

CONSELHOS DE SAÚDE: PERFIL DOS USUÁRIOS E DAS ENTIDADES POR ELES REPRESENTADAS

HEALTH COUNCILS: THE PROFILE OF THE USERS AND OF THE ENTITIES BY THEM REPRESENTED

CONSEJOS DE SALUD: EL PERFIL DE LOS USUARIOS Y DE LAS ENTIDADES POR ELLOS REPRESENTADAS

Bárbara Sgarbi Morgan¹
 Bruna Jacomini Martins²
 Luciana Inês Fernandes³
 Márcia dos Santos Pereira⁴
 Marisa Antonini Ribeiro Bastos⁵

RESUMO:

O objetivo com este estudo foi descrever o perfil dos usuários que participam de Conselhos de Saúde brasileiros e das entidades por eles representadas. Foi utilizada como estratégia metodológica a revisão integrativa da literatura indexada nas bases de dados do SCIELO, MEDLINE e LILACS. A amostra foi constituída por sete estudos primários, publicados no período de 2002 a 2006. Constatou-se que os conselheiros usuários dos estudos analisados, em sua maioria, são do sexo masculino, têm idade entre 31 a 72 anos e formação de nível superior completo ou incompleto. Entre as entidades representadas pelos usuários, destacam-se as associações de moradores, portadores de deficiências e portadores de patologias. Identifica-se que as entidades de maior expressividade são compostas por pessoas portadoras de alguma patologia ou deficiência, que, por objetivos em comum, se unem em busca de ganhos cívicos que amenizem o fato de "serem" ou "estarem" doentes. Os Conselhos de Saúde dos estudos analisados se concentram na região Sudeste do Brasil. Conclui-se que, apesar das dificuldades, os Conselhos de Saúde, órgãos legitimados pela Constituição brasileira, foram, sem dúvida, uma evolução da democracia brasileira, uma vez que os diversos representantes da sociedade passaram a exercer o controle social sobre a gestão do SUS, podendo, a partir daí, cobrar, exigir e sugerir legalmente, com voz ativa, melhorias dos órgãos de saúde pública. Reflete-se sobre a pertinência da realização de estudos sobre os Conselhos de Saúde nas demais regiões do Brasil, para que se possa traçar o perfil dos usuários conselheiros em todo o País.

Palavras-Chave: Conselhos de Planejamento em Saúde; Conselhos de Saúde; Participação Comunitária.

ABSTRACT

The purpose of this study is to describe the profile of the participants in the Brazilian Health Councils and that of the entities represented by them. The methodological strategy was that of an integrative literature review of the works indexed in databases Scielo, MedLine and Lilacs. The sample was composed by seven primary studies, published from 2002 to 2006. In the analyzed studies, it was verified that the counselor's users were mostly men, aged between 31 to 72 years old, with a college degree or an incomplete college education. Among the entities represented we can highlight the neighborhood's associations, the disabled and the physically ill. It has been identified that the entities with the most expressiveness were the ones integrated by people suffering from a pathology or deficiency that, sharing the same objectives, get together in order to achieve the civil rights that might relieve the state of being temporarily or permanently sick. The Health Councils of the analyzed studies are located in the southeast region of Brazil. Despite the difficulties the Health Councils, legitimized by the Brazilian Constitution, meant undoubtedly advancement to the Brazilian democracy. They allowed the society's agents to exercise social control over the management of the SUS and as a result to demand, and legally suggest improvements to the public health organizations. The study considers the relevance of future research about Health Councils in the other regions of Brazil, so a nationwide profile of counselors may be drawn.

Key words: Health Planning Councils; Health Councils; Community Participation.

