the State of Paraná. An exploratory and descriptive study in the field of evaluative research conducted in different stages, however complementary. In Stage 1 we analyzed the data of 399 CMS Paraná, available in the database of the National Register of Health Councils, of the years 2007 and 2008. We used information from 319 (79.9%) of the municipalities, because one had not completed the registration and 79 (19.8%) were inconsistent. The median total number of counselors in municipalities with populations of up to 20 thousand inhabitants was 12, between 20 to 50 thousand inhabitants were 16 and above 50 thousand were 22 counselors. In all municipalities, user representatives presented a rate consistent with the law, as in 39.3% of those with up to 20 thousand did not have 25% of employee representation. In 72.2% of the municipalities, the meetings were held monthly. In 50.6% of the municipalities, the directors received no training to take office. In Stage 2, interviews were conducted with representatives of segment of users of the CMS 15 (50%) municipalities of the 15th Regional Health (RS) of PR. There was a predominance of females over males in the population interviewed, and the average age by sex, 54.6 to 52.7, respectively. Most of them had graduation and only one had training in healthcare. Nine of them said they had received training course for counselors. As for the area that was being applied most resources from municipalities to health, seven respondents agreed that was being allocated to primary care. In Stage 3, was the non-participant observation, analysis of the minutes of three ordinary meetings and interview with a representative of the municipality CMS headquarters of the 15th RS - PR. The CMS had a total of 32 members, board composed by: President, Vice-President, 1st and 2nd Secretary. The minutes of meetings were signed by 71.88%, 68.75% and 75% of the holders, respectively. The president was representative of users and leading meetings. However, there was an informal leadership group, which represented the segment of workers. There were counselors who were not verbally expressed, only voted when necessary. The internal committees were comprised of members of the CMS entities and other institutions that used the spaces for meetings to issue opinions on matters relevant to them. We conclude that given the breadth of the role of counselors, there is a need to be able to perform such a function. Thinking about health care professionals in this context, it is realizes the need for an academic education with a curriculum focused on content that will insert him into the issues of citizenship and social control.

**Keywords:** Health Councils. Social Control. Public Policy. Community Participation. Evaluation.

RODRIGUES, Ana Vanessa Deffaccio. **Los consejos municipales de salud de la 15<sup>a</sup> Regional de Salud del Paraná: potencialidades y debilidades**. 2012. 89 f. Disertación (Máster en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá, Maringá, 2012.

## RESUMEN

La creación de los Consejos Municipales de Salud (CMS) fue una lucha de la sociedad brasileña que se convirtió en una exigencia legal, el que demuestra la importancia de la participación de la comunidad en la organización de políticas de Salud. El objetivo de este trabajo fue evaluar la actuación de los Consejos Municipales de Salud de la 15<sup>o</sup> Regional de Salud del Estado del Paraná. Estudio descriptivo- exploratorio en el campo de la investigación evaluativa, realizado en etapas distintas, pero complementares. En la Etapa I fueron analizados en los datos de los 339 CMS del Paraná, disponible en el banco de datos del Cadastro Nacional de Consejos de Salud, de los años de 2007 y 2008. Se utilizó las informaciones de 319 (79,9%) municipios, pues un no había llenado el registro y 79 (19,8%), estaban inconsistentes. La mediana del total de los consejeros en los municipios con la población de hasta 20 mil habitantes era de 12, entre 20 y 50 mil de 16 y encima de 50 mil de 22. En todos los municipios, los representantes de los usuarios presentaron una tasa conforme con la legislación, ya en 39,3% de aquél con hasta 20 mil habitantes no contaban con 25 % de representación de los trabajadores. En 72,2 % de los municipios, las reuniones ocurrían mensualmente. En 50,6 % de los municipios, los consejeros no recibieron ninguna capacitación al asumir el encargo. En la Etapa 2, fueron realizadas entrevistas con representantes del segmento de los usuarios de CMS de 15 (50%) municipios de la 15<sup>o</sup> Regional de Salud (RS) del PR. Se comprobó predominancia del sexo femenino de 54,6 y 52,7, respectivamente. La mayor parte poseía graduación y, apenas uno con formación en el área de salud. Nueve afirmaron que realizaron curso de capacitación para consejeros. Cuanto el área que estaba sendo aplicada, la mayor parte de los recursos de la contrapartida del municipio para la salud, siete entrevistados concordaron que estaba sendo destinada a la atención básica. En la Etapa 3, ocurrió la observación no-participante, analice de las actas de las tres reuniones ordinarias y entrevista con un representante del CMS del municipio sede de la 15<sup>a</sup> RS- PR. El CMS poseía un total de 32 miembros efectivos, con una Mesa Directora compuesta por: Presidente, Vicepresidente, 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> Secretario. Firmaron las actas de las reuniones 71,88%, 75% y 68,75% de los titulares, respectivamente. El presidente era representante de los usuarios y lideraba las reuniones. Pero, existía un liderazgo informal en el grupo, que representaba el segmento de los trabajadores. Existían consejeros que no se manifestaban verbalmente, apenas votaban cuando necesario. Las comisiones internas eran constituidas por entidades miembros del CMS y otras instituciones, que utilizaban los espacios de las reuniones para emitir pareceres a los asuntos a ellas pertinentes. Se concluye que delante de la amplitud del papel de los consejeros, se nota la necesidad que sean capacitados para realizaren tal función. Pensando el profesional de salud en este contexto, se percebe la necesidad de una formación académica con un currículo enfocado en contenido que introduzca cuestiones de ciudadanía y control social.

**Palabras - llaves:** Consejo de Salud. Control Social. Políticas Públicas. Participación Comunitaria. Evaluación.

## APRESENTAÇÃO

O ingresso na Universidade Estadual de Maringá (UEM) no curso de graduação em Enfermagem em 2005 e posterior início na pós-graduação *lato sensu* na modalidade residência em “Gerência dos Serviços de Enfermagem” na Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 2009, concluída em janeiro de 2010, e a aproximação com a docência neste período, motivaram a realização do mestrado, iniciado em fevereiro de 2011 no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, na linha de pesquisa “Gestão do cuidado em saúde”, com enfoque em Avaliação de serviços e programas de saúde.

Simultaneamente, houve a oportunidade de participação em dois projetos de pesquisa: “Avaliação da Atenção Básica em Municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná”, sob coordenação da professora Dra. Maria José Scochi, e “Rede de Observatórios Sociais: estratégias para a construção da cidadania fiscal e exercício do controle social”, sob coordenação do professor Dr. Marcílio Hubner de Miranda Neto.

A vivência na Área Hospitalar na residência, no nível secundário e terciário e, posteriormente, na área de atenção primária no mestrado, ampliou a percepção do importante papel que o usuário do Sistema Único de Saúde possui na implantação e controle das políticas públicas de saúde, principalmente na instância da Conferência e Conselho de Saúde. Assim, foi com muita satisfação aceito o desafio, juntamente com minha orientadora em realizar a presente dissertação.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Regionais de Saúde do Estado do Paraná .....	33
Figura 2	Municípios que compõe a 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná .....	34

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Municípios participantes da pesquisa .....	35
Quadro 2	Divisão dos municípios visitados de acordo com os grupos de pesquisadores .....	36
Quadro 3	Características do financiamento da atenção à saúde em municípios do Paraná por estratificação populacional .....	58
Quadro 4	Conformação atual do CMS de Maringá, Paraná, 2012 .....	62
Quadro 5	Potencialidades e fragilidades do CMS do município sede da 15ª RS do Estado do Paraná .....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Preenchimento da composição dos Conselhos Municipais de Saúde segundo porte populacional dos municípios, 2007 e 2008, Paraná, 2012 ...	39
Tabela 2	Composição dos Conselhos Municipais de Saúde por segmento de representatividade, nos anos 2007-2008, Paraná, 2012 .....	41
Tabela 3	Periodicidade das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Paraná, nos anos 2007-2008, Paraná, 2012 .....	42
Tabela 4	Capacitação dos conselheiros municipais de saúde do Estado do Paraná nos anos 2007-2008, Paraná, 2012 .....	44
Tabela 5	Utilização e opinião sobre o SUS de conselheiros municipais de saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, segundo estratificação populacional, 2012 .....	48
Tabela 6	Capacitação; principal papel que o CMS tem exercido no município; escolha do representante e periodicidade das reuniões dos CMS, segundo porte populacional. 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2012 .....	49
Tabela 7	Número de CLS e média de habitantes do município por CLS, segundo porte populacional. 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2012 ...	53
Tabela 8	Número de equipes e cobertura da ESF em municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2012 .....	55
Tabela 9	Área que está sendo aplicada a maior parte dos recursos da contrapartida do município para a saúde, segundo porte populacional. 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2012 .....	56

## LISTA DE SIGLAS

CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCM	Comitês Consultivos Mistos
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CNCS	Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COPEP	Comitê Permanente de Ética em pesquisas envolvendo seres humanos
CS	Conselho de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PR	Paraná
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
RS	Regional de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1	OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO CONTROLE SOCIAL .....	16
2	<b>QUADRO TEÓRICO</b> .....	20
2.1	O CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL .....	20
2.2	A PESQUISA AVALIATIVA NA ÁREA DA SAÚDE .....	24
3	<b>JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b> .....	27
4	<b>PERGUNTA DA PESQUISA</b> .....	29
5	<b>OBJETIVOS</b> .....	30
5.1	OBJETIVO GERAL .....	30
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	30
6	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	31
6.1	ETAPA 1 - CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NOS ANOS 2007-2008 .....	31
6.2	ETAPA 2 - CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ .....	33
6.3	ETAPA 3 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SEDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ .....	37
7	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	39
7.1	ETAPA 1 - CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NOS ANOS 2007-2008 .....	39
7.2	ETAPA 2 - CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ .....	45
7.2.1	<b>Perfil dos conselheiros entrevistados</b> .....	45
7.2.2	<b>Conhecendo os Conselhos Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná</b> .....	47
7.3	ETAPA 3 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SEDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ .....	59
7.3.1	<b>Histórico do Conselho Municipal de Saúde de Maringá</b> .....	60
7.3.2	<b>Dinâmica das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do município sede da 15ª Regional de Saúde do Paraná</b> .....	61

8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	68
9	<b>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM .....</b>	70
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	71
	<b>APÊNDICES .....</b>	78
	<b>ANEXOS .....</b>	86

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO CONTROLE SOCIAL

No ano de 1990, entrou em vigor a Lei 8.142 com a obrigatoriedade da criação de Conselhos de Saúde nas três instâncias do governo: municipal, estadual e nacional, em contrapartida ao repasse de recursos financeiros (BRASIL, 1990a). Desse modo, diversos conselhos foram criados de forma “espontânea”. A inexperiência, complexidade e novidade fizeram com que os Conselhos Municipais se apoiassem em outros municípios vizinhos e mais experientes (BRASIL, 2002b).

Para orientar a criação e constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais, em 1992, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 33/92 (BRASIL, 1992b). Esta Resolução foi atualizada no ano de 2003 e, então, entrou em vigor a de número 333 (BRASIL, 2003a).

Sabe-se que o município é o mais adequado dos entes federados para o gerenciamento da saúde, devido informações que detém sobre prioridades e demandas locais e pela aproximação com a realidade existente. Neste contexto, a criação e manutenção dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) tornam-se obrigatórias, com o objetivo de garantir a participação social nas políticas de saúde em sua formulação e em sua execução (MATUOKA; OGATA, 2010).

Contudo, sua implementação como prática concreta está envolvida num processo contraditório de conquista e outorga, porque, embora tenham sido estabelecidos a partir de processo de luta das organizações da sociedade civil, ao mesmo tempo, em muitas realidades locais, os conselhos surgem por imposição legal e iniciativa dos gestores (OLIVEIRA, 2006).

Em muitos municípios, os Conselhos possuem caráter meramente formal, demonstrando a frágil organização da sociedade civil e/ou ausência de compromisso do governo com a verdadeira democracia das decisões públicas (FEDOZZI, 2009).

É possível apontar outras dificuldades encontradas na prática destes conselhos, tais como aquelas relacionadas à inconsistência de uma cultura política democrática e à persistência de uma tradição autoritária presente na realidade do nosso país (SILVA;

CRUZ; MELO, 2007). Além disso, a vivência de uma falta de valor enquanto fórum institucional e deliberativo pelo governo e falta de integração dentro do próprio serviço de saúde (WENDHAUSEN; RODRIGUES, 2006). Ainda, alguns estudos apontam o desconhecimento das reais responsabilidades dos próprios conselheiros (SALIBA et al., 2009) e inadequação ao previsto pela legislação federal vigente (MATUOKA; OGATA, 2010; SALIBA et al., 2009).

Pode haver manipulação pelos gestores desde o momento de sua formação, em sua composição, até a sua atuação, simplificada à aprovação de documentos imprescindíveis para o repasse de recursos (CORREA, 2006), tornando o conselho um mero legitimador das propostas governamentais. Dessa forma, os conselheiros não conseguem compreender o real significado das atribuições, responsabilidades e do compromisso com o controle social.

Para Asensi (2006), a dificuldade de efetivação do Conselho enquanto instância de participação social está relacionada a deficiências na formação dos próprios conselheiros, tais como a falta de conhecimento aprofundado da estrutura e do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS); a falta de informação técnica sobre medicamentos, equipamentos e tecnologias da saúde; e a falta de um conhecimento jurídico satisfatório para brigar por direitos na esfera do judiciário.

Percebe-se que uma parte considerável dos usuários do SUS não possui conhecimento sobre a existência de um palco de participação legitimado e institucionalizado, onde eles podem atuar de forma ativa, contínua e gratuita. E aquelas pessoas que possuem este conhecimento, não sabem o real papel que o conselho possui na comunidade (ASENSI, 2006).

Sem a clareza da população e dos próprios conselheiros sobre o significado das atribuições, responsabilidades e do conseqüente compromisso, o controle social por meio dos Conselhos de Saúde fica fragilizado a determinadas pressões de tendências e de alguns grupos, da sociedade e do governo, desviando-se de sua real meta: sociedade e cidadania (BRASIL, 2002b).

Também no modelo inglês de participação social, os *Community Health Councils* (Conselhos Comunitários de Saúde) se deparam com algumas dificuldades, tais como o desconhecimento dos cidadãos de seu real papel na participação, ausência de capacitação para atuação, atendimento às demandas de acordo com a necessidade individual e de cunho pessoal do conselheiro atuante (LOWNDES; PRATCHETT; STOKER, 2001).

Alguns fatores são considerados determinantes do processo participativo para o pleno funcionamento dos conselhos de saúde, destacando-se: a organização da população local; e a disposição das autoridades em respeitar e incentivar as decisões coletivas (CÔRTEZ, 2002).

Asensi (2006, p. 3) enumera quatro estratégias para redução dos principais problemas encontrados nos CMS:

a) a promoção de cursos de capacitação para conselheiros; b) a ênfase na idéia de *nós* como forma de reduzir as deficiências na formação, porque a partir do momento em que passo a considerar a opinião do *outro*, e o *outro* considera a *minha*, *nós* podemos reduzir *nossas* deficiências através de uma ação conjunta, potencializando a *nossa* atuação; c) a iniciativa dos próprios conselheiros, principalmente os conselheiros locais, de divulgar os trabalhos do conselho para a população; d) a aproximação com instituições jurídicas zelosas da defesa dos direitos coletivos (dentre essas, o Ministério Público).

O Brasil possui diversidade cultural e social, fato que impossibilita generalização quanto aos CMS, pois eles são definidos e organizados conforme o contexto sociopolítico de determinada região. Observa-se uma carência de literatura em estudos que enfocam um conjunto de conselhos de uma região específica, fato que merece atenção na atualidade devido à proposta do Ministério de Saúde (MS) em se trabalhar em redes de atenção à saúde.

Para o MS, essas redes de atenção à saúde são compostas

[...] pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede: uma unidade básica de saúde, um hospital geral, um centro de atenção psicossocial, um conselho municipal de saúde, etc (BRASIL, 2009, p. 8).

A elaboração e consolidação de uma rede é uma tarefa complexa, não implica apenas nas ofertas de serviços em um mesmo território, diversos outros fatores estão relacionados. Alguns princípios e dispositivos são necessários para a construção de redes de produção de saúde, dentre eles a transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (BRASIL, 2009).

Inseridos nestes princípios, está a participação da sociedade na elaboração e execução das políticas de saúde, pois é, neste contexto, que existe a

[...] inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde. Sobretudo segmentos de usuários que, por intermédio de conselhos e conferências – arranjos de cogestão do Estado – passam a vocalizar interesses e necessidades que, em alguma medida, passam a compor as políticas de saúde. A construção de espaços coletivos e arenas decisórias para o processamento de interesses na formulação e gestão de políticas públicas é uma estratégia importante de democratização do Estado e do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2009, p. 12).

O Conselho de Saúde (CS) em cada um dos municípios que compõe uma Regional de Saúde (RS), assume um papel fundamental no exercício da cidadania, portanto, aprofundar o conhecimento sobre a dinâmica do funcionamento deste espaço no controle social, é importante para a constituição de um trabalho em rede e prática de gestão democrática.