¹ Enfermeira do Banco de Sangue do Hospital Biocor. Pós-graduanda em Enfermagem Hospitalar pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora de Saúde Pública da Escola Técnica de Enfermagem Dr. Mário Vandercic. Rua Litargório nº 116 apto 201, Grajaú, CEP 30430-580, Belo Horizonte-MG. Telefone (31) 8484-8570. E-mail: barbarasgarbi2@yahoo.com.br

² Enfermeira da Unidade de Internação do Hospital São Lucas. Pós-graduanda em Administração Hospitalar pela Faculdade São Camilo. Rua Aquidaban, 571, Padre Eustáquio, CEP 30720-420, Belo Horizonte-MG. Telefone (31) 8819-3849. E-mail: brunajacomini_bh@yahoo.com.br

³ Enfermeira de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Minas Novas-MG. Avenida Delfim Moreira, 645, Saudade, CEP 39650-000, Minas Novas-MG. Telefone (33) 9139-2132. E-mail: lucianainesfernandes@yahoo.com.br

⁴ Doutora. Enfermeira. Professora adjunta aposentada da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade FUMEC. Presidente da Comissão de Educação Permanente em Enfermagem do HC/UFMG. Rua Cônego Rocha Franco nº 200 Apto. 702, Gutierrez, CEP 30430-000. Belo Horizonte-MG. Telefone (31) 3337-2649. E-mail: marciasp@fcs.fumec.br e marciasp@hc.ufmg.br

⁵ Doutora. Enfermeira. Professora adjunta aposentada do Departamento de Enfermagem Básica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora titular da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade FUMEC. Rua Patagônia nº 500 Apto 101, Sion, CEP 30320-080, Belo Horizonte-MG. Telefone (31)2126-8133. E-mail: mbastos@fcs.fumec.br.

Endereço para correspondência – Rua Patagônia nº 500 Apto 101, Sion, CEP 30320-080, Belo Horizonte-MG.

RESUMEN

El objeto del presente estudio ha sido el de describir el perfil de los usuarios que participan de Consejos de Salud brasileños y de las entidades que representan. Se ha utilizado la estrategia metodológica de revisión integrativo de la literatura indexada en las bases de datos Scielo, MedLine y Lilacs. La muestra ha estado constituida por siete estudios primarios publicados entre 2002 y 2006. Se ha constatado que los consejeros usuarios de dichos estudios eran, sobre todo, varones entre 31 y 72 años con formación de nivel superior completa o incompleta. Entre las entidades representadas por los usuarios se destacan las asociaciones de vecinos portadores de deficiencias físicas o de alguna patología. Se ha identificado que las entidades más expresivas son aquéllas integradas por personas portadoras de alguna patología o deficiencia y que, con propósitos comunes, se unen buscando beneficios civiles que suavicen el "ser" o "estar" enfermo. Los Consejos de Salud de los estudios analizados están concentrados en la región sudeste de Brasil. A pesar de las dificultades se concluye que los Consejos de Salud, organismos legítimos según la Constitución Brasileña, han sido, sin duda, una evolución de la democracia brasileña una vez que los distintos representantes de la sociedad han comenzado a ejercer el control social sobre la gestión del SUS – Sistema Único de Salud - y, entonces, a exigir y sugerir legalmente, con voz activa, mejoras de los órganos de salud pública. Se reflexiona sobre la pertinencia de la realización de estudios sobre los Consejos de Salud en las demás regiones de Brasil para trazar el perfil de los usuarios consejeros en todo el país.

Palabras clave: Consejos de Planificación en Salud; Consejos de Salud; Participación Comunitaria.

INTRODUÇÃO

Dentre muitas conquistas da Constituição brasileira de 1988, também denominada "Constituição Cidadã", encontra-se a universalização do direito à saúde, mediante a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação da comunidade na gestão de políticas públicas.

Não se tem dúvida de que a participação das pessoas na gestão das políticas públicas poderia contribuir substancialmente para mudanças positivas na relação sistema de saúde/usuário. Mas operacionalizar um sistema de saúde universal e humanizado, garantindo uma efetiva participação dos usuários na sua gestão ainda é um grande desafio no cenário da política brasileira.

A participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo, não sendo, portanto, somente um instrumento para a solução de problemas, mas, sobretudo, uma necessidade fundamental do ser humano. Atualmente ela aparece associada a vários termos, como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, controle social, dentre outros.¹

A participação tem sido tema recorrente no discurso político mundial nas últimas décadas.² Participação é conquista, é processo, e não concessão. Traduz-se por ser o eixo político das políticas sociais e não pode ser vista como dádiva dos administradores ou governantes temporários, mas, sim, encarada sob a noção da ética da responsabilidade. Se, em nosso país, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões.³

Em relação à assistência a saúde da população, a Constituição brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo uma de suas diretrizes a participação da comunidade nas ações dos serviços públicos de saúde.⁴

No entanto, o que se observa é que, apesar de o SUS ter sido criado há duas décadas, a falta de compreensão dos princípios que o norteiam por parte dos usuários dos serviços de saúde tem se constituído em entrave à sua implantação efetiva.⁵

A Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o SUS⁶ resguarda a atuação dos usuários nos processos de implementação desse sistema nacional de saúde, que é complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual determina que haja representação paritária dos usuários nos Conselhos de Saúde em relação aos demais segmentos.⁷

A regulamentação do princípio constitucional de participação comunitária no SUS levou à criação de um sistema de Conselhos de Saúde em cada esfera do governo. De acordo com a Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os Conselhos de Saúde devem ser compostos por 50% de representantes de entidades de usuários de serviços de saúde, 25% de entidades dos trabalhadores da saúde e 25% de representação de governo e de prestadores de serviços conveniados ao SUS.⁸

Mantendo o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª *Conferência Nacional de Saúde*, a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde.⁹ Assim, a "a participação dos cidadãos na formulação das políticas sociais e no controle social sobre a ação do Estado é uma ação política e um pressuposto do ordenamento democrático".^{10:26} Nesse sentido, na atualidade, a expressão "controle social" é utilizada para se referir às diferentes formas de controle que os cidadãos exercem sobre a ação e a organização do Estado e da Administração Pública.¹¹

O controle social caracteriza-se pela participação popular em instâncias do aparelho de Estado, órgãos, agências ou serviços públicos responsáveis pelas políticas públicas, tornando-se instrumento necessário e indispensável

para que haja eficácia dos direitos positivados em lei.¹² Os Conselhos de Saúde são considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde.¹³

A avaliação pelos usuários, permitindo ouvir-lhes a opinião sobre os serviços prestados quanto às suas necessidades e expectativas, é uma das atividades que pode assegurar a qualidade dos serviços de saúde. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento, para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando aperfeiçoá-la.¹⁴

As competências legais estabelecidas para os Conselhos de Saúde passam a permitir o exercício da autonomia e da responsabilidade dos principais interessados no sistema de saúde, os usuários, uma vez que podem atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde nas três esferas de governo, inclusive nos aspectos econômico e financeiro.¹¹

É atribuição dos Conselhos traçar diretrizes, aprovar os planos de saúde e fiscalizar a movimentação de recursos repassados às Secretarias de Saúde e/ou Fundos de Saúde. Além dessas competências, os Conselhos constituem instrumentos adequados para o direcionamento de reclamações de setores desorganizados da sociedade, de publicização e transparência da política pública. Assim, o controle social na saúde justifica-se por ser a saúde um bem público que não pode ter suas ações e seus parâmetros éticos decididos unilateralmente por interesses econômicos, de grupos ou de categorias profissionais que militam no setor, por mais bem-intencionadas que sejam.¹¹

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos 5.560 municípios brasileiros, 97,6% possuem Conselhos Municipais de Saúde.¹⁵ Entretanto, a população pouco conhece sobre as formas de avaliar as políticas de governo e sobre os Conselhos de Saúde, que são os principais órgãos de controle social do sistema de saúde.¹⁶

Embora haja vários estudos na literatura nacional sobre as experiências dos Conselhos de Saúde, nenhum deles traz uma visão geral sobre o perfil dos usuários que participam dos Conselhos de Saúde brasileiros e das entidades que representam.

Portanto, essa revisão da literatura tem o objetivo de identificar na produção científica sobre a temática, o perfil dos usuários que participam de Conselhos de Saúde brasileiros e das entidades representadas.