## 2 QUADRO TEÓRICO

### 2.1 O CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

O suporte teórico utilizado neste trabalho é formado por diversos conceitos que se articulam na área da saúde, dentre eles a participação social e o controle social. O primeiro pode ser definido como a “integração, em parceria com o Estado, dos diferentes setores da população na definição de políticas de saúde a serem implementadas, bem como no monitoramento de sua implementação, incluindo aspectos econômicos e financeiros” (VAZQUEZ et al., 2003, p. 580). Pode-se classificar a participação social quanto ao envolvimento do participante no processo de decisão política, aos diversos propósitos e atitudes das instituições, ao tipo do participante e aos diferentes níveis de envolvimento do participante (CÔRTEZ, 2009).

O controle social é um instrumento necessário e indispensável para que exista a garantia dos direitos estabelecidos em lei e caracteriza-se pela participação popular em diferentes instâncias do Estado, órgãos, agências ou serviços públicos (WESTPHAL, 1992). É “resultado da participação efetiva da sociedade organizada nos Conselhos de Saúde, fiscalizando e decidindo ações no âmbito do SUS” (GONÇALVES; ALMEIDA, 2002, p. 168).

O relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde afirma que:

Controle social [...] é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania [...]. Deve-se dar como prática que busque a transformação social [...]. Não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde (BRASIL, 1992a).

Para Asensi (2006), a participação social na construção do SUS é necessária e indispensável para que a concretização deste sistema se aquiesça mais democrático e eficaz. Nesse contexto, surge o debate sobre dois modelos distintos de democracia: representativa e participativa.

A democracia representativa está intimamente relacionada ao conceito de cidadania, pois pressupõe que todos os cidadãos têm o direito de escolher os destinos de

seu país pelos seus representantes eleitos e que, nas diversas instâncias da sociedade, é necessário um determinado indivíduo que decida em nome de toda a sociedade (ASENSI, 2006).

A democracia participativa denota algo além da representativa, pois tem como ideia que a democracia não deve encerrar-se no voto, fazendo-se no cotidiano das práticas dos atores em conjunto com os seus representantes (ASENSI, 2006). A democracia participativa

[...] significa a participação da população em conjunto aos seus representantes em espaços públicos, com o objetivo de promover, formular, deliberar e fiscalizar as políticas públicas em igualdade de voz e voto, de modo a legitimar socialmente as decisões ali estabelecidas (ASENSI, 2006, p. 2).

Na América Latina, reformas no setor saúde estão ocorrendo de forma amíúde, pois, apesar das diversidades de cada país, existe um compartilhamento de elementos comuns. São exemplos de países que buscam um envolvimento da comunidade na execução e formulação da saúde pública: Brasil, Panamá, Cuba e Colômbia (VÁZQUEZ et al., 2002). Ainda, Uruguai e Chile acreditam na importância da participação da população para solucionar os problemas de seus países, conforme estudo de Santos e Baquero (2007).

No Brasil, o controle social se inicia quando os movimentos trabalhistas criam as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) no início do século passado, que são transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em cujas organização e gestão, junto ao Governo Federal, possuíam um forte peso dos sindicatos dos trabalhadores e entidades patronais. Esse é considerado o início do controle por parte de um único segmento da sociedade, os sindicatos urbanos (BRASIL, 2002b).

Outro momento que se torna marcante na história é a migração populacional para as periferias das grandes cidades na década de 70 (BRASIL, 2002b), reflexo do fim do milagre econômico e do agravamento das crises cíclicas do capitalismo (CORREA, 2006). Com isso, houve um

[...] grande aumento na criação de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos femininos, entidades filantrópicas e vários outros movimentos comunitários, que passaram a exercer atividades e pressões de controle, ainda fracionado por segmento, em função de reivindicações específicas, inclusive serviços de saúde, direcionadas principalmente às prefeituras municipais (BRASIL, 2002b, p. 25).

Na década de 80, a relação do Estado com os movimentos sociais vai mudando, ou seja, o Estado passa a reconhecer os movimentos sociais como interlocutores coletivos e estes concordam, também, em negociar com o Estado (CORREA, 2006). São esses movimentos da sociedade organizada que intensificam o controle social (BRASIL, 2002b).

O período da ditadura militar brasileiro (1964-1985) foi marcado por decretos, atos institucionais e repressão, criando um Estado autoritário sobre toda a sociedade. Apesar disso, movimentos buscavam a redefinição de políticas sociais e a redemocratização do país. Diversos grupos e setores da sociedade civil estavam envolvidos com a ideia de reformas sociais, dentre eles, os partidos políticos de esquerda, os movimentos populares, os departamentos de medicina preventiva e social das universidades, entidades de classe de trabalhadores da saúde, movimento médico e outros (GONÇALVES, 1999).

Um desses movimentos ficou conhecido como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Defendia a *saúde como um direito de todos*, sendo que as ações nesse âmbito deveriam ser formuladas tanto pelo Estado, quanto com o apoio da sociedade, por meio da participação social (ASENSI, 2006).

A Reforma Sanitária buscava “uma participação política nas decisões sobre os rumos a serem trilhados na perspectiva de obter maior justiça social” (GONÇALVES, 1999, p. 11). Ainda, “propunha a implantação de um sistema unificado e pactuado com os usuários através de seus representantes, associando ideia de descentralização, participação social e maior eficiência da gestão local” (BATISTA, 2006, p. 1).

Esse movimento culminou, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde na cidade de Brasília, que pela primeira vez na história das Conferências Nacionais, contou com a presença da sociedade civil organizada, inclusive representantes de usuários, na condição de delegados com direito a voz e voto, participando das discussões sobre os rumos da saúde pública do país (BATISTA, 2006; CORREA, 2006; GONÇALVES, 1999).

Foi redigido no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde uma valorização da participação popular nos diferentes processos do setor saúde.

O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços:

- [...] participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde... (BRASIL, 1986, p. 10).

O relatório final da 8ª Conferência também serviu de subsídio para a elaboração da Seção II da nova Constituição Brasileira, em 1988, que compreende os artigos 196 a 200 que se referem ao novo sistema de saúde do povo brasileiro. Em seu artigo 198, a participação da comunidade é colocada como uma diretriz para as ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 é um marco na conquista de direitos do povo brasileiro, dentre eles o direito do controle social na área da saúde. Mas, foi em 1990 que a primeira lei neste âmbito surge, a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990b). Que apresenta sucintamente a participação social como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), pois o então presidente Fernando Collor de Melo vetou os artigos relacionados a participação popular e transferência de recursos. Porém, a sociedade se mobilizou e conseguiu que poucos meses depois fosse aprovada a Lei 8.142/90 que dispõe diretamente sobre a participação social da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências e Conselhos de Saúde. Em seu Artigo 1º, Parágrafo 1º, são expostas as normas básicas das Conferências de Saúde e, no mesmo Artigo, em seu Parágrafo 2º, as dos Conselhos de Saúde, da seguinte forma:

A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990a).

A legislação exige paridade quanto à representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde em relação ao conjunto dos demais segmentos (BRASIL, 1990a). Assim, cada um dos quatro segmentos que integram obrigatoriamente os Conselhos e Conferências de Saúde são socialmente defensores das reivindicações específicas do segmento e dos associados das entidades que representam (BRASIL, 2002b).

O controle social na saúde foi conquistado de forma que a sociedade civil de maneira organizada participe das formulações de estratégias de políticas de saúde, acompanhe execuções e definam alocação de recursos que atendam aos interesses da

coletividade, permanentemente. Essa grande conquista democrática tem o objetivo de construir e garantir um modelo assistencial baseado nos direitos e interesses da população, de forma integral, universal e com equidade, em que saúde de qualidade seja ofertada efetiva e eficazmente.

## 2.2 A PESQUISA AVALIATIVA NA ÁREA DA SAÚDE

A prática de avaliar programas e projetos sociais com metodologias científicas tornou-se comum nos países centrais do capitalismo após a Segunda Guerra Mundial, seguindo os grandes investimentos em políticas públicas de bem-estar social (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Na área da saúde, o marco de estudos sobre avaliação foi na segunda metade da década de 60, com Avedis Donabedian. O modelo proposto por este médico estabeleceu, como método, a realização da avaliação a partir de três elementos básicos: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980).

A avaliação das *estruturas* contém informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), especificação de equipamentos e tecnologias disponíveis. O estudo dos *processos* se dirige às atividades realizadas pelos provedores da intervenção, incluindo-se aí os componentes técnicos e as relações interpessoais. A análise de *resultados* se refere aos efeitos e aos produtos que as ações e os procedimentos provocam, de acordo com os objetivos da intervenção (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 26-27, grifo do autor).

Para Aguilar e Ander-Egg (1994), esse modelo tem apresentado grande aceitabilidade, fato confirmado em virtude de sua compatibilidade e utilidade para os programas de saúde, uma vez que essa abordagem contempla recursos, organização, atividades, serviços e efeitos dessas organizações.

No Brasil, a institucionalização das tecnologias de avaliação de intervenções sociais é ainda recente e tímida, devido, principalmente, à cultura autoritária e clientelista que tem o hábito de orientar a política do país (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). A avaliação na atenção básica em saúde surgiu com a criação da Coordenação de Acompanhamento e

Avaliação (CAA) da Atenção Básica pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde, no ano de 2000, com o principal objetivo de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados ao nível primário de atenção (BRASIL, 2005).

Para Minayo, Assis e Souza (2005, p. 19), uma boa avaliação é guiada por quatro objetivos:

[...] oferecer respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo sobre o emprego dos recursos públicos; orientar os investidores sobre os frutos de sua aplicação; responder aos interesses das instituições, de seus gestores e de seus técnicos; buscar sempre uma melhor adequação de suas atividades.

A pesquisa avaliativa é um:

[...] procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual se situa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 37).

A pesquisa no âmbito da avaliação, utilizada como técnica e estratégia investigativa é conceituada, também, por Minayo, Assis e Souza (2005, p. 19), como um “processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto proposta ou programa”.

A avaliação é um tipo de pesquisa que pode influenciar a prática de diferentes formas: da transformação de políticas, da tomada de decisões em administração ou gestão, em si mesma, a gerência e a coordenação de programas de saúde. Assim, para alcançar essas mudanças na prática da avaliação, utiliza-se uma combinação de métodos e técnicas de pesquisa (DENIS, 2010).

Dessa forma, a utilização de instrumentos quantitativos na pesquisa em avaliação em saúde pode ser utilizada para revelar aspectos objetivos do fenômeno avaliado, enquanto os instrumentos qualitativos ajudam a aprofundar sua compreensão (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

Nesse contexto de cruzamento e combinação de múltiplas técnicas, coleta de dados e pontos de vista, enquanto dinâmica de investigação e trabalho, é que está presente a

avaliação por triangulação de métodos. A triangulação pode ser utilizada em diferentes enfoques, ou seja, com os dados, os pesquisadores, as teorias ou com os métodos (HARTZ, 1999). No entanto, a garantia de uma melhor validade e qualidade de uma pesquisa multimétodos não está atrelada exclusivamente à multiplicação de pontos de vista e justaposição de instrumentos, mas toda integração pelo pesquisador em torno da lógica de um objeto comum (HARTZ, 1999).

Portanto, observa-se que a pesquisa avaliativa colabora para compreensão da realidade e, em determinados contextos, para auxiliar na tomada de decisão, desse modo, é essencial um subsídio consistente de informações e, para alcançar este objetivo, faz-se necessária uma cobertura mais ampla e aprofundada de um mesmo objeto de pesquisa pela maior variedade de informações.

Dessa forma, realizar uma pesquisa avaliativa com os CMS de determinada RS proporcionará conhecimento das fragilidades e potencialidades encontradas na construção e manutenção deste fórum de controle social brasileiro.

### 3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Como demonstrado, a criação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) foi uma necessidade da sociedade brasileira que se transformou em uma exigência legal. Essa conquista demonstra a importância da participação da comunidade na organização da política de saúde nessa instância.

Os princípios propostos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, incorporados na Constituição Brasileira de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 se resumem na responsabilidade compartilhada entre o Estado, diversos setores sociais e a comunidade.

As normas estabelecidas por estas leis surgiram para transformar e orientar a ação dos atores envolvidos, dentre eles os usuários e os trabalhadores de saúde. No entanto, as regras que estruturam a maneira como se estabelecem as relações sociais e o processo de decisão sobre as políticas públicas na sociedade contemporânea, também são formadas por diversos outros condicionantes e influências normativas, como as tradicionais regras de ação e relacionamento entre os atores (CÔRTEZ, 2009).

Vale a pena lembrar que o contexto sócio-político do Brasil, no início de implantação do SUS, foi fortemente marcado pelos ideários das políticas neoliberais, ou seja, um liberalismo econômico, que se preocupou com o mercado, com a concorrência e a liberdade da iniciativa privada, não aceitando a intervenção do Estado na economia (SILVA, 2007).

A abordagem neoliberal anuncia o discurso que “o Estado é uma instituição ineficaz, deficitária e perniciosa para o desenvolvimento econômico e, por isso, deve restringir-se à manutenção da ordem, da liberdade e da propriedade privada, bem como assegurar condições para o livre mercado” (BORLINI, 2010, p. 2). A reforma aludida pelos neoliberais está na contramão das pretensões democráticas e progressistas, pois modifica a atuação do Estado nas relações sociais, reconfigurando as políticas sociais (BORLINI, 2010).

Nesse período, alguns princípios do SUS (tais como a descentralização e participação da comunidade) encontraram fortes resistências para sua implantação e o início do controle social tornou-se complexo. Um exemplo disso é o veto dos artigos na Lei 8.080 referentes à participação da comunidade, em 1990, pelo dirigente da época.

As práticas de centralização, autoritarismo e descompromisso social desenvolvido pelo gestor tornam-se mais comuns quanto menor o município (PAIM, 2002). Clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre governo e grupos de interesse no Brasil, especialmente nas pequenas cidades e nas áreas rurais menos industrializadas do país (CÔRTEZ, 2002). Padrões de comportamento tradicionais, clientelistas, autoritários ou mesmo patrimonialistas na cultura de nosso país, ainda estão enraizados (CÔRTEZ, 2009).

Em virtude da amplitude geográfica do Brasil, as realidades de cada região do país são fortemente diversificadas, o que possibilita uma variação de demandas e necessidades. Para Avritzer (2009), por exemplo, os Estados de Santa Catarina e do Paraná (PR) possuem pouca tradição participativa. Ainda, neste último Estado, a maioria dos municípios possui menos de 20 mil habitantes, ou seja, 311 (77,94%) de um total de 399 (IBGE, 2010).

Destaca-se o fato deste estudo ser de âmbito regional, tendo potência para retratar uma realidade mais próxima de uma regional específica e, dessa forma, trazer contribuições para reflexões aos atores sociais envolvidos nesta pesquisa e, ainda, subsídios ao projeto de ações comprometidas com a composição do trabalho em rede com regiões dos estados brasileiros. Além disso, no levantamento bibliográfico, foi encontrada apenas uma produção científica (GODOY et al., 2010) acerca dos CMS da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, objeto do estudo desta dissertação, sendo que o trabalho focalizava o orçamento do município sede da Regional.

No contexto dos profissionais da enfermagem, sabe-se que são de uma categoria de trabalhadores que atuam diretamente na comunidade, assim possuem condições de estimular a participação dos usuários para o exercício nos conselhos de saúde. Ainda, possuem conhecimento na área da gestão em saúde o que facilita sua atuação enquanto conselheiro e persuasão a outros profissionais de saúde para sua atuação no controle social (MARTINS, SANTOS; 2012).

Nessa perspectiva, o trabalho aqui apresentado tem relevância para a sociedade, principalmente no intuito de mobilizar a adoção de práticas que fomentem o controle social fortalecendo a emancipação das pessoas e da comunidade no tocante às políticas públicas, em especial da saúde, e também identificar fragilidades para se constituírem em objetos de intervenção, do controle social exercido por meio do CMS em determinada RS.

#### **4 PERGUNTA DA PESQUISA**

Diante do exposto, tem-se como pergunta norteadora deste estudo: Como se dá, na visão de conselheiros usuários, a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná?

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a atuação de Conselhos Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a conformação dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Paraná nos anos 2007-2008;
- Caracterizar representantes de usuários de Conselhos Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná;
- Verificar, sob a ótica de conselheiros usuários, a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná;
- Compreender a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde do município sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

## 6 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte de um projeto financiado pela Fundação Araucária com o título “Avaliação da Atenção Básica em Municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná”, com 23 pesquisadores, que incluem representantes da 15ª Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, docentes, mestrandos e graduandos do Departamento de Enfermagem e Odontologia da UEM. Também faz parte do projeto intitulado “Rede de Observatórios Sociais: estratégias para a construção da cidadania fiscal e exercício do controle social” do Departamento de Ciências Morfológicas, da mesma Universidade, com financiamento da FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos).

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório do campo da pesquisa avaliativa, utilizando a triangulação de métodos, com uma abordagem qualitativa e quantitativa dos dados. A pesquisa foi realizada em três etapas, descritas a seguir, conforme os objetivos propostos, com utilização de materiais e métodos distintos.