Acredita-se que este estudo, ao sistematizar o conhecimento científico sobre esta temática, poderá contribuir para ampliar o debate e as reflexões entre os profissionais de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO E MÉTODO DA REVISÃO ADOTADOS

A Medicina Baseada em Evidências (MBE), movimento criado na década de 1990, tem como objetivo organizar

as informações mais relevantes, na busca de condutas mais eficientes. O profissional em saúde assume o compromisso de utilizar as evidências científicas da literatura médica para decidir qual a melhor conduta disponível e apropriada a seu paciente, que também participa das decisões e tem acesso às fontes de conhecimento. As melhores evidências são as pesquisas clínicas, que envolvem pacientes com metodologia adequada e avaliação de resultados clinicamente relevantes.¹⁷

A Prática Baseada em Evidências (PBE) compreende o uso da melhor evidência para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente. É um processo que integra a competência clínica individual com os achados nas pesquisas sistemáticas e nos princípios da epidemiologia clínica.¹⁸

São cinco os passos para a aplicação da prática em saúde baseada em evidências: transformar a dúvida em uma questão clínica; buscar a melhor evidência para responder a essa dúvida; avaliar a validade, o impacto e a aplicabilidade dessa informação; integrar da evidência com a experiência clínica e as características do paciente; e autoavaliar-se no desempenho dos passos anteriores.¹⁷

Para a operacionalização dessas etapas, o profissional precisa construir competências relacionadas, principalmente, à capacidade de analisar criticamente o contexto da prática; à habilidade de converter situações-problema em foco investigativo; ao conhecimento sobre metodologia de pesquisa; à capacidade de associar os achados científicos ao seu contexto de prática; à habilidade de implementar mudanças e de avaliá-las continuamente.¹⁸

A participação do paciente e a utilização da experiência profissional do enfermeiro são essenciais para trilhar a trajetória de uma prática baseada em evidências, pois fornecerão subsídios para a determinação das necessidades e das condutas pautadas pelas melhores evidências científicas.¹⁸

Tendo em mão a melhor informação científica disponível, espera-se que o enfermeiro decida pela melhor opção e atenda seus pacientes da melhor forma possível, adequando-se à situação clínica.¹⁷

Métodos sistemáticos e rigorosos de combinação de evidência de pesquisa, portanto, são essenciais para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da enfermagem, dentre eles as revisões integrativas, sistemáticas, a metanálise e a metasíntese. Embora tenham algumas características comuns cada um deles tem propósito, planos de amostragem e de análise distintos.¹⁹

Para a realização deste estudo, optou-se pela revisão integrativa da literatura. Esse tipo de revisão constitui um recurso importante da prática baseada em evidências que tem como característica a inclusão de literatura empírica e teórica, dependendo da questão da pesquisa.¹⁹

A revisão integrativa da literatura envolve as etapas de identificação do problema de estudo, o levantamento

da literatura, a avaliação crítica dos estudos, a análise dos dados e a redação da revisão.¹⁹

A população foi constituída por 27 estudos publicados em periódicos indexados nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), do Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e da Medical Literature Analysis Library of Medicine Online (MEDLINE), utilizando-se como ferramenta de busca o formulário básico.

Para o levantamento da literatura na base de dados do SCIELO, da LILACS e da MEDLINE foram utilizadas, respectivamente, as seguintes estratégias de busca: Conselhos de Saúde [palavras-chave] e PT [idioma original]; Conselhos de Saúde [descriptor de assunto], participação comunitária [descriptor de assunto] e português [idioma]; e Conselhos de Planejamento em Saúde [descriptor de assunto primário], participação comunitária [descriptor de assunto primário] e português [idioma].

Foram excluídos da população os estudos que não disponibilizavam os resumos e que estavam repetidos nas bases de dados. Após a análise crítica da literatura, foram selecionadas sete referências da literatura que atenderam aos critérios de inclusão definidos neste estudo, ou seja, estudos primários, publicados entre 2002 e 2006, realizados exclusivamente em Conselhos de Saúde brasileiros.