### 6.1 ETAPA 1 - CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NOS ANOS 2007-2008

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado com todos os 399 Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Paraná.

Este Estado se localiza na região sul do país, possui 199.554 km<sup>2</sup> de área e ocupa 2,3% do território nacional (PARANÁ, 2012). O clima é o tropical e subtropical e mantém parte da mata atlântica original, com evidência das florestas de araucária. Possui 399 municípios, com população total estimada em 10.016.395 habitantes (IBGE, 2010).

Os dados utilizados foram aqueles disponibilizados no banco de dados do endereço eletrônico do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os anos de estudo foram os mais recentes disponíveis neste cadastro, ou seja, 2007 e 2008.

O CNCS foi criado pelo DATASUS no ano de 2005, sob a coordenação do CNS, como uma estratégia no processo de construção das políticas de comunicação e informação

em saúde para o exercício do controle social. Trata-se de uma ferramenta que utiliza a internet para a atualização dos dados dos conselhos de saúde e disponibiliza essas informações para acesso irrestrito da sociedade, o que possibilita conhecer a realidade dos conselhos de saúde no Brasil e fortalecer um intercâmbio entre o CNS, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2007).

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde disponibiliza as seguintes informações:

- Identificação (nome do conselho – Estadual, Distrito Federal e Municipal);
- Endereço (bairro/localidade, complemento, ponto de referência, CEP);
- Telefone, fax e endereço eletrônico;
- Dados de funcionamento do conselho (data de criação do conselho, data da última recomposição do conselho);
- Outros dados do conselho (periodicidade das reuniões, temas abordados nas reuniões, capacitação dos conselheiros e adequação à Resolução n.º 33/2003 do CNS);
- Composição atual do conselho – quantidade total de conselheiros, quantidade de usuários, quantidade de trabalhadores de saúde, quantidade de prestadores de serviço e quantidade de gestores;
- Dados do presidente do conselho (nome completo, sexo, faixa etária, segmento, estado, município, bairro localidade, endereço, complemento, ponto de referência, CEP, telefone, fax, endereço eletrônico e autorização para divulgação dos seus dados – disponível no sistema) (BRASIL, 2007, p. 78).

As variáveis exploradas neste banco de dados para a discussão do presente trabalho foram: quantidade total de conselheiros (gestores, usuários, trabalhadores e prestadores de serviços); periodicidade das reuniões; temas abordados nas reuniões e capacitação dos conselheiros.

Para uma análise dos dados de melhor qualidade e, ainda, para uma comparação entre os municípios do Estado, parte dos resultados obtidos foi agrupada por número de habitantes da seguinte forma: até 20 mil habitantes, entre 20 e 50 mil habitantes e acima de 50 mil. No Paraná, 311 (77,94%) municípios possuem até 20.000 habitantes, 55 (13,78%), entre 20 e 50 mil e, 33 (8,27%), acima de 50 mil, sendo que o menor possui 1.409 e o maior 1.751.907 habitantes (IBGE, 2010).

Os dados desses conselhos foram exportados no formato de arquivo XLX (software *Excel 2010*) conforme alternativa de apresentação existente no endereço eletrônico do CNCS e, para a análise, foi utilizada frequência absoluta e relativa.

Por se tratar de dados secundários e de domínio público, a pesquisa teve dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá com parecer registrado sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0191-11 (Anexo A), conforme normas desta Instituição.

## 6.2 ETAPA 2 - CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

O local de estudo desta etapa da pesquisa foi a 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Existem em todo o Estado, 22 Regionais de Saúde, as quais representam a instância administrativa intermediária da Secretaria de Estado da Saúde (Figura 1). A Regional de Saúde (RS) tem como função desenvolver as condições imprescindíveis para dar apoio ao município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais, promovendo a procura contínua e crescente da eficiência com qualidade.

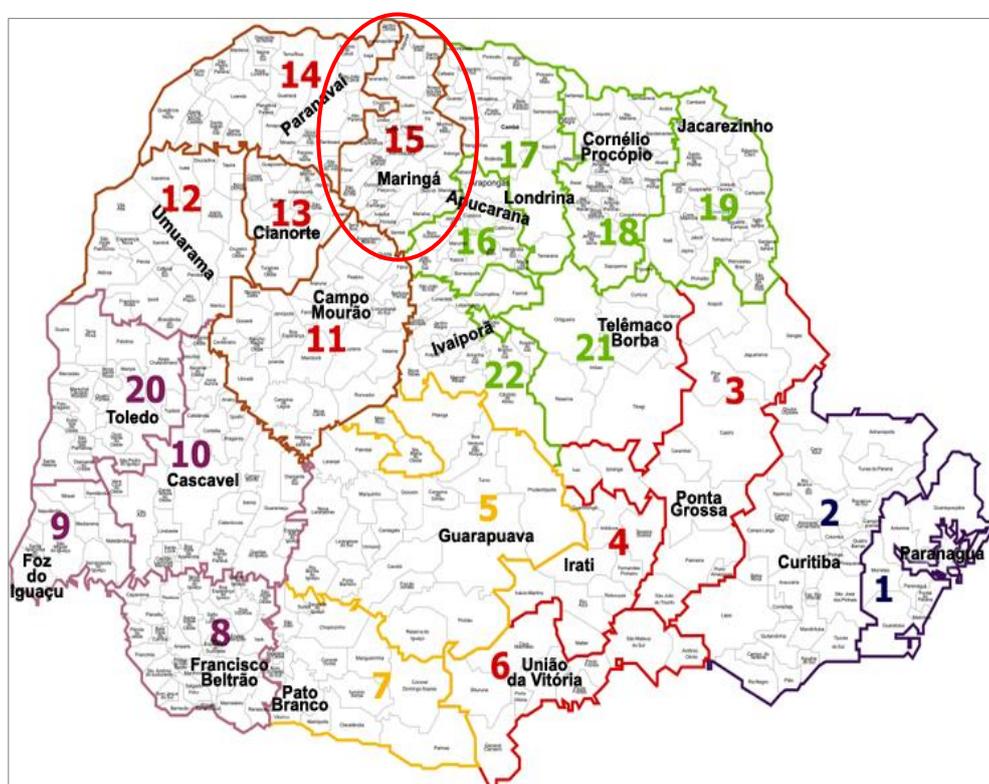


Figura 1 – Regionais de Saúde do Estado do Paraná.  
Fonte: Brasil (2012).

A 15ª RS do Paraná é localizada no norte central do Estado, ocupa uma área de 6.973.399 km do Estado e possui uma população total de 733.404 habitantes (IBGE, 2010). Compõem esta regional 30 municípios: Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Floraí, Floresta, Flórida, Iguaraçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Munhoz de Mello, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi e Uniflor (Figura 2).



Figura 2 – Municípios que compõe a 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.  
Fonte: Brasil (2012).

No Quadro 1, estão os 15 municípios selecionados (50%) da 15ª RS - PR para integrar a pesquisa, nove deles com até 20.000 habitantes, quatro entre 20.000 e 50.000 e dois acima de 50.000, pois esta estratificação representa a distribuição populacional dos municípios no Estado.

<b>Municípios</b>	<b>Habitantes</b>
<b>Até 20 mil habitantes</b>	
Flórida	2.536
Ourizona	3.373
Munhoz de Mello	3.665
São Jorge do Ivaí	5.484
Doutor Camargo	5.819
Floresta	5.819
Paranacity	10.231
Santa Fé	10.410
Mandaguaçu	19.284
<b>Entre 20 e 50 mil habitantes</b>	
Colorado	22.340
Nova Esperança	26.510
Marialva	31.535
Mandaguari	32.495
<b>Acima de 50 mil habitantes</b>	
Sarandi	80.406
Maringá	357.077

Quadro 1 – Municípios participantes da pesquisa.  
Fonte: IBGE (2010).

A seleção dos municípios foi realizada de acordo com o número de habitantes, dados epidemiológicos de mortalidade infantil, materna, por afecções cardiovasculares e o interesse dos gestores em participar da pesquisa. Inicialmente, para verificar este interesse, todos os secretários de saúde foram convidados, em uma reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), para participarem de uma oficina, quando foram expostos os objetivos e a metodologia da pesquisa.

Nessa primeira oficina ofertada pelo projeto, em que 21 (70%) dos 30 gestores compareceram, foram apresentados aos presentes os 15 municípios que participariam da pesquisa, respeitando à proporcionalidade dos portes populacionais encontrada no Paraná. Porém, dois gestores destes municípios pré-selecionados não compareceram, sendo então substituídos por outros dois com mesmo porte populacional, presentes na oficina. Dessa forma, para a inclusão no estudo, além da presença na oficina de algum representante do município, foi necessária a verbalização de intenção de participação.

Estas oficinas foram financiadas pela Fundação Araucária por meio do projeto de pesquisa “Avaliação da Atenção Básica em Municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná” e realizada de forma independente a qualquer outro encontro de gestores.

Foi entrevistado um representante do segmento dos usuários do CMS de cada município selecionado da 15ª RS, pois este ocupa metade das cadeiras nos conselhos e pode, nas deliberações, decidir por transformação ou manutenção das políticas de saúde em cada instância de atuação. Ainda, foram selecionados de forma intencional pelo entendimento de que os mesmos representam qualitativamente a visão do usuário sobre os conselhos em cada localidade.

Quanto aos instrumentos de coleta de dados da pesquisa foram utilizados, como fontes primárias, as entrevistas por meio de roteiros estruturados (Apêndice A) e os diários de campo. Como fonte de dados secundários, foram utilizados os dados do Sistema de Informação e Saúde disponibilizados pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Os questionários foram elaborados pela equipe que compõe o projeto de pesquisa “Avaliação da Atenção Básica em Municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná”, adaptados a partir de instrumentos utilizados em pesquisa anterior (SCOCHI, 2007) e das discussões desenvolvidas durante as diversas oficinas que constituem parte da metodologia deste projeto.

As visitas aos municípios para a coleta de dados foram realizadas por três distintos subgrupos da equipe técnica, ou seja, cada cinco municípios recebeu visita de diferentes pesquisadores conforme proximidade dos municípios (Quadro 2). Essas visitas ocorreram nos meses de março e abril de 2011, nas sextas-feiras, devido disponibilidade dos pesquisadores assim como dos gestores e conselheiros, com início no dia 11 de março e término no dia 08 de abril.

<b>Grupo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Municípios</b>	Maringá	Dr. Camargo	Flórida
	Sarandi	Floresta	Santa Fé
	Marialva	São Jorge do Ivaí	Nova Esperança
	Mandaguari	Mandaguaçu	Paranacity
	Munhoz de Mello	Ourizona	Colorado

Quadro 2 – Divisão dos municípios visitados de acordo com os grupos de pesquisadores.

O responsável pelo grupo de pesquisa foi um mestrando do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Maringá (UEM), que entrou em contato prévio com o gestor dos municípios de sua responsabilidade. Ao chegar ao município, este gestor ou alguém indicado por ele direcionou um conselheiro com contato mais acessível e disponível para responder as questões do roteiro de pesquisa no momento da visita ao município.

Os dados quantitativos obtidos foram agrupados no programa *Excel 2010*, contabilizados por meio de frequência, apresentados e analisados sob forma de tabelas.

Durante a visita em cada município foi realizado um diário de campo que serviu de instrumento para complementar as informações obtidas.

Por se tratar de um estudo que, em suas etapas, envolve diretamente seres humanos, foram respeitados os aspectos éticos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e o projeto submetido ao Comitê Permanente de Ética em pesquisas envolvendo seres humanos - COPEP da UEM. Esta etapa possui aprovação com CAAE número 0294.0.093.000-09 (ANEXO B).

Dessa forma, foram solicitadas as assinaturas dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), bem como entregue a cada gestor do município visitado uma carta de apresentação redigida pela 15ª Regional de Saúde (ANEXO C).

### 6.3 ETAPA 3 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SEDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Maringá é o município sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, fundado em 1947, localizado no norte central do Estado do Paraná. Ocupa a colocação de terceiro maior município do Estado e o sétimo mais populoso da região sul do Brasil, com uma população total de 357.077 habitantes em uma área de 488 km<sup>2</sup>, com predominância urbana, sendo sua principal fonte orçamentária a prestação de serviços (IBGE, 2010).

Nesta etapa, foi realizada a observação não-participante, que consiste em estudar uma comunidade durante um período sem participação ativa nas reuniões do grupo (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998).

Assim, foi utilizado um roteiro semi-estruturado (Apêndice C) que serviu de suporte para a observação de três reuniões do CMS, com o objetivo de descrever a dinâmica deste. Esta etapa da pesquisa foi realizada pela própria pesquisadora.

As reuniões observadas foram as de número 204/2012, 205/2012 e 206/2012, nos dias 13/02/2012, 20/03/2012 e 17/04/2012, respectivamente. Foi entregue um ofício ao presidente do conselho do município sede (Apêndice D) com objetivo de autorização e formalização do início desta fase.

O roteiro semi-estruturado foi constituído de informações de identificação e qualificação da reunião e, também, de conteúdos já utilizados em uma pesquisa do Estado de Minas Gerais para classificar as participações dos membros (BATISTA, 2006). Durante as reuniões, foram observados os assuntos discutidos pelos conselheiros, como: indagações expressas, sugestões apresentadas, esclarecimentos prestados, denúncias realizadas, propostas apresentadas, medidas propostas, resultados expostos, comentários realizados, avisos, reclamações realizadas e deliberações. Além da observação, as atas das reuniões foram consideradas para complementar as informações bem como suporte para análise.

Nesta etapa, realizou-se, também, a entrevista não estruturada gravada com um informante do CMS, visando coletar dados sobre a história e momentos marcantes do conselho. A entrevista foi realizada sem um instrumento específico, visando a livre verbalização e recuperação da memória do sujeito. Entretanto, para que os dados coletados respondessem o objetivo proposto da pesquisa foram utilizados alguns pontos guias: a) a implantação do CMS; b) momentos marcantes que interferiram nas tomadas de decisões e na história do CMS.

O critério para a escolha do entrevistado pelo fato de que acompanhou a implantação do conselho desde o início até na atualidade. Este entrevistado atualmente não é membro efetivo, mas participa de uma comissão do CMS de Maringá e quando conselheiro era representante dos trabalhadores.

A entrevista foi gravada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do entrevistado (Apêndice B), sendo posteriormente transcrita. Conforme descrito na etapa anterior, foram respeitados os aspectos éticos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e o projeto possui mesmo CAAE de aprovação do COPEP.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 ETAPA 1 - CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NOS ANOS 2007-2008

De acordo com o banco de dados do CNCS, nos anos 2007-2008, o Estado do Paraná possuía 399 CMS, assim, foram analisados os dados referentes à composição de 319 (79,9%) municípios, pois um (0,3%) não havia preenchido as informações e 79 (19,8%) estavam incorretos. Esse resultado expressa que, no território do Paraná, a criação destes órgãos é considerada importante, pois um número ainda expressivo de conselhos estava com os dados alimentados no sistema.

Essas informações foram cruzadas com a estratificação populacional dos municípios previamente estabelecida e observou-se que aqueles com população acima de 50 mil habitantes possuem 93,8% dos dados preenchidos de forma correta, enquanto a maior proporção de inconsistências (22,1%) esteve relacionada aos municípios com até 20 mil habitantes, diminuindo conforme aumenta o número de habitantes dos municípios (Tabela 1). As principais incorreções estão relacionadas ao número de conselheiros por segmento, contraditando com o total de conselheiros do município. O índice de 22,1% de inconsistências nos municípios de menor porte reflete padrões de comportamento tradicionais, clientelistas, autoritários ou mesmo patrimonialistas na cultura de nosso país, que ainda estão enraizados (CORTÊS, 2009), especialmente nas pequenas cidades.

Tabela 1 – Preenchimento da composição dos Conselhos Municipais de Saúde segundo porte populacional dos municípios, 2007 e 2008, Paraná, 2012

Preenchimento da composição	< 20 mil habitantes		20-50 mil habitantes		> 50 mil habitantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Incorreto	69	22,1	8	14,5	2	6,3	79	19,8
Correto	242	77,6	47	85,5	30	93,8	319	79,9
Não preenchido	1	0,3	-	-	-	-	1	0,3
Total	312	100,0	55	100,0	32	100,0	399	100,0

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007-2008.

Inicialmente, a análise dos dados propiciou o diagnóstico das principais inconsistências na alimentação do sistema do CNCS, conforme demonstrado nas Tabelas 1 e 4, tais como o preenchimento incorreto e ausência de preenchimento. Com a divulgação desta pesquisa, espera-se que haja uma atenção e um investimento maior na qualificação das informações desse cadastro, visando seu uso com eficácia no monitoramento dos conselhos municipais de saúde do Estado do Paraná.

Analisando os dados preenchidos de forma correta (319) no CNCS do Estado do Paraná, nota-se uma variação entre quatro e 56 conselheiros de saúde por município. Sendo que, nos municípios com até 20 mil e entre 20 a 50 mil habitantes, o número de conselheiros é expressivo, de 11 a 20; nos municípios com mais de 50 mil habitantes o maior índice é de 21 a 30 (Tabela 2). A mediana do total de conselheiros nos municípios com população de até 20 mil habitantes é de 12, entre 20 e 50 mil é de 16 e, acima de 50 mil, é de 22, portanto observa-se que conforme aumenta o porte populacional aumenta, também, a proporcionalidade de conselheiros.

A composição dos Conselhos de Saúde, seja nos governos federal, estadual ou municipal, deve ser invariável, sendo que os usuários devem ocupar 50% das vagas, enquanto os representantes dos trabalhadores da saúde devem ocupar 25%, e prestadores de serviço e gestores, juntos, os outros 25% (BRASIL, 1990a). No entanto, esses critérios sinalizados nas leis existentes não podem ficar no papel, precisam ser construídos e conquistados cotidianamente para que acarretem em benefícios para o próprio conselho e sociedade.

Nota-se que os municípios nos anos de 2007-2008 ainda não contavam com essa forma de representação. Aqueles com até 20 mil habitantes apresentaram maior inadequação frente ao estabelecido, em relação aos outros de maior porte. O grupo de trabalhadores foi o que mostrou em menor consonância do que é postulado, dos 242 municípios com até 20 mil habitantes, 95 (39,3%) não contavam com a percentagem mínima de 25% nos conselhos. Sendo os usuários os que possuem a conformação mais adequada em todos os portes populacionais (Tabela 2).

Tabela 2 – Composição dos Conselhos Municipais de Saúde por segmento de representatividade, nos anos 2007-2008, Paraná, 2012

Composição dos CMS	< 20 mil habitantes		20-50 mil habitantes		> 50 mil habitantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Usuários</b>								
Menor que 50%	30	12,4	2	4,3	1	3,3	33	10,3
Igual a 50%	197	81,4	43	91,5	28	93,3	268	84,0
Maior que 50%	15	6,2	2	4,3	1	3,3	18	5,6
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0
<b>Trabalhadores</b>								
Menor que 25%	95	39,3	12	25,5	5	16,7	112	35,1
Igual a 25%	118	48,8	31	66,0	24	80,0	173	54,2
Maior que 25%	29	12,0	4	8,5	1	3,3	34	10,7
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0
<b>Prestadores de Serviço</b>								
Menor que 12,5%	87	36,0	13	27,7	9	30,0	109	34,2
Igual a 12,50%	76	31,4	23	48,9	15	50,0	114	35,7
Maior que 12,5%	79	32,6	11	23,4	6	20,0	96	30,1
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0
<b>Gestores</b>								
Menor que 12,5%	55	22,7	9	19,1	4	13,3	68	21,3
Igual a 12,50%	73	30,2	22	46,8	15	50,0	110	34,5
Maior que 12,5%	114	47,1	16	34,0	11	36,7	141	44,2
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0
<b>Total de Conselheiros</b>								
04 a 10	81	33,5	8	17,0	-	-	89	27,9
11 a 20	142	58,7	26	55,3	11	36,7	179	56,1
21 a 30	14	5,8	7	14,9	12	40,0	33	10,3
31 a 40	5	2,1	4	8,5	5	16,7	14	4,4
41 a 50	-	-	2	4,3	1	3,3	3	0,9
51 a 56	-	-	-	-	1	3,3	1	0,3
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007-2008.

A conformação percentual mínima exigida para a existência do conselho e, ainda, uma democracia com poucos representantes nesta instância podem culminar em uma representação deficitária da população e dos outros segmentos de um modo geral, pois a individualidade e interesses podem pesar durante as discussões e votações, não ocorrendo o efetivo controle social (CÔRTEZ, 2009).

Os dados encontrados referentes à baixa adesão dos trabalhadores nos conselhos é confirmada por outro estudo que foi realizado com 20 municípios da região sul do país, mostrando que nos municípios com até 200 mil habitantes, 83% dos trabalhadores de saúde

entrevistados referiram não participar, apesar de conhecer o funcionamento de Conselhos Locais de Saúde (SCOCHI, 2007).

É comum a composição do conselho de saúde não seguir o princípio da paridade e os critérios de escolha do representante serem pouco conhecidos. Existem casos em que um mesmo conselheiro representa segmentos com interesses opostos ou é um político em cargo eletivo (LABRA, 2006), conseqüentemente sua participação e representação ficam, mais uma vez, comprometidas.

Existem duas “vertentes de pensamento” em relação aos fóruns participativos. Uma diz respeito ao grupo com interesses comuns representados pelos movimentos sociais e pelas associações da sociedade civil e outra da representação de interesses individuais, com um núcleo de demandas particulares e específicas, sendo ambos com efeitos positivos, contribuindo distintamente, dependendo do interesse buscado (CÔRTEZ; GUGLIANO, 2010).

Quanto ao grupo dos usuários, importa saber quais entidades estão sendo representadas por eles e como estas são indicadas, pois as regras de representação vão delimitar as possibilidades de articulação entre democracia representativa e democracia participativa (VAN STRALEN et al., 2006).

A ocorrência das reuniões de forma regular é uma das maneiras de averiguar se um CS funciona adequadamente (ZAMBON; OGATA, 2011). Em 72,2% dos municípios do Estado do Paraná, as reuniões acontecem mensalmente (Tabela 3), porém, este percentual é inferior à média nacional que foi de 84,31% encontrada no banco de dados do CNCS o que, portanto, ainda tem que ser mudado em prol de um melhor funcionamento dos conselhos. Pois, nessas reuniões que são discutidos os assuntos pertinentes à melhoria das políticas e das práticas de saúde do município por representantes da sociedade.

Tabela 3 – Periodicidade das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Paraná, nos anos 2007-2008, Paraná, 2012

Periodicidade das reuniões	<20 mil habitantes		20-50 mil habitantes		>50 mil habitantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quinzenal	-	-	-	-	2	6,3	2	0,5
Mensal	211	65,7	47	85,5	30	93,8	288	72,2
Bimestral	64	19,9	5	9,1	-	-	69	17,3
Trimestral	35	10,9	3	5,5	-	-	38	9,5
Outro	1	0,3	-	-	-	-	1	0,3
Nenhum	1	0,3	-	-	-	-	1	0,3
Total	312	97,2	55	100,0	32	100,0	399	100,0

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007-2008.

Além da periodicidade das reuniões dos conselhos, é importante discutir a frequência dos participantes nessas reuniões, uma vez que são os conselheiros que possuem o papel de defender os interesses das entidades e participar do processo de formação das políticas de saúde e do controle social da população por suas representações.

A falta de participação dos conselheiros pode indicar uma falta de prestígio dada pela entidade que ele representa, o que desestimularia o restante dos participantes e contribuiria, até mesmo, para a falta de quórum, prejudicando a tomada de decisão, dados não encontrados na presente pesquisa. Assim, faz-se necessário o controle interno dos conselhos, pois seria de fundamental importância em um processo avaliativo da atuação e organização destes.

As pautas das reuniões dos conselhos indicam a dinâmica de funcionamento destes e, portanto, são específicas para cada município, sendo importante a discussão de assuntos que os conselheiros julgarem importantes e emergenciais, com o intuito de gerar o cumprimento das funções deliberativas previstas na legislação.

O principal tema abordado nas reuniões dos municípios do Paraná é referente ao “orçamento, financiamento e prestação de contas” (94,6%), o que demonstra forte preocupação com a questão financeira e os aspectos econômicos dos municípios. Este tema ocupa o primeiro lugar na pauta das reuniões dos municípios brasileiros, com 88,92%, conforme dados do CNCS. Fator que demonstra parte do exercício prático do controle social, visto que se trata de um tema extremamente pertinente às competências atribuídas aos conselhos e de grande interesse da população.

As conferências municipais de saúde ocupam o segundo lugar como tema mais discutido nas reuniões dos CMS (93,4%), fato que expressa a importância dada a esta forma de controle social, uma vez que é uma das maneiras que a população tem de propor e debater suas necessidades. No entanto, não é possível determinar se essas discussões são sobre a organização ou a temática da conferência, pois se trata de uma pesquisa que aborda um banco de dados elaborado previamente e disponibilizado via internet.

No município, a realização da conferência deve ser uma decisão política do Secretário de Saúde, do Conselho ou principalmente do Prefeito. Em situações em que o Prefeito não se envolva diretamente nessa realização, o Conselho deve se empenhar para que este evento seja uma estratégia de aproximação do Prefeito e de outras pessoas do poder local nas questões ligadas à saúde, principalmente as de atuação intersetorial (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2003).

O Programa Saúde da Família está na terceira posição (90,7%) em relação aos temas abordados nas reuniões, o que pode representar uma alteração no modelo de saúde produzido, com enfoque na prevenção e promoção à saúde, não mais à medicina curativa. Reflexo da mudança do perfil demográfico e, conseqüentemente, epidemiológico que a população brasileira apresentou nos últimos tempos, quando aumentou a expectativa de vida e com ela incidiram as doenças crônicas-degenerativas, regredindo agravos relacionados às doenças infecto-contagiosas e crescendo, também, fatores relacionados às causas externas (CARMO; BARRETO; SILVA JÚNIOR, 2003).

A capacitação dos conselheiros é outra questão que merece atenção especial, principalmente após a verificação de que estes, em 131 municípios (50,6%), não receberam nenhuma preparação para assumirem a responsabilidade de controle social na área da saúde. Observa-se, também, que conforme aumenta o número de habitantes nos municípios, existe, ainda, uma maior realização de atividades de capacitação para os conselheiros (Tabela 4).

Tabela 4 – Capacitação dos conselheiros municipais de saúde do Estado do Paraná nos anos 2007-2008, Paraná, 2012

Capacitação	< 20 mil habitantes		20-50 mil habitantes		> 50 mil habitantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	84	44,0	23	59,0	21	72,4	128	49,4
Não	107	56,0	16	41,0	8	27,6	131	50,6
Total	191	61,2	39	70,9	29	90,6	259	64,9
Não informado	121	38,8	16	29,1	3	9,4	140	35,1

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007-2008.

Em 2002, o Conselho Nacional de Saúde, junto com representantes do Programa de Educação em Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, formulou algumas diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde. Elas assinalam a importância em gerar processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que proporcionem além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de formulação do modelo assistencial adequado a seus princípios e diretrizes, também uma ampla compreensão de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida. Até mesmo, recomenda-se que o processo de capacitação ocorra de forma descentralizada, respeitando as especificidades e condições locais para que possa ter maior efetividade (BRASIL, 2002a).

Percebe-se, com os dados levantados, que os CMS apresentam diferenças conforme os portes populacionais dos municípios. Os resultados apresentados referentes à composição dos conselhos, periodicidade das reuniões e capacitação dos conselheiros sugere que quanto maior o número de habitantes dos municípios, maior a consolidação dos CMS, principalmente daqueles com mais de 50 mil habitantes.

Pode-se afirmar que esses municípios maiores apresentam condições mais adequadas para o exercício do controle social e de implementação das políticas públicas de saúde na medida em que possuem maior competência para formular e efetivar diferentes tipos de intervenções. Informações que podem reiterar Córtes (2002) e Paim (2002), ao afirmarem que municípios de pequeno porte tendem a ter práticas de clientelismo, paternalismo, autoritarismo, centralização e descompromisso com a sociedade.

Destarte, o cumprimento da legalidade dos conselhos não seria o único fator para um controle social efetivo e de qualidade, para isso uma alternativa sugerida é que os municípios menores recebam apoio dos que possuem uma estruturação mais sólida, tais como assessoria e suporte nas tomadas de decisões, assumindo um papel fundamental de desenvolvimento das condições necessárias para a melhoria da eficiência destes conselhos. Fato que na prática, talvez, exista algumas dificuldades e mudanças a serem efetivadas, porém que podem ser melhoradas.

Portanto, fator que deve ser somado à qualificação dos participantes para o exercício de suas funções, de forma a colocar em prática a defesa por seus direitos e influenciar o Estado na tomada de decisão.

## 7.2 ETAPA 2 - CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

### 7.2.1 Perfil dos conselheiros entrevistados

Traçar o perfil sócio-demográfico dos conselheiros municipais de saúde, representantes do segmento dos usuários do SUS de uma dada regional de saúde, permite a compreensão do cidadão responsável pelo processo de controle social, ou seja, daquele que

é representante da população e designado a exercer um papel fiscalizador sobre os serviços que utilizam.

Inicialmente, observou-se que o sexo feminino é predominante sobre o masculino na população entrevistada, ou seja, nove de um total de 15. Em busca bibliográfica, diferentes proporções de sexo dentro de um conselho foram encontradas, como igualdade entre estes (FABRE, 2004; WENDHAUSEN, 1999), predominância do masculino (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; BEZERRA; ARAÚJO, 2009; OLIVEIRA, 2006; DAVID, 2005) e predominância do feminino (MORITA; GUIMARÃES; MUZIO, 2006).

Considerando ambos os sexos, três apresentavam idade entre 41 a 50 anos, cinco entre 51 a 60 e, quatro, entre 61 a 70. Apenas um tem entre 31 a 40 anos e dois não informaram a idade. A média de idade por sexo foi de 54,6 e 52,7 para o sexo feminino e masculino, respectivamente. Desta forma, é expressa a dificuldade de representação dos interesses da população, independente da faixa etária, visto que o CMS de Maringá possui uma limitada participação de jovens. O que pode ser reflexo da ausência de capacitação dos jovens em suas escolas ou universidades, pois a capacitação é uma das maneiras que os indivíduos podem ser incentivados a participar do controle social (LOWNDES; PRATCHETT; STOKER, 2001). Ou ainda, a média de idade equivalente ao adulto pode indicar que o conselheiro está atuando há algum tempo no mesmo cargo, fato possibilitado por eleições e indicações sucessivas, o que gera “profissionalização” do conselheiro (LABRA, FIGUEIREDO; 2002), dado não produzido por este trabalho, mas representa um indicativo importante em um processo avaliativo, assim como a frequência às reuniões.

Em literaturas diversas, também se notou uma semelhança na faixa etária dos conselheiros aos dados encontrados na pesquisa (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; SALIBA et al., 2009; OLIVEIRA, 2006; WENDHAUSEN, 1999).

Quanto ao grau de escolaridade, a maior parte possui graduação (10), sendo que dois possuem, também, pós-graduação. Apenas um tem formação na área da saúde, isto é, farmácia, o restante das formações são as seguintes: Letras e Pedagogia (1), Letras (1), Pedagogia (3), Ciências Sociais (1), História (1), Ciências Contábeis (1) e Gestão Comercial (1). O que pode não interferir na tomada de decisões do grupo, pois a representação dos usuários deve-se ao conhecimento das políticas públicas e da realidade de seu município, estado e país.

O único que possui ensino fundamental incompleto é de um município com menos de 20 mil habitantes, este fato se repete com o ensino fundamental completo. Dois dos

conselheiros que possuem o ensino médio completo são de municípios de 20 a 50 mil habitantes e um com acima de 50 mil habitantes. Informações que indicam bom nível de escolaridade, o que pode beneficiar as discussões e o exercício do papel de fiscalizador da gestão pública, porém não se pode considerar esta única variável enquanto indicativa de qualidade da prática.

Grande parte dos estudos encontrados confirma um alto grau de escolaridade entre os conselheiros (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; BEZERRA; ARAÚJO, 2009; OLIVEIRA, 2006; FABRE, 2004). No entanto, o trabalho de Wendhausen (1999) identificou que o 3º grau completo predominou no segmento governamental; no dos representantes de serviços privados, no dos profissionais de saúde e no segmento dos usuários observou-se que a maioria possuía o 1º grau incompleto. Para Saliba et al. (2009), o baixo grau de escolaridade dificulta a compreensão de documentos dos conselhos.

Ainda, a experiência prévia e o alto nível de escolaridade representam para Labra e Figueredo (2002) duas situações distintas: a “profissionalização” da atividade de conselheiro e “elitização” dos conselheiros. No entanto, a qualidade de um controle social é consequência da vontade e perspicácia dos sujeitos envolvidos neste processo e não apenas no grau de escolaridade que possuem.

### **7.2.2 Conhecendo os Conselhos Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná**

A importância e complexidade da implantação e funcionamento das instâncias de controle social da área da saúde do nosso país são regidas por diversas normas e, além disso, é motivo de diversos trabalhos (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; LANDERDHAL et al., 2010; VAN STRALEN et al. 2006), cujas análises locais e regionais demonstram e convergem para a ideia que os conselhos devem atuar na formulação e controle da política de saúde, ficando claro o sentido da participação cidadã na tomada de decisões.

A presente etapa investiga como é a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná na visão de conselheiros representantes do

segmento dos usuários, sobretudo no que tange ao funcionamento e ao caráter deliberativo dos conselhos.

Inicialmente, foi perguntado aos conselheiros se utilizavam os serviços do Sistema Único de Saúde, cinco conselheiros afirmaram que não eram usuários do SUS e possuíam plano de saúde privado. Dez afirmaram o uso do SUS, sendo que destes, cinco possuíam plano de saúde privado (Tabela 5). Assim, cinco se declararam usuários exclusivos, sendo dos municípios de Maringá, Nova Esperança, Mandaguaçu, Santa Fé e Flórida.