Para a caracterização da produção científica que fez parte dessa revisão foram selecionadas variáveis relacionadas ao primeiro autor de cada publicação: profissão, área de atuação, país de origem e qualificação, bem como variáveis relativas às publicações, como fonte, tipo de publicação e delineamento do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise crítica da literatura diante dos critérios de inclusão resultou em uma amostra constituída por quatro artigos e três dissertações: quatro referências obtidas na base de dados LILACS, duas na do SCIELO e uma na da MEDLINE.

Constatou-se que, quanto ao delineamento, seis estudos adotaram abordagens qualitativas e apenas um se tratava de um estudo quantitativo. Os estudos qualitativos permitem o aprofundamento e a abrangência da compreensão do fenômeno, seja de um grupo social, seja de uma organização, de uma instituição, de uma política ou representação.²⁰ Por outro lado, os estudos que adotam abordagens quantitativas com uma amostra representativa da população-alvo viabilizam a generalização dos resultados. Assim, embora sustentados por pressupostos teórico-metodológicos diferentes, os estudos qualitativos e quantitativos podem ser considerados complementares.

A análise dos dados mostrou que três autores possuem formação na área da Saúde e três na área de Ciências Sociais e Humanas. Não foi possível identificar a área de formação de um deles.²¹ Constatou-se que um dos

autores atua no setor privado e seis no setor público (áreas de ensino e assistencial); que três autores são mestres e quatro são doutores; e que todos são brasileiros.

Os resultados mostram, assim, que a temática é mais abordada em estudos de autores que atuam nos setores públicos. Essa maior sensibilidade em relação ao tema pode ser justificada seja pelo fato de vivenciarem as dificuldades de consolidação das políticas públicas de saúde, seja pela necessidade e desejo de avaliarem de perto as políticas propostas pelo Estado.

Em relação à área de Saúde, percebe-se que os profissionais se destacam pela análise crítica quanto à atuação do usuário conselheiro e o impacto gerado por essa participação na melhoria do SUS. Considerar o trabalhador do SUS como participante das políticas públicas em saúde, em seus aspectos administrativos, técnicos, políticos e sociais, torna-se fundamental para a construção e a viabilização das mudanças nas práticas de saúde.⁵

Ademais, observa-se que pesquisadores da área de ciências sociais e humanas têm a atenção voltada para debates sobre os direitos constitucionais e o processo de democratização. Os usuários conselheiros exercem uma função política que ultrapassa interesses particulares e se inscreve no âmbito dos direitos de cidadania social das suas comunidades de origem.²²

Quanto ao perfil dos participantes dos Conselhos de Saúde, apresentado no QUADRO 1, nos estudos identificou-se que o sexo masculino é predominante entre os usuários e que a maioria tem o ensino superior completo ou incompleto.^{22,23} Em apenas um estudo foi constatado que a maioria dos usuários conselheiros possui ensino fundamental incompleto, seguido por ensino médio completo e incompleto.¹⁶

Em relação à faixa etária, em três estudos não se especificou a idade dos usuários analisados^{21,24,25} e em um estudo²² identificou-se que a maioria dos usuários tem idade superior a 46 anos. Em quatro estudos foi identificada que a idade dos usuários conselheiros varia de 31 a 72 anos^{16,22,23,26} (QUADRO 1).

A alta faixa etária dos usuários identificada nos estudos do perfil do usuário é considerada um fator positivo para a participação, pois no Conselho é necessário tomar decisões sustentadas em dados, fatos, contextos e experiências, que também são adquiridos com a maturidade.¹³ A idade avançada é, portanto, indicada como elemento favorável à participação e considerada um fator positivo dos Conselhos.¹⁶

O alto nível de escolaridade dos usuários é também considerado um fator positivo. As pessoas escolhidas para atuar nos Conselhos de Saúde, em geral, são mais maduras, mais bem capacitadas e fazem parte da cúpula dirigente da organização. Assim, possuem melhor preparo para entender os assuntos tratados e participar com desenvoltura nas reuniões.^{2,23} No entanto, esse fator pode indicar que as entidades valorizam apenas