Tabela 5 – Utilização e opinião sobre o SUS de conselheiros municipais de saúde da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, segundo estratificação populacional, 2012

	< 20 mil habitantes	20-50 mil habitantes	> 50 mil habitantes	Total
<b>Utilização do SUS</b>				
Não e tem plano de saúde privado	2	2	1	5
Sim e tem plano de saúde privado	4	1	-	5
Sim	3	1	1	5
Total	9	4	2	15
<b>Opinião sobre o SUS</b>				
Possui falhas que não se resolvem	-	-	1	1
Possui falhas, mas está melhorando	9	4	1	14
Total	9	4	2	15

Fato que demonstra incredulidade por parte dos conselheiros pelo SUS, pois os indivíduos responsáveis pela fiscalização de um sistema de saúde ainda em construção se disseram não usuários e, ainda, mais da metade possuía plano de saúde privado. O que pode gerar, também, um descompromisso de sua real função enquanto conselheiro, uma vez que não realizam a defesa de algo que fazem realmente seu uso. Diante desta realidade, questiona-se a compreensão do sistema de saúde público brasileiro por estes indivíduos, pois eles talvez se sintam em condições socioeconômicas melhores do que os dos usuários do SUS, o que impede a utilização deste sistema e busca por planos de saúde privados, reafirmando a antiga concepção “SUS pobre para gente pobre”.

Porém, quando questionados sobre o que pensam sobre o SUS, a maioria (14) acredita que é um sistema de saúde que possui falhas, mas está melhorando, e apenas um (município de Colorado) pensa que o mesmo é um sistema de saúde cheio de falhas que não se resolvem (Tabela 5). Observa-se uma esperança na construção e melhoria do referido sistema de saúde, dessa forma, o desenvolvimento contínuo é algo que pode ser

conquistado e a atuação dos conselheiros representa uma abertura para a melhoria do que já existe.

Quando os entrevistados foram questionados quanto à realização de curso para capacitação dos conselheiros de saúde, nove afirmaram que participaram e seis não, ou seja, um elevado número não realizou, sendo estes últimos distribuídos em todos as estratificações populacionais (Tabela 6) e pertencentes aos municípios de Sarandi, Colorado, Santa Fé, Floresta, São Jorge do Ivaí e Munhoz de Mello. Ressalta-se que os resultados da primeira etapa deste trabalho demonstrou que a capacitação dos conselheiros no Estado do Paraná, ainda, encontra-se deficiente, pois 56,0% (Tabela 4) não a realizaram.

Tabela 6 – Capacitação; principal papel que o CMS tem exercido no município; e periodicidade das reuniões dos CMS, segundo porte populacional. 15<sup>a</sup> Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2012

	< 20 mil habitantes	20-50 mil habitantes	> 50 mil habitantes	Total
<b>Capacitação</b>				
Sim	5	3	1	9
Não	4	1	1	6
Total	9	4	2	15
<b>Principal papel que o CMS tem exercido</b>				
Aprovação das contas da Secretaria de Saúde	2	1	-	3
Cumprimento da legalidade do SUS	2	-	1	3
Formulação das políticas de saúde	3	3	1	7
Respaldo às decisões do gestor	2	-	-	2
Total	9	4	2	15
<b>Periodicidade das reuniões</b>				
Mensalmente	8	4	2	14
Trimestralmente	1	-	-	1
Total	9	4	2	15

Um estudo revela que municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes, 66% dos conselheiros entrevistados já participaram de pelo menos um curso de formação para conselheiros de saúde no período de 2001-2004 e, foram estes mesmos conselheiros que se disseram preparados para atuarem no mandato (SCOCHI et al., 2007).

Como já citado, a capacitação oferecida aos conselheiros é de grande importância, não é com ela que se solucionam todos os problemas na instância do conselho, porém possibilita um melhor preparo e conhecimento técnico para que possam ocupar o cargo,

uma vez que permite a compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e, principalmente, um maior entendimento da saúde, da forma que a ação do Conselho possa ser distinguida como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida (BRASIL, 2002a). Igualmente, o conhecimento aprofundado da estrutura do SUS permite que os conselheiros contribuam positivamente para a discussão e para o questionamento das propostas do governo.

Mas, para isso é necessário que o gestor, nas três esferas do governo, proporcione meios e condições adequadas para que a capacitação aconteça, como por exemplo, disponibilizando uma infraestrutura adequada. A capacitação “deve ser norteadas pelos preceitos de educação permanente em saúde, ou seja, baseado nos princípios da aprendizagem significativa, crítico-reflexiva e que considere as subjetividades dos sujeitos, colocando-os como protagonistas de seu processo de aprendizagem” (BRASIL, 2002a).

Nota-se que quatro dos cinco que se dizem usuários exclusivos do SUS (Maringá, Mandaguçu, Flórida e Nova Esperança) realizaram curso para conselheiros de saúde, o que representa a importância do conhecimento do contexto da saúde no Brasil para o enfrentamento das questões inerentes ao cotidiano do município, sendo que para que isso seja alcançado é essencial a ciência da realidade local (Tabela 6).

A atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2003a) é uma das competências atribuídas ao CMS. Quando os conselheiros foram interrogados sobre o principal papel que o CMS exerce em seu município, sete afirmaram que é a formulação das políticas de saúde. Porém, houve respostas que demonstram a falta de compromisso e do efetivo exercício do conselho, distribuídos em todas as estratificações populacionais, como o cumprimento da legalidade do SUS (3), aprovação das contas da Secretaria de Saúde (3) e respaldo às decisões do gestor (2) (Tabela 6).

A Resolução 333/2003 (BRASIL, 2003a) aponta que a escolha do conselheiro seja realizada por meio de indicação da comunidade ou entidade que representa. Dos 15 conselheiros entrevistados, todos afirmaram que realizam a escolha de acordo com a exigência, o que se confirma com pesquisa realizada em municípios que possuíam mais de 100.000 habitantes (SCOCHI et al., 2007).

Ainda, a mesma resolução descreve a necessidade das reuniões ordinárias acontecerem mensalmente funcionando baseadas em seu Regimento Interno previamente aprovado. Percebe-se que isto é colocado em prática em quase todos (14) os municípios da

pesquisa, pois em apenas um (São Jorge do Ivaí) isso ocorre diferente, sendo realizada trimestralmente (Tabela 6). Como demonstrado neste trabalho, nos municípios do Paraná nos anos 2007-2008, 72,2% dos CMS colocam em prática esta atividade. Esse encontro mensal acontece, também, em 84% de municípios com mais de 100.000 habitantes (SCOCHI et al., 2007).

Quanto à autonomia para estabelecer prioridades e decidir sobre os investimentos na área da saúde e cumprimento das decisões do CMS pelo gestor, foi solicitado o preenchimento de uma escala Likert com variação de 1 a 7 pontos, sendo 1 a pontuação atribuída como a de menor intensidade e 7 a de maior.

Os municípios com até 20 mil habitantes e mais de 50 mil habitantes afirmaram possuir autonomia para estabelecer prioridades e decidir sobre os investimentos na área da saúde, pois apresentam uma média de 5,4 e 5,5 pontos, respectivamente. Enquanto, municípios com 20 até 50 mil habitantes possuem uma média inferior a estes, sendo de 3,8 pontos.

Os municípios de até 20 mil habitantes são os que relataram um maior cumprimento das deliberações do CMS pelo gestor, apresentando uma média de 5,9 pontos. Entre os municípios com 20 a 50 mil habitantes, a média foi de 5,3 pontos e os com mais de 50 mil habitantes foi de 5,2 pontos. A menor pontuação (4) foi atribuída pelo conselheiro de Nova Esperança, São Jorge do Ivaí, Marialva e Mandaguaçu, e a maior (7) pelo de Santa Fé, Colorado, Doutor Camargo e Munhoz de Mello. Em uma pesquisa com 56 conselheiros de municípios com mais de 100.000 habitantes, 78,57% afirmam que as decisões do CMS eram acatadas pelo gestor (SCOCHI et al., 2007). Números que são pequenos diante do papel de administração da saúde desempenhado por estes atores sociais.

Percebe-se nessa variável que os conselhos de municípios de menores portes apresentam resultados melhores, números que entram em contradição com alguns achados do trabalho. Questiona-se esta participação como aquela em que os atores envolvidos são induzidos a acreditar na sua efetiva contribuição, conhecida como pseudoparticipação (PATEMAN, 1992).

Considerando a recíproca do apoio dos conselheiros ao secretário para aprovação de suas propostas, apenas um entrevistado não soube responder, sendo este de um município de até 20 mil habitantes (Doutor Camargo), e o restante (14) afirma que existe esse apoio.

Esse apoio referido na entrevista pela maioria dos conselheiros é algo que deve ser pensado e questionado, pois é de conhecimento os receios no enfrentamento diante dos

gestores nos municípios, principalmente nos de menor porte, considerando que o autoritarismo e manipulação se faz, ainda, presente no Brasil. Dados que podem ser confrontados com os resultados da primeira etapa do trabalho, quando foi verificado que a composição dos conselhos, a periodicidade das reuniões e a capacitação dos conselheiros foram distintas em relação ao porte populacional.

A já citada Resolução 333/2003 indica que os governos devem garantir “autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa” (BRASIL, 2003a). Existem mecanismos de funcionamento do conselho que são apontados como influentes na autonomia interna organizacional, como

- [...] deve ser criado em lei;
- A reunião de Plenário deve ser, ao menos, mensal e aberta ao público;
- As decisões devem se dar com quórum mínimo da metade mais um;
- A secretaria executiva deve ser subordinada ao plenário e delimitada por ele;
- A mesa diretora ou coordenação geral deve ser constituída(o) com um presidente ou coordenador eleito em plenário,
- As comissões internas, temporárias ou permanentes, podem ser criadas em votação em Plenário, para auxiliar exercício das atribuições;
- As alterações na organização dos conselhos devem ser votadas em reunião plenária e homologadas pelo executivo (gestor do nível correspondente);
- O orçamento gerenciado pelo próprio conselho;
- Os atos deliberativos assumem forma de resoluções, recomendações e monções, sendo que as primeiras devem ser homologadas pelo Executivo;
- A cada três meses [...] deve aprovar prestação de contas, andamento da agenda pactuada, relatório de gestão, montante e forma de aplicação de recursos, auditoria e oferta de serviços (RIBEIRO, 2008, p. 81-82).

No entanto, o funcionamento prático do conselho não acontece exatamente como na resolução, pois o aprendizado da autonomia ocorre de forma processual. Desse modo, são as conquistas que podem fortalecer e fazer com que os sujeitos valorizem a participação. A realidade expressa é um espelho da democracia participativa, visto que é realizada no cotidiano dos atores envolvidos e sensíveis às diversidades e práticas da política pública local (ASENSI, 2006).

A falta de autonomia é um problema estrutural que advém de problemas que se apresentam desde o regimento interno, funcionamento até a representatividade dos conselheiros e a inoperância do controle social (LABRA, 2006).

Além do que a autonomia deve ser garantida com os recursos disponíveis nos orçamentos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o desenvolvimento de seus trabalhos (VAN STRALEN et al., 2006).

Considerando a existência de conselhos locais nos municípios, nove afirmaram que não existem, contra seis que afirmaram a existência. Assim, os municípios que possuem CLS são Maringá, Mandaguari, Nova Esperança, Colorado, Munhoz de Mello e Flórida. Sendo que realizam reuniões mensais nos seis municípios e o CMS acompanha as reuniões com uma média geral de 5,9 (em uma escala Likert com intervalo de 1 a 7) nesta variável (Tabela 7), com a maior pontuação (sete) de Maringá, Mandaguari e Colorado, e a menor (três) de Nova Esperança. Verificando a média de habitantes por CLS, revelou-se que as melhores médias encontradas foram nos municípios de até 20 mil habitantes (Tabela 7).

Tabela 7 – Número de CLS e média de habitantes do município por CLS, segundo porte populacional. 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2012

<b>Porte – Nº habitantes</b>	<b>Município</b>	<b>Número de CLS</b>	<b>Média de habitantes do município por CLS</b>
< 20 mil	Flórida	5	507,2
	Munhoz de Mello	8	458,1
20-50 mil	Colorado	1	22340,0
	Mandaguari	7	4642,1
	Nova Esperança	6	4418,3
> 50 mil	Maringá	34	10290,0

O CLS é considerado uma vertente dos Conselhos de Saúde que participa ativamente da descentralização e que está sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente (BRASIL, 2003a).

Nogueira et al. (2008) afirmam que a criação dos CLS e Distritais de Saúde é responsabilidade de cada município, pelo decreto do executivo, Lei Municipal ou Portaria do Secretário Municipal de Saúde. Ainda, que estes são componentes estratégicos da gestão participativa por aproximar a comunidade da dinâmica dos serviços de saúde e do intercâmbio com as demais organizações do bairro.

A importância do CLS se dá pelo fato dos conselheiros demonstrarem melhor conhecimento da realidade de sua comunidade, tornando-se uma referência de

comunicação com o poder público (GUIZARDI; PINEIRO, 2006). As atribuições dos conselheiros são a discussão dos

[...] problemas enfrentados pela equipe de saúde, a programação das ações e inclusive o aperfeiçoamento das relações entre usuários e trabalhadores de saúde; é importante também registrar uma interrelação entre os conselhos locais de saúde, a atuação dos agentes comunitários de saúde e a realização do 'orçamento participativo' (SOLLA, 2005, p. 499).

O controle social por meio dos conselhos é uma prática nova, derivando em pouca experiência dos cidadãos e dos profissionais de saúde (NOGUEIRA et al., 2008), o que pode ser fator responsável pela baixa existência dos CLS nos municípios pesquisados. Além de fatores como as individualidades de cada localidade e as divergências políticas que influenciam na mobilização da sociedade (OLIVEIRA, 2006), ou ainda na não obrigatoriedade.

Uma das questões aplicadas aos entrevistados foi referente à implantação da Estratégia Saúde da Família em seu município, pois esta é elencada como prioridade para organização da Atenção Básica de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2006). Além de ter como uma de suas atribuições a fomentação da mobilização e da participação da comunidade, buscando efetivar o controle social (BRASIL, 2006).

Trata-se de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

De acordo com os conselheiros entrevistados, um município (Sarandi) até a data da entrevista, ainda não havia aderido à Estratégia Saúde da Saúde (ESF). Dos 14 restantes, oito afirmaram que em seus municípios deveriam expandir o número de equipes e todos acreditam que o impacto da ESF na saúde da população foi positivo. Sendo a diminuição das internações de crianças menores de cinco anos e de idosos os aspectos mais lembrados.

No banco de dados do Departamento da Atenção Básica (DAB) (BRASIL, 2012) no mês de julho de 2012, dentre os municípios pesquisados, a ESF não está implantada apenas no município de Paranacity, porém sua cobertura e número de equipes mostram-se com variações, conforme apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 – Número de equipes e cobertura da ESF em municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2012

<b>Porte – Nº habitantes</b>	<b>Município</b>	<b>Nº de habitantes</b>	<b>Nº de equipes cadastradas</b>	<b>Cobertura da ESF (%)</b>
< 20 mil	Munhoz de Mello	3.713	1	93,4
	Floresta	4.413	2	100,0
	São Jorge do Ivaí	5.386	1	62,6
	Doutor Camargo	5.752	1	59,2
	Paranacity	9.946	-	-
	Santa Fé	10.353	1	32,7
	Mandaguaçu	19.269	2	34,5
20-50 mil	Colorado	21.791	6	92,2
	Nova Esperança	26.592	6	77,6
	Marialva	31.395	6	64,3
	Mandaguari	33.108	6	63,2
< 50 mil	Sarandi	84.650	1	4,1
	Maringá	335.512	64	60,9

Fonte: Brasil (2012).

Os conselhos e as equipes de ESF devem atuar em parceria, visto que o primeiro trabalha em prol da saúde da população que representa e possui importância estratégica no processo de implantação e manutenção da ESF. Formado por segmentos diversos, espera-se que os conselhos trabalhem como espaços de expressão de demandas, comportamentos e expectativas da comunidade (VAN STRALEN et al., 2006).

Van Stralen et al. (2006) realizaram uma pesquisa com nove municípios da Região Centro-Oeste para a avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) e concluíram que a maioria dos conselheiros está consciente que a ESF pretende ser uma estratégia de reestruturação visto que entre diversos apontamentos dos entrevistados, reconheceu-se o bom funcionamento e melhora do atendimento após sua implantação, idem ao resultado aqui encontrado. Porém, indicadores sugerem pouca atenção para a ESF, como a falta de conhecimento do programa e plano do Proesf, apesar de ter sido supostamente aprovado pelo conselho.

Nesse aspecto, o programa denota sua importância por ser uma proposta do MS que teve como apoio o Banco Mundial e objetivou contribuir para a implantação e consolidação da ESF em municípios que possuíam mais de 100 mil habitantes, de forma a qualificar o processo de trabalho e desempenho dos serviços (BRASIL, 2003b).

No Estado do Paraná, o Programa Saúde da Família está como terceiro colocado no ranking dos assuntos mais discutidos nos CMS, de acordo com os dados levantados no

CNCS na primeira etapa desta pesquisa. Em âmbito nacional, este programa tem sido o tema também entre os principais assuntos na pauta das reuniões (RIBEIRO, 2008).

Quanto à área que está sendo aplicada, a maior parte dos recursos da contrapartida do município para a saúde, sete (Marialva, Colorado, Mandaguaçu, Santa Fé, Doutor Camargo, Munhoz de Mello e Flórida) entrevistados concordam que está sendo destinado à atenção básica, e quatro responderam que é para a atenção hospitalar (Maringá, Nova Esperança, Paranacity e Floresta) e, ainda, quatro (Sarandi, Mandaguari, São Jorge do Ivaí e Ourizona) não souberam responder a questão (Tabela 9).

Tabela 9 – Área que está sendo aplicada a maior parte dos recursos da contrapartida do município para a saúde, segundo porte populacional. 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2012

Área	< 20 mil habitantes	20-50 mil habitantes	> 50 mil habitantes	N
Atenção básica	5	2	-	7
Atenção hospitalar	2	1	1	4
Não sei	2	1	1	4
Total	9	4	2	15

Fato também apontado no estudo de Scochi et al. (2007), no qual os conselheiros dos municípios de até 200 mil habitantes identificaram a atenção básica como aquela que mais recebeu recursos.

A Lei Federal nº 8.142 (BRASIL, 1990a), além de tratar do controle social na área da saúde, discorre sobre o repasse dos recursos financeiros. Em suma, o Artigo nº 4 especifica que para receber os recursos financeiros, os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

A contrapartida de que se trata o inciso 5 do artigo 4 são os “recursos que o devedor se compromete, contratualmente, a aplicar em um determinado projeto” (BRASIL, 2004, p. 96). Ou seja, é a cota (dos Municípios, Estados e Distrito Federal) para a área da Saúde, que deverá estar introduzida nos seus respectivos orçamentos (BRASIL, 2004).

As ações e serviços de saúde estão agrupados em ações de atenção básica e assistenciais ambulatoriais; hospitalares de média e alta complexidade/custo (BRASIL, 2004). A mudança na ênfase do modelo de atenção a saúde é sabido, priorizando o nível de atenção básica, fato que se confirma com a aplicação de maior parte dos recursos da

contrapartida do município para a saúde. No entanto, observa-se que quatro conselheiros não possuem conhecimento sobre essa questão o que poderia demonstrar o descumprimento de seu papel de controle fiscal dos gastos do município (Tabela 9).

A base de dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) reúne informações sobre o financiamento e o gasto com a saúde nas três esferas do governo. Analisando estes dados referentes à Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial nos municípios estudados, percebe-se que a Atenção Básica recebe maior percentagem dos recursos da saúde em nove destes. Os municípios de maior porte populacional priorizam a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (Quadro 3). Os municípios com até 20 mil habitantes que também a priorizam foram Doutor Camargo e São Jorge do Ivaí.

Assim, a proposta de regionalização do SUS se faz presente, de forma que a pactuação política no âmbito de planejamento entre os municípios aconteça, visando descentralização e diminuição das desigualdades (VIANA et al., 2008).

No Brasil, o valor médio da despesa total com saúde por habitante foi de R\$ 372,24 (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE, 2010). Nos municípios estudados, apenas quatro dos nove com até 20 mil habitantes e o município sede da RS apresentam valores maiores que a média nacional. Sarandi apresentou o menor valor (R\$ 164,78) e Flórida, o maior (R\$ 641,88) (Quadro3).

Os recursos próprios aplicados em saúde para cada habitante apresentam valores variados entre os municípios estudados. A média nacional é de R\$ 208,59, sendo que sete municípios aplicam valor menor que a média nacional. Sarandi apresenta o menor valor (RS 125,18) e Flórida, o maior (R\$ 555,59) (Quadro3).

Existe uma diferença significativa entre os municípios considerando as despesas com investimento em relação às despesas totais, como por exemplo, o município de Doutor Camargo apresenta 0% e o de Santa Fé com 16,76%, o que supera cinco vezes a média nacional de 3,21%. Ainda, a maioria (9) não alcança a média nacional (Quadro3).

Já os recursos aplicados em consonância com a Emenda Constitucional (EC) 29, seis dos municípios em estudo não atingem a média nacional de 20,37%, sendo estes distribuídos em todas as estratificações populacionais, porém todos atingem os 15% que é recomendado por lei (BRASIL, 2002c). Paranacity apresenta maior valor (31,89%) e Mandaguari, o menor (17,13%) (Quadro 3).

Municípios	Atenção Básica*	Assist. Hospitalar e Ambulatorial*	Desp Tot Saúde/hab**	Desp Rec Próprios/hab**	Desp Pes/Des Tot**	Desp Invest/Desp Tot*	Rec Pro Apl Saúde (EC29)*	Des Terc/Des Total*
<b>Até 20 mil habitantes</b>								
Flórida	94,22	0,00	641,88	555,59	58,37	4,48	22,74	15,13
Ourizona	94,22	0,00	493,28	383,58	38,13	0,67	18,79	40,52
Munhoz de Mello	88,29	4,10	577,13	328,16	41,76	24,75	18,43	21,89
São Jorge do Ivaí	18,17	73,25	289,95	335,35	56,52	1,63	23,88	27,99
Doutor Camargo	0,00	100,00	360,14	267,32	35,44	0	21,09	39,39
Floresta	84,23	14,27	477,72	374,08	53,63	1,44	25,07	23,84
Paranacity	97,67	0,00	366,1	298,99	48,39	0,93	31,89	37,59
Santa Fé	86,85	10,15	249,83	189,25	39,04	16,76	17,53	24,41
Mandaguaçu	94,34	4,16	215,15	179,33	54,13	2,29	19,35	20,59
<b>Entre 20 e 50 mil habitantes</b>								
Colorado	98,80	0,00	275,77	188,4	53,32	3,41	20	18,7
Nova Esperança	57,25	38,73	289,95	202,43	56,52	0,18	23,88	26,49
Marialva	5,50	85,90	297,98	237,34	70,11	2,07	24,4	11,13
Mandaguari	33,20	52,74	299,05	140,24	57,47	2,76	17,13	22,52
<b>Acima de 50 mil habitantes</b>								
Sarandi	22,71	73,82	164,78	125,18	45,59	16,08	26,09	23,11
Maringá	24,94	66,32	553,4	195,29	39,08	4,55	20,54	48,55

\* Em %. \*\* Em R\$

Quadro 3 – Características do financiamento da atenção à saúde em municípios do Paraná por estratificação populacional.

Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (2010).

A articulação com outros conselhos ou órgãos municipais é atividade prevista na Resolução 333/03 (BRASIL, 2003a). Assim, em relação a essas parcerias formadas, sete afirmaram realizar, quatro negaram e quatro não souberam responder. Os conselhos mais lembrados foram: Conselho Municipal de Educação, de Assistência Social, da Criança e Adolescente e de Meio Ambiente. É de extrema importância a articulação intersetorial de forma que as atividades sejam contínuas, fortalecendo as relações de poder e edificando uma estrutura sólida de forças sociais em defesa dos interesses da sociedade.

Observa-se uma falta de opinião e conhecimento da realidade do município e do CS pelos conselheiros nos diferentes portes populacionais estudados, fato demonstrado diante das variáveis “posição do Conselho Municipal em relação à Estratégia de Saúde da Família”, “área que está sendo aplicada a maior parte dos recursos da contrapartida do município para a saúde” (Tabela 9) e “parceria entre o CMS e outros conselhos ou órgãos municipais”, pois possuíam como alternativa a resposta “não sei”, assinalada por alguns dos entrevistados, sendo estes representantes dos municípios de Sarandi (2), Mandaguari (1), Paranacity (1), Floresta (1), Doutor Camargo (2), São Jorge do Ivaí (2) e Ourizona (1).

Portanto, a discussão aqui estabelecida diante dos dados encontrados nas entrevistas com os conselheiros representantes do segmento dos usuários de CMS da 15ª RS - PR aponta diversas potencialidades e fragilidades destes conselhos. De modo geral, os CMS, independente do porte populacional do município, estão de acordo com a Resolução 333/03 (BRASIL, 2003a), texto oficial que regulamenta a prática nesta instância. Por outro lado, as fragilidades identificadas servem de ferramenta para construir de forma sistematizada uma intervenção, visando a melhoria na prática dos conselhos.

### 7.3 ETAPA 3 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SEDE DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Acredita-se que o Conselho de Saúde do município sede de uma Regional de Saúde seja responsável pelo apoio e suporte aos outros que necessitem. Dessa forma, o objeto de estudo que compreende esta etapa do trabalho é o CMS de Maringá - município sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Destarte, pretende-se discutir a dinâmica das reuniões deste conselho, buscando identificar a participação dos conselheiros, o processo decisório e a influência que cada representante possui, pois a efetiva representatividade é um grande problema relacionado à prática dos conselheiros (SERAPIONI, ROMANI, 2006).

### 7.3.1 Histórico do Conselho Municipal de Saúde de Maringá

O CMS de Maringá foi instituído no ano de 1993, pela Lei Ordinária nº 3459/93 e teve alterações pelas Leis Complementares: 4805/99; 5341/2001; 5396/2001; 7380/2006; 8474/2009.

Desde a criação, passou por alguns momentos que se fizeram marcantes. Sendo o mais lembrado pelo informante-chave, a descoberta de grande desvio de verbas da Secretaria de Saúde do município pela comissão de orçamento recém-implantada em 1998, o que levou o Ministério Público a proceder a auditoria do município nessa área.

Após a denúncia, existiram retrocessos no âmbito do controle social, como a perseguição política de alguns membros do conselho que participaram do processo de denúncia, sendo estes representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviço. Ainda, houve a reformulação da regulamentação do conselho no município reduzindo a composição de 26 para 16 conselheiros, no ano de 1999.

Com a posse de novo prefeito do município, no ano de 2001, é recomposto o número de participantes do conselho. Nesse caminho, em 2006, o conselho conquista um espaço ainda maior na sociedade, ampliando a representatividade da população, ou seja, novas entidades foram incluídas no CMS, passando a 32 o número total de membros do conselho.

Outra conquista importante foi a garantia por lei do impedimento do secretário de saúde vir a ser o presidente do conselho, sendo a recomendação que este seja, preferencialmente, representante do segmento dos usuários (MARINGÁ, 2006).

Um símbolo do reconhecimento do processo de luta e conquista de espaço deste conselho foi a colaboração na criação da cartilha “Orientações para Conselheiros de Saúde” do Tribunal de Contas da União (TCU), juntamente com outros dez CMS de todo país (BRASIL, 2010).

### 7.3.2 **Dinâmica das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do município sede da 15ª Regional de Saúde do Paraná**

A prática do controle social possui como cenário as reuniões do Conselho de Saúde e é, neste momento, que estes atores podem participar da política de saúde de seu município representando efetivamente a entidade e/ou instituição que representa.

No artigo 11 do capítulo IV do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Maringá, as reuniões ordinárias devem acontecer mensalmente (MARINGÁ, 2008), assim, as observações “não participantes” ocorreram nas reuniões de número 204, 205 e 206, nos dias 13 de fevereiro, 20 de março e 17 de abril de 2012, respectivamente. Essas reuniões, normalmente, são agendadas para as terceiras terças-feiras do mês, porém, devido ao feriado de carnaval, uma delas foi antecipada para a segunda-feira da semana anterior, conforme acordado previamente pelo conselho. A manutenção do horário e do dia fixo é importante para o planejamento dos participantes e evita que novas reuniões sejam marcadas no mesmo dia e horário pelo gestor.

O local utilizado para o acontecimento das reuniões é o gabinete da Sala de Reuniões do Senhor Prefeito, que possui uma infraestrutura apropriada e confortável, visto que se trata de uma sala ampla, com iluminação e ventilação adequadas, e disponibiliza recursos audiovisuais como notebook, data-show e microfone. É servido um lanche antes de iniciar que se mantém disponível durante a reunião, proporcionando um conforto aos participantes.

Além disso, o conselho dispõe de uma sala própria no prédio da Secretaria Municipal de Saúde com infraestrutura mínima para a execução de suas atividades, como material de escritório e equipamentos (ex. telefone, computador e impressora). Todos os áudios das reuniões são gravados e ficam arquivados por tempo indeterminado e são utilizados como suporte à secretária para redigir a ata de forma fidedigna.

As reuniões duraram em média 2 horas e 31 minutos, sendo possível verificar que após a segunda hora, os conselheiros ficavam agitados e mais concisos em seus comentários, aparentemente com o intuito de abreviar o tempo da reunião.

Nos dias observados, houve um pequeno atraso para o início das reuniões de, em média, nove minutos. Ainda, este início aconteceu mesmo com algumas pessoas presentes

em sala, porém que não haviam se acomodado em seus devidos lugares para o andamento da reunião.

Observou-se, também, que uma média de cinco celulares tocaram durante as reuniões, incluindo em uma delas o do presidente, sendo que alguns foram atendidos em sala e outros saíram do ambiente para atender. Celulares que tocam e são atendidos durante as reuniões não trazem benefícios e sim, aumentam a distração dos participantes. Esse comportamento pode demonstrar desrespeito e desinteresse ao assunto que está sendo discutido no grupo, tornando a reunião improdutiva.

O Regimento Interno deste conselho estabelece em seu Capítulo III, Artigo 4º, sua composição de 50% de usuários de serviço de saúde, 25% de trabalhadores, 12,5% de gestores e de 12,5% de prestadores de serviço de saúde, perfazendo um total de 32 membros efetivos, possuindo uma Mesa Diretora composta por: Presidente, Vice-Presidente, 1º e 2º Secretário, eleitos entre os membros dos conselhos (MARINGÁ, 2008). Fatos que podem fortalecer seu exercício e colaborarem com uma prática de qualidade e, até mesmo, servir como exemplo aos outros municípios de sua Regional.

A atual conformação se dá conforme apresentado no Quadro 4.

Segmento	Representação	N	% Parcial	N	% Total
Governo	Esfera municipal	3	9,38	4	12,50
	Esfera estadual	1	3,12		
Prestador de serviço	Público	2	6,25	4	12,50
	Privado contratado pelo SUS	2	6,25		
Trabalhador	Faculdade Formadora de Profissionais da Saúde	2	6,25	8	25
	Sindicatos	2	6,25		
	Profissionais da saúde	4	12,50		
Usuário	Entidades religiosas de abrangência municipal	2	6,25	16	50
	Associação de moradores	4	12,50		
	Entidade de abrangência local	4	12,50		
	Entidade de aposentados e pensionistas	1	3,13		
	Entidades de organizações e movimentos de abrangência municipal	2	6,25		
	Entidades de representantes de portadores de deficiência patológica	2	6,25		
	Sindicatos de trabalhadores, urbanos, rurais e patronais	1	3,13		
Total		32	100	32	100

Quadro 4 – Conformação atual do CMS de Maringá, Paraná, 2012.

Nas atas das reuniões dos meses estudados (fevereiro, março e abril), observa-se que estiveram presentes, 23, 24 e 23 titulares, ou seja, 71,9%, 75% e 71,9%, respectivamente. Sendo que os suplentes tiveram 34,38%, 31,25% e 25% de presença nas reuniões observadas. O que pode indicar a falta de envolvimento destes sujeitos com o cargo que ocupam perante a sociedade.

A questão dos membros que ocupam uma vaga no conselho, porém que não comparecem às reuniões merece atenção, pois formalizam apenas a legislação do SUS e não exercem seu papel de representação no grupo, o regimento que estabelece substituição da entidade em caso de duas faltas repetidas ou três alternadas sem justificativas.

Em virtude da realidade observada, é essencial estudar a representatividade e atuação efetiva dos segmentos participantes do CMS de Maringá. Começando pela maior hierarquia, observa-se que o presidente lidera as reuniões, norteia as discussões, estabelece limites de tempo e permite a fala dos participantes mediante inscrição prévia com a secretária, conforme andamento da reunião, impedindo a fala de conselheiros que não fizeram a inscrição antecipadamente.

De acordo com a deliberação da Lei Municipal 7.380/2006 (MARINGÁ, 2006), o presidente não pode ser o representante titular da Secretaria Municipal de Saúde. Diante disso, a presidência é exercida por um representante dos usuários. Este é um indicativo que o segmento dos usuários possui representantes que estão fortemente envolvidos com o processo de luta, pois o presidente é um líder deste grupo em estudo e em especial, o indivíduo em questão é respeitado e consegue manter o foco nas discussões, apesar do secretário de saúde, que é representante dos gestores no grupo, tender a opinar constantemente e reconduzir algumas discussões.

Em um estudo com nove municípios da região centro-oeste do Brasil, cinco possuíam como presidente do conselho os secretários municipais de saúde (VAN STRALEN et al., 2006). O exercício de ambos os cargos simultaneamente pode gerar algo redundante, pois os conselhos de saúde devem brigar por conquistas pelo seu município, enquanto o presidente que permanece como Secretário Municipal de Saúde restringe a autonomia de todo o grupo.

No CMS em estudo, essa restrição pode ser gerada por um dos representantes do governo municipal que também é Secretário de Saúde do município, porém que não faz parte da Mesa Diretora, visto que sua presença é marcante e este articula sobre a maior parte dos assuntos em pauta, não obstante, essa presença pode ter um lado positivo, visto

que pode trazer informações pertinentes e fidedignas da secretaria de saúde e agilizar a tomada de decisão em diferentes momentos.

Percebe-se que determinados conselheiros discutem e argumentam sobre todos os assuntos abordados. Neste contexto, surge uma liderança informal no grupo, que tem uma fala diretiva e consistente a respeito de quase todos os assuntos em discussão. Analisando a ata das reuniões, seu nome é o mais citado, aparecendo 29 vezes nas três atas analisadas. Este sujeito é representante do segmento dos trabalhadores (sindicatos) e outros atores que têm mais voz nas reuniões são, também, representantes dos trabalhadores (de nível médio e superior de saúde; e faculdade formadora de profissionais de saúde). Ocupando o segundo lugar o segmento dos usuários (entidades de organizações e movimentos de abrangência municipal; e entidade de abrangência local). Essas contagens foram realizadas desconsiderando os membros da Mesa Diretora.

Os autores Morita, Guimarães e Di Muzio (2006) justificam em seu trabalho, o destaque dos trabalhadores pela formação política, uma vez que estes são vinculados a sindicatos e possuem uma grande experiência de luta por seus direitos. Saber adquirido em virtude da experiência do indivíduo utilizado como meio de poder, não se tratando de um saber originário do aprendizado escolar.

Há, no mesmo cenário, conselheiros que não se manifestam verbalmente, apenas votam quando necessário, apresentando uma distribuição de poder desigual. Nas atas das reuniões estão citados os nomes de 15 conselheiros titulares e de três suplentes, do total de 64 conselheiros (32 titulares e 32 suplentes). Cotta, Cazal e Martins (2010, p. 2444) afirmam que essa assimetria de poder “[...] pode ter um efeito de burocratização dos conselhos, que deve ser insistentemente combatida para que o conselho seja um espaço efetivamente democrático, legitimando os direitos conquistados pelos cidadãos”.

Pateman (1992) analisa a participação do sujeito, classificando-a de acordo com seu envolvimento como: pseudoparticipação, participação parcial e participação plena. A pseudoparticipação é referente às decisões tomadas e informadas ao grupo com o objetivo apenas de persuasão, fazendo com que o envolvido acredite na sua efetiva participação; na participação parcial a decisão está centralizada em um indivíduo, apesar das discussões para tomada de decisão; na participação plena todos os envolvidos participam e discutem para que a decisão seja tomada.

Diversos autores justificam o silêncio dos sujeitos durante as reuniões como ausência de formação técnica, de conhecimento de seu real papel como conselheiro e de

informação, ainda, como fatores culturais, autoritarismo, assimetria de poder e saber. (OLIVEIRA, PINHEIRO; 2010, WENDHAUSEN, CAPONI, 2002).

Para Cotta, Cazal e Rodrigues (2009, p. 434) faz-se necessário

[...] o processo de empoderamento dos diferentes atores locais para fortalecer o exercício do controle social, buscando conscientizar os Conselheiros Municipais de Saúde sobre sua função de representação social, e ainda promover o reconhecimento do conselho como espaço de manifestações de interesses plurais em busca do benefício de toda sociedade.

O ato de participar já está relacionado a questões de poder, pois é uma conquista dos grupos no direito de influenciar nas decisões que os afetam (OLIVEIRA, PINHEIRO; 2010). Assim, é formada uma junção de forças que transformam o conselho numa arena política capaz de coibir os usuários (GUIZARDI, PINHEIRO; 2006) e impedir que estes discurssem em prol de uma ideia do seu grupo.

Nesse contexto, mais uma vez afirma-se que uma das alternativas que podem ser adotadas na qualificação da participação dos sujeitos envolvidos é a implantação e implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social. Assim,

[...] haveria maior conscientização sobre direitos e deveres, universalização das informações, autonomia para atuação no controle social, formação de representações legítimas, aumento da capacidade propositiva e de fiscalização efetiva das ações e serviços de saúde e o exercício da gestão participativa, fazendo uso de diversificados formatos, meios de comunicação, metodologias e linguagens adequadas à cultura e à realidade local, em caráter permanente (COTTA, CAZAL, RODRIGUES, 2009, p. 433).

Outro ponto que transparece a qualificação dos conselheiros é a votação para tomada de decisões dos grupos. Nesse aspecto, percebe-se que os conselheiros do município de Maringá estão preparados e são conscientes da importância que seu voto possui, pois alguns articulam em relação ao assunto durante a reunião, e não apenas votam, seja este voto favorável ou contrário.

Dessa forma, essa participação pode ser considerada parcial, pois a influência na tomada de decisão do gestor ora pode ocorrer, ora não. E não existe dispositivo legal que possa forçar o cumprimento das deliberações do CMS. A atuação do conselho enquanto

fiscalizador é importante, porém o papel deliberativo ocupa um lugar de destaque, considerando a corresponsabilidade nas decisões e democratização das políticas de saúde (OLIVEIRA, PINHEIRO; 2010).

Conforme os autores Oliveira e Pinheiro (2010), o papel fiscalizador dos conselhos está se extinguindo, o que conseqüentemente acarreta em desânimo e falta de credibilidade dos participantes que se sentem colocando em prática uma política que não condiz com as necessidades de saúde da população que representa.

Para melhor desempenho do CMS existem comissões internas, constituídas por entidades membros do Conselho e outras instituições, com o intuito de promover estudos e emitir pareceres a respeito de temas específicos de acordo com a necessidade (MARINGÁ, 1993). Eles possuem espaços durante as reuniões para emitirem pareceres aos assuntos que lhes são pertinentes e durante as três reuniões observadas, as comissões utilizaram esses espaços. Porém, em uma delas houve manifestação de conselheiros sobre a ausência de participação de integrantes de uma dada comissão, que se encontrava fragilizada, deixando de se reunir por falta de quórum mínimo.

De acordo com o artigo 8º do Regimento Interno do CMS de Maringá, todos os membros dessas comissões terão direito a voz e voto e sua coordenação é exercida por um membro efetivo do CMS e existirá, também, um secretário (MARINGÁ, 2008). As comissões existentes e ativas são: Comissão de Capacitação, de Assistência, de Orçamento, de Saúde Mental, Vigilância em Saúde e de Acompanhamento e Avaliação.

Foi observado que em todas as reuniões esteve presente um conselheiro de um município que faz parte da 15ª RS - PR, supostamente visando aprender sobre a dinâmica do conselho. Em uma das reuniões, participaram acadêmicos do curso de serviço social e odontologia de universidades do município, União Paranaense de Estudantes, representantes de diversas instituições e entidades. O conselho em estudo, portanto, é um palco de aprendizado para estudantes de graduação e para aqueles que buscam crescer enquanto conselheiro.

A interface do ensino-serviço-comunidade é viabilizada nas reuniões dos conselhos, visto que as observações propiciam o crescimento do indivíduo enquanto cidadão participativo, além de oportunizar um ambiente para formação das políticas públicas e articulações dentro de um município.

Assim, diante dos dados encontrados podem-se elencar algumas potencialidades e fragilidades do conselho de saúde em questão, as quais são apresentadas no Quadro 5.

Potencialidades	Fragilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• História de luta e consolidação;</li> <li>• Reuniões mensais com manutenção de local, horário e dia fixo;</li> <li>• Infraestrutura apropriada;</li> <li>• Presidente representante dos usuários;</li> <li>• Secretário de Saúde participando das reuniões;</li> <li>• Conselheiro representante do trabalhador com voz ativa nas reuniões;</li> <li>• Articulação dos conselheiros durante as votações;</li> <li>• Existência de comissões internas;</li> <li>• Presença de membros da comunidade nas reuniões.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número expressivo de faltas dos conselheiros nas reuniões;</li> <li>• Influência do Secretário de Saúde nas reuniões;</li> <li>• Conselheiros pouco participativos;</li> <li>• Comissões internas fragilizadas.</li> </ul>

Quadro 5 – Potencialidades e fragilidades do CMS do município sede da 15ª RS do Estado do Paraná.

Percebe-se que o município sede de uma Regional de Saúde apresenta suas dificuldades quanto à dinâmica e participação efetiva de seus membros nas reuniões, porém, diante do exposto, conclui-se que o órgão pode ser referência e suporte em relação à composição, estrutura e funcionamento para o desenvolvimento dos outros conselhos que abrangem a mesma Regional.

Desse modo, o conselho em estudo é um espaço que vivenciou lutas em sua história desde sua implantação e possui, como atores, alguns indivíduos que exercem seu real papel de representação e outros que ainda necessitam de uma conscientização sobre a influência nas políticas de saúde que podem gerar.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando os objetivos e a questão norteadora deste trabalho, algumas considerações devem ser feitas.

Pensando, inicialmente, na revisão de literatura apresentada se percebe a importância de avaliar os Conselhos Municipais de Saúde de uma Regional de Saúde, visto que o controle social na área da saúde no Brasil é uma conquista recente e ainda em desenvolvimento, que vem se fortalecendo e aprimorando com o tempo e prática.

Nota-se que existem usuários do SUS que não possuem ciência sobre a existência de um palco para atuar ativamente no controle da saúde, como também do papel crucial deste espaço para o desenvolvimento e implantação de políticas públicas no Brasil.

A escolha pela triangulação de métodos proporcionou à pesquisadora um olhar amplo sobre os conselhos em estudo. A utilização de materiais e métodos distintos nas três etapas do estudo dispendeu tempo e recursos, porém facilitou a sistematização dos dados e apresentação dos resultados.

Na primeira etapa, os dados quantitativos do CNCS, atualizados pela última vez nos anos de 2007 e 2008, apresentavam deficiências na alimentação, apontando a fragilidade no conhecimento da realidade brasileira dos CS e dificultando o fortalecimento do intercâmbio entre as diferentes instâncias de atuação. Indica-se, assim, a necessidade de supervisão do CNS e, talvez, uma consciência na alimentação e atualização dos dados.

Nesta etapa, concluiu-se que os CMS do Estado do Paraná apresentavam diversidades de registros, sugerindo que quanto maior o número de habitantes, maior a disponibilidade das informações cadastrais. Ressalta-se nesse aspecto, a importância dos municípios menores buscarem apoio nos maiores para uma melhor alimentação dos dados e melhoria da atuação. Uma fragilidade percebida foi que existem conselhos municipais no Paraná que não contavam com a representação de 25% dos trabalhadores de saúde, indicando que estes devam ser mobilizados por sua importante e necessária participação.

Na segunda etapa, o sexo feminino foi predominante entre os conselheiros entrevistados com variação de idade entre 31 a 70 anos, demonstrando limitada atuação dos jovens. Além disso, bom nível de escolaridade o que pode representar maior facilidade de compreensão das discussões tendo em vista a formação dos conselheiros.

Como potencialidades dos CMS da 15<sup>a</sup> RS do Estado do Paraná podem ser destacadas: a crença dos conselheiros que o SUS é um sistema de saúde que está melhorando; a autonomia dos conselhos estudados para estabelecer prioridades e decidir sobre os investimentos na área da saúde; credibilidade na ESF, sugerindo, em sua maior parte, que os municípios deveriam expandir o número de equipes.

Em contrapartida, as fragilidades nestes conselhos foram mais expressivas que as potencialidades, sendo estas: incredulidade por parte dos conselheiros pelo SUS, pois estes indivíduos, em tese, responsáveis pela fiscalização de um sistema de saúde ainda em construção, disseram-se não usuários, e mais da metade possuía algum plano privado de saúde; muitos dos conselheiros assumiram o exercício de sua função sem uma devida capacitação; a maioria dos municípios, ainda, não possuía CLS; os recursos eram priorizados em alguns deles para a atenção hospitalar, e quatro conselheiros não souberam responder sobre os recursos aplicados, o que representa o descumprimento de seu papel no controle fiscal dos gastos do município; ausência de articulação intersetorial com outros conselhos ou órgão municipais.

Neste contexto, as fragilidades encontradas são ferramentas para um planejamento que visa melhoria na prática destes conselhos e de outros com características semelhantes.

Na terceira etapa, cujo CMS de Maringá foi escolhido por apresentar uma história de luta e, principalmente, por consolidar o controle social na saúde do município, indica uma potencialidade entre os demais da RS, podendo este servir de referência e suporte para o desenvolvimento dos outros conselhos. Porém, apresentam fragilidades que merecem ser trabalhadas para melhorar, ainda mais, a sua prática.

Nas três etapas discutidas, notou-se a necessidade de capacitação destes conselheiros para aprimorar a sua atuação, bem como uma formação acadêmica dos trabalhadores da saúde mais adequada, pois se verificou que, no Paraná, existe baixa adesão deste segmento nos CMS. Por sua vez, o trabalhador foi identificado como um líder no CMS observado, devido ao conhecimento que possui na área da saúde, de forma geral.

Por fim, sugere-se que mais estudos de avaliação dos Conselhos de Saúde de municípios em seus diferentes portes populacionais sejam realizados, lembrando a representatividade que os municípios menores possuem na população brasileira e da importância dos maiores para subsidiar o desenvolvimento dos menores.

## **9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

Quando dotado de conhecimento, habilidade e atitude, o enfermeiro é um ícone do trabalho em saúde coletiva, visto sua proximidade com a realidade da população que o cerca, possuindo muitas vezes o poder de transformação. Ainda, é capaz de identificar necessidades, o que torna essencial sua participação no controle social por meio de conselhos, ocupando cadeiras reservadas ao segmento dos trabalhadores de saúde.

Como demonstrado pelos dados da pesquisa, a participação do profissional de saúde encontra-se deficiente quando verificado o quantitativo recomendado pelas leis que regem o controle social, assim faz-se necessária uma motivação e conscientização dos profissionais de saúde, dentre estes, o enfermeiro, para que exerçam o que lhe foi conquistado. Ainda, os dados demonstraram que o trabalhador de saúde é um dos atores mais preparados para exercer a função de conselheiro.

São diversas as atribuições do enfermeiro, dentre elas, destaca-se a educação em saúde, o que o torna uma peça chave para a difusão dos direitos e deveres dos usuários do SUS. É por meio de grupos ou de forma individual que se pode desenvolver nos sujeitos uma consciência crítico-reflexiva capaz de intervir na realidade que os cerca.

Percebe-se a necessidade de uma formação acadêmica com um currículo focado em conteúdos teóricos e práticos, que o insira em questões de cidadania e controle social, para que atividades de pesquisa neste âmbito também sejam realizadas, difundindo ainda mais o papel crescente na atuação das políticas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis, SP: Vozes, 1994.
- ASENSI, F. D. Biodireito, saúde e participação social. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, 32, 2006. Disponível em <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=1232](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1232)>. Acesso em: 26 ago. 2012.
- AVRITZER, L. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- BATISTA, A. A. **Avaliação de processo**: o conselho municipal de saúde de Ponte Nova – MG. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Economia Rural)-Universidade Federal de Viçosa, Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural, Viçosa, 2006.
- BEZERRA, C. K. F.; ARAÚJO, M. A. D. Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo – PB: um estudo sobre participação. **RAS**, São Paulo, v. 11, n. 42, p. 30-42, jan./mar. 2009.
- BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, ago./dez. 2010.
- BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 318-324, 2010.
- BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde: **Relatório Final**. Brasília, DF, 1986. Acesso em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2011.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 25 out. 2011.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 25 out. 2011.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. 1990b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2012.  
BRASIL. 9ª Conferência Nacional de Saúde: **Relatório Final**: municipalização é o caminho. Brasília, DF, 1992a. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. 1992b. Disponível em:  
<[http://www.fmb.unesp.br/etica\\_pesquisa/docs/resolucao\\_33.pdf](http://www.fmb.unesp.br/etica_pesquisa/docs/resolucao_33.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**. Brasília, DF, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A prática do controle social**: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Brasília, DF, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A operacionalização da Emenda Constitucional n.º 29**: relatório do seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional n.º 29. Brasília, DF, 2002c.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. **Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. 2003a. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria. **Manual de Auditoria na Gestão dos Recursos Financeiros do SUS**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em 26 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 30 ago. 2012.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 63-75, jun. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Conferências Municipais de Saúde passo a passo**; 2003. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/ConferenciaPassoaPasso.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. . M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORREA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 7, p. 18-49, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102-127.

CÔRTEZ, S. V.; GUGLIANO, A. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 12, n. 24, p. 44-75, maio/ago. 2010.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, ago. 2010.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.

DAVID, C. **Representantes e representados: relação entre conselheiros usuários, suas entidades e dos espaços descentralizados do Conselho Municipal de Saúde**. 2005. Dissertação. (Mestrado em Sociologia)–Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

DENIS, Jean-Louis. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. s229-s333, nov. 2010. Suplemento 1.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring**. Chicago: Health Administration Press, 1980.

FABRE, H. S. C. Conselho Municipal de Saúde de Londrina: Perfil dos Representantes dos Usuários. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 1-16, jun. 2004.

FEDOZZI, L. J. Democracia participativa, lutas por igualdade e iniquidades da participação. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. cap. 9, p. 204-228.

GODOY, A. M. G. et al. O Conselho Municipal de Saúde de Maringá e o Orçamento: gestão 2006-2009. **A Economia em Revista**, Local, v. 18, n. 2, p. 197-210, dez. 2010.

GONÇALVES, M. L. **A participação social no sistema único de saúde: a experiência do conselho municipal de saúde de Ribeirão Preto – SP**. 1999. 260 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1999.

GOLÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: o conselho municipal de saúde de Ribeirão Preto. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 167-175, 2002.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 797-805, 2006.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-53, 1999.

IBGE. **Banco de dados**: Estado; 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: Visões "macro" e "micro". **Civitas**, Porto Alegre, v. 6, p. 199-221, 2006.

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

LANDERDHAL, M. C. et al . Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, ago. 2010.

LOWNDES, V.; PRATCHETT, L.; STOKER, G. Trends in public participation: part 2 – citizens' perspectives. **Public Administration**, London, v. 79, no. 2, p. 445–455, 2001.

MARINGÁ. Lei Ordinária 7.380/2006. **Dá nova regulamentação à Lei n° 3459/1993 e à n° 5510/2001, que instituiu a Conferência Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, e dá outras providências**. Disponível em: <[http://sapl.cmm.pr.gov.br:8080/sapl\\_documentos/norma\\_juridica/9799\\_texto\\_integral](http://sapl.cmm.pr.gov.br:8080/sapl_documentos/norma_juridica/9799_texto_integral)>. Acesso em: 3 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Prefeitura municipal. Lei Ordinária 3.459/1993. **Institui o Conselho Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/692d13baf3ed.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **Regimento interno do conselho municipal de saúde de Maringá**. 2008.

MARTINS, A. L. X.; SANTOS, S. M. R. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 21, p. 199-209, 2012. Suplemento.

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

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. G. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MORITA, I.; GUIMARAES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-57, abr. 2006.

NOGUEIRA, F. C. P. et al. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 104-110, 2008.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política**: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde do nordeste brasileiro. 2006. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, ago. 2010.

PAIM, J. S. **Saúde**: política e reforma sanitária. Salvador: ISC/CEPS, 2002.

PARANÁ. **Geopolítica no Paraná**. Disponível em:

<<http://www.turismo.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=90>>. Acesso em: 26 de ago. 2012.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

RIBEIRO, D. M. D. F. **Conselhos de Saúde: participação, autonomia e cooptação**. 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

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

SANTOS, E.; BAQUERO, M. Democracia e capital social na América Latina: uma análise comparativa. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 28, p. 221-234, jun. 2007.

SCOCHI, M. J. et al. **Estudo de linha de base em 20 municípios da região Sul na implantação do Proesf: avaliando a atenção básica**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2007.

SERAPIONI, M.; ROMANI, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, nov. 2006.

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

SILVA, P. H. C. Neoliberalismo e Saúde Pública: uma difícil equação. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, Marília, v. 7, n. 2, p. 140-154, 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE – SIOPS. **Indicadores Municipais**. 2010. Disponível em: <[http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Saude/Profissional/Area.Cfm?Id\\_Area=1671](http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Saude/Profissional/Area.Cfm?Id_Area=1671)>. Acesso em: 27 ago 2012.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.621-632, set. 2006.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. **Gac. Sanit.**, Barcelona, v.16, n.1, p. 30-38, ene./feb. 2002.

VAZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, abr. 2003.

VIANA, A. L. A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

WENDHAUSEN, A. L. P.; RODRIGUES, I. F. Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da amfri/sc e a relação com a prática no conselho. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 166-174, 2006.

WENDHAUSEN, A. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. Florianópolis, 1999. 237f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. 2002.

WESTPHAL, M. F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista**. 1992. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 890-897, ago. 2011.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**QUESTIONÁRIO - REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS NOS CONSELHOS**  
**MUNICIPAIS DE SAÚDE**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      **Horário início:** \_\_\_\_\_

**Nome do entrevistador(es):** \_\_\_\_\_

**1. Município:** \_\_\_\_\_

**2. Representante:** 1 Usuário    2 Prestador  
 Entidade \_\_\_\_\_

**3. Sexo:**  
 1 Masculino      2 Feminino

**4. Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5. Qual o seu grau de escolaridade?**

- 1 Ensino Fundamental (primeiro grau) incompleto
- 2 Ensino Fundamental (primeiro grau) completo
- 3 Ensino Médio (segundo grau) incompleto
- 4 Ensino Médio (segundo grau) completo
- 5 Superior incompleto
- 6 Superior completo. Qual? \_\_\_\_\_
- 7 Pós – Graduação. Qual? \_\_\_\_\_

**6. Qual a sua profissão?** \_\_\_\_\_

**7. Você é usuário do SUS?**

- 1 Não, pois tenho plano de saúde privado.
- 2 Não, e não tenho plano de saúde privado.
- 3 Sim, mas tenho plano de saúde privado.
- 4 Sim.

**8. Qual sua opinião sobre o SUS?**

- 1 É um sistema de saúde cheio de falhas que não se resolvem
- 2 É um sistema de saúde que possui falhas, mas está melhorando
- 3 É um sistema de saúde com poucas falhas que são minimizadas pela qualidade
- 4 É um sistema de saúde sem falhas a serem consideradas

**9. Participou de algum curso para conselheiros de saúde?**

- 1 Sim    2 Não

**10. Qual o principal papel que o Conselho Municipal de Saúde tem exercido no seu município?**

- 1 Órgão importante para cumprir exigências legais do SUS.

- 2 Órgão importante para formulação das políticas de saúde.  
 3 Órgão importante para a aprovação das contas da Secretaria de Saúde.  
 4 Órgão importante para dar respaldo às decisões do gestor.  
 5 Não sei.  
 6 Outro.  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**11. De que maneira você foi escolhido(a) como representante no Conselho Municipal de Saúde (CMS)?**

- 1 Indicação da comunidade ou entidade  
 2 Eleição na pré conferência e na conferência municipal de saúde  
 3 Indicação política ( prefeito, deputado, vereador)  
 4 Eleição pelas equipes de PSF  
 5 Outro.  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**12. Com que periodicidade o conselho se reúne?**

- 1 Mensalmente  
 2 Bimestralmente  
 3 Trimestralmente  
 4 Duas vezes ao ano  
 5 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_  
 6 Não sei

**13. Na sua opinião, a Secretaria Municipal de Saúde em seu município tem autonomia para estabelecer prioridades e decidir sobre os investimentos na área da saúde?**

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Sempre
-------	---	---	---	---	---	---	---	--------

**14. As decisões do CMS são cumpridas?**

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Sempre
-------	---	---	---	---	---	---	---	--------

**15. Na sua opinião, quais são os maiores problemas na área da saúde no seu município?** *Ler as alternativas e assinalar com "X" quantas opções forem necessárias.*

- 1 Má qualidade do atendimento na rede de unidades básicas de saúde.  
 2 Falta de medicamentos  
 3 Falta de profissional médico na UBS  
 4 Falta de consultas em especialidades médicas  
 5 Falta de vagas nos hospitais  
 6 Falta de unidades de atendimento 24 horas  
 7 Falta de ambulância  
 8 Estrutura das UBS muito precária  
 9 Falta de compromisso dos profissionais da área  
 10 Escassez de recursos financeiros  
 11 Outro. Especifique: \_\_\_\_\_  
 12 Não sei

**16. No seu município existem conselhos locais?**

1 Sim      2 Não      3 Não sei

16.1 Quantos? \_\_\_\_\_

**17. O Conselho Municipal de Saúde acompanha as discussões dos conselhos locais?**

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Sempre
-------	---	---	---	---	---	---	---	--------

**18. Com que periodicidade os Conselhos Locais se reúnem?**

1 Mensal	4 Semestral
2 Bimestral	5 Outra. Especifique: _____
3 Trimestral	6 Não sei

*As questões 19 e 20 devem ser respondidas apenas por municípios com PSF***19. Qual a posição do Conselho Municipal em relação à Estratégia de Saúde da Família? Ler as alternativas para o entrevistado.**

- 1 Expandir o número de equipes.
- 2 Implantar o Programa
- 3 Não implantar o Programa
- 4 Reduzir o número de equipes
- 5 Não tinha opinião formada
- 6 Não sei

**20. Você acha que a Estratégia Saúde da Família causou algum impacto positivo na saúde da população de seu município?**

1 Sim      2 Não      3 Não sei

20.1 Em caso afirmativo, que tipo de impacto você percebeu?

- 1 Diminuíram as reclamações de usuários
- 2 Reduziram-se as filas nas portas das UBS
- 3 Percebeu-se maior resolutividade nas UBS/PSF
- 4 Diminuíram as filas para consultas especializadas
- 5 Os pronto-socorros tiveram sua demanda diminuída
- 6 Diminuíram as internações de crianças menos de 5 anos
- 7 Diminuíram as internações de idosos (> 65 anos)
- 8 Aumentaram os elogios ao atendimento nas UBS
- 9 Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 10 Não sei

**21. Você sabe informar em que área está sendo aplicada a maior parte dos recursos da contrapartida do município para a saúde?**

- 1 Atenção básica
- 2 Atenção ambulatorial/especialidade
- 3 Atenção hospitalar
- 4 Não sei
- 5 Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**22. Foi realizada alguma parceria entre o Conselho Municipal de Saúde e outros conselhos ou órgãos municipais?**

1 Sim            2 Não            3 Não sei

22.1 Em caso afirmativo, com qual(is) Conselho(s) ou órgão(s) municipal(is)?

1 Conselho Municipal de Educação

2 Conselho Municipal de Assistência Social

3 Conselho Municipal da Criança e Adolescente

4 Conselho Municipal de Segurança

5 Conselho Municipal de Meio Ambiente

6 Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

7 Não sei

**23. Na sua opinião, o secretário de saúde tem o apoio da maioria dos conselheiros, para aprovação de suas propostas?**

1 Sim            2 Não            3 Não sei

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Prezado (a) senhor (a), sou Ana Vanessa Deffaccio Rodrigues, pesquisador (a) no projeto “Avaliação na Atenção Básica em municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná” que é coordenado pela professora Dra. Maria José Scochi, da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Com a pesquisa pretendemos avaliar a organização do sistema municipal de saúde, o compromisso político institucional com a reorientação do modelo de atenção com prioridade na atenção básica, as práticas de saúde desenvolvidas e o quanto isto tem melhorado os indicadores do estado de saúde da população. Esta se justifica pela ausência de estudos locais em avaliação e por ser demanda candente entre os gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde.

Este projeto pretende colaborar com melhoria da gerência de oferta dos serviços de saúde municipais, capacitando profissionais com a prática da avaliação. O senhor (a) responsável pelas informações, bem como, o município não incorrerão em nenhum risco na participação da pesquisa, conforme ofício e discussões já acordadas.

A sua colaboração não é obrigatória, não haverá nenhuma penalidade se recusar e se aceitar participar, respondendo ao questionário, será garantido anonimato.

Eu, \_\_\_\_\_ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o pesquisador \_\_\_\_\_, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** em participar do mesmo.

Data:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

.....

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo do paciente.

**Pesquisador responsável:**

Nome: Maria José Scochi

Telefone: (44) 3011-4318 ou (44) 3011-4572

Endereço completo: Rua Marechal Deodoro, 1275/702.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Bloco 035 – Campus Central – Telefone: (44) 3011-4444.

**APÊNDICE C**  
**ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA OBSERVAÇÃO**  
**NÃO-PARTICIPANTE**

1. Data:
2. Hora:
3. Local:
4. Número da Reunião:
5. Conselheiros presentes:
6. Faltosos:
7. Atrasos:
8. Assuntos discutidos/conselheiros:

Discussão	Assuntos	Conselheiros
Esclarecimento		
Deliberação		
Proposta		
Indagação		
Comentário		
Medida		
Sugestão		
Resultado		
Reclamação		
Denúncia		
Aviso		

9. Quem tem a liderança nas discussões:
10. Persuasão de algum participante:
11. Existe votação:
12. Percebe-se autonomia do CMS:

**APÊNDICE D**

Maringá, 27 de janeiro de 2012.

Ilmo Sr.

João Waldecir Scramim

MD. Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Maringá

Venho por meio deste, solicitar permissão para acompanhar reuniões ordinárias do CMS e coletar informações a serem adicionadas a minha dissertação de mestrado, cujo título é “Conselhos municipais de saúde: estudo de potencialidades e fragilidades na 15ª Regional de Saúde do Paraná”, que tem orientação da Professora doutora Maria José Scochi.

Informo também que, inicialmente, serão acompanhadas três reuniões e, ainda, oportunamente será aplicado um questionário aos conselheiros representantes dos usuários. Esta pesquisa tem por objetivo buscar subsídios que contribuam com o fortalecimento dos CMS da 15ª Regional de Saúde do Paraná. Segue anexo o roteiro que será utilizado para o registro das observações (Anexo 1), o questionário aplicado aos representantes dos usuários (Anexo 2) e o Termo de Consentimento (Anexo 3).

Esperando contar com vossa compreensão coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

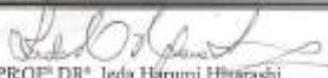
Atenciosamente,



Ana Vanessa Deffaccio Rodrigues.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

 <b>Universidade Estadual de Maringá</b> Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	
CAAE Nº. 0191.0.093.000-11	PARECER Nº. 257/2011
Pesquisador (a) Responsável: Maria José Scochi	
Centro/Departamento: CCS- Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Conselhos municipais de saúde do Estado do Paraná dos anos 2007 e 2008: identificando configuração e perfil	
<b>Considerações:</b> <p>Trata-se de um projeto de pesquisa do grupo III que tem como objetivo geral "descrever a conformação dos conselhos municipais de saúde do estado do Paraná dos anos 2007 e 2008". E como objetivos específicos: conhecer os instrumentos de criação e o tempo de existência destes conselhos; verificar suas composições; a periodicidade das reuniões e os temas abordados; e, por fim, caracterizar o perfil dos presidentes dos conselhos. Justifica-se pela importância dos Conselhos de Saúde como participação direta da sociedade na fiscalização e controle e na execução das políticas de saúde.</p> <p>Para tanto, será realizada pesquisa de campo com todos os 399 municípios do Paraná, através dos dados disponibilizados no banco de dados eletrônico do cadastro nacional dos conselhos de saúde, do Conselho Nacional de Saúde.</p> <p>Segundo a pesquisadora, tratam-se de dados secundários e de domínio público, portanto espera a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após análise, este relator é de parecer favorável à dispensa, por tratar-se de número considerável de conselhos, e por se tratarem de dados de domínio público, disponíveis na internet.</p> <p>O cronograma prevê a coleta de dados em junho deste ano, após a aprovação deste Comitê. O orçamento apresentado, na ordem de R\$234,00 segue com a declaração de que será custeado pela pesquisadora.</p> <p><b>Parecer:</b>          Face ao exposto, considerando o processo de apreciação ética do protocolo à luz das normativas fixadas pela Res. 196/96-CNS e complementares, este comitê se manifesta por aprovar o protocolo em tela.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: ( X ) para registro ( ) para análise e parecer      Data: 10/06/2011	
Relatório Final para Comitê: ( ) Não ( X ) Sim      Data: Outubro de 2011	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 21ª reunião do COPEP em 10/6/2011.	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higashihara Presidente do COPEP
Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE. Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br	

## ANEXO B

Andamento do projeto - CAAE - 0294.0.093.000-09

Título do Projeto de Pesquisa				
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	07/10/2009 13:48:15	14/01/2010 08:32:20		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	14/01/2010 08:32:20	Folha de Rosto	648/2009	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	06/10/2009 17:02:51	Folha de Rosto	FR295767	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	07/10/2009 13:48:15	Folha de Rosto	0294.0.093.000-09	CEP

## ANEXO C



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

**CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Prezados (as) Senhores (as),

Vimos por meio desta informar que o Projeto de Pesquisa "Avaliação da Atenção Básica na 15ª Regional de Saúde do Paraná", sob coordenação da Professora Dra Maria José Scochi da Universidade Estadual de Maringá, tem o apoio dessa Regional e conta com a participação de três servidores da mesma, pois entende que estudos dessa natureza podem contribuir com a melhoria da assistência a saúde da população desse município.

Afirma ainda que este projeto obteve consentimento dos 15 municípios participantes da pesquisa que tem por objetivos: avaliar a atenção básica em municípios de pequeno e médio porte populacional; capacitar equipes locais para avaliação da atenção básica; verificar o desempenho de indicadores do pacto pela saúde e analisar o contexto político da atenção básica.

Por tanto reconhece a importância do projeto e solicita que as instituições atendam, na medida do possível, as solicitações dos pesquisadores, em relação ao acesso dos sujeitos a serem entrevistados.

Em caso de dúvida contatar com Lúcia, Ione ou Norico pelos telefones: 32616231/ 32616215 ou 32616211.

  
KAZUMICHI KOGA  
SESA/15ª Regional Saúde  
Diretor

---

---

Fone (44) 3261-6234 /3261-6249 Fax (44) 3226-4766 e-mail: dir15rs@sesa.pr.gov.br