QUADRO 1 – Perfil dos usuários que participam dos Conselhos de Saúde e das entidades por eles representadas

Literatura	Faixa etária	Sexo	Formação	Localização do Conselho de Saúde	Entidades representadas pelos usuários
Labra e Figueiredo (2002)	35 a 54 anos (60%)	Homens (60%) Mulheres (40%)	– Fundamental (20%) – Médio: (35%) – Superior completo e incompleto (43%)	Rio de Janeiro	– Associação de moradores – Associação de portadores de patologias – Associação de portadores de deficiências
Beltrame (2003)	Não citado	Não citado	Não citado	São Paulo	– Associações de portadores de deficiência; de portadores de patologias; de defesa dos direitos do cidadão – Entidades de moradores, religiosas – Representante dos usuários dos Conselhos Gestores de Unidade
Gerschman (2004)	Acima de 46 anos	Maioria homens	– Fundamental (23%) – Médio: (32%) – Superior (45%)	Rio de Janeiro	Não citado
Sousa (2005)	Não citado	Não citado	Não citado	São Paulo	– Usuários do Conselho Gestor de uma Unidade Saúde da Família
Guizardi e Pinheiro (2006)	Não citado	Não citado	Não citado	Espírito Santo	– Entidade religiosa
Stralen <i>et al</i> (2006)	31 a 40 (33,3%) 51 a 60 (55,5%) > 60 (11,1%)	Homens (55,5%) Mulheres (44,4%)	– Fundamental (33,3%) – Médio: 11,1%) – Superior completo e incompleto (44,4%) – Pós-graduado (11,1%)	Goiás e Mato Grosso do Sul	– Associações dos portadores de patologias – Associações dos portadores de deficiências – Associação de mulheres – Associação de gays, lésbicas, transexuais e bissexuais – Entidades religiosas – Terceira idade
Costa (2006)	38 a 72 anos	Homens (60%) Mulheres (40%)	– Fundamental incompleto (60%) – Médio completo e incompleto (30%) – Pós-graduado (10%)	Minas Gerais	Não citado

a participação de pessoas preparadas, excluindo as camadas menos favorecidas, além de poder sugerir que apenas as pessoas com alta escolaridade conseguem penetrar nos espaços políticos. Questiona-se, assim, se esses usuários são de fato “representativos e legítimos em relação aos anseios dos grupos a que pertencem”, uma vez que “o objetivo é que as práticas dos conselhos possam influenciar no empoderamento dos mais excluídos”.^{2:137}

O alto nível de escolaridade dos usuários pode contribuir para a elitização da classe dos conselheiros, visto que esses representantes costumam ser, geralmente, mais qualificados que a média dos usuários do SUS.²⁶

A maioria dos Conselhos de Saúde (85,71%) analisados pelos trabalhos que fizeram parte desta revisão situa-se na região Sudeste, representado pelos seguintes Estados: Rio de Janeiro (28,57%), São Paulo (28,57%), Espírito Santo (14,29%) e Minas Gerais (14,29%). Apenas

um dos Conselhos de Saúde dos estudos incluídos na amostra situa-se na região Centro-Oeste (14,29%) do Brasil (QUADRO 1).

Dentre as entidades que os usuários representam, as mais citadas nos estudos foram as associações de moradores portadores de deficiências e portadores de patologias, seguidas por grupos religiosos. Foram citadas, também, as associações de defesa dos direitos do cidadão, do consumidor ou entidades equivalentes; associação de mulheres, gays, lésbicas, transexuais, bissexuais e associações da terceira idade (QUADRO 1).

Mais da metade das associações de moradores foi criada ao longo da década de 1980, o que salienta a intensa atividade associativa ocorrida durante o processo de democratização. Já os portadores de patologias, em sua maioria, agruparam-se na década de 1990. Ambos os dados mostram que a criação dos Conselhos de Saúde inseriu uma nova dinâmica organizativa à sociedade civil.²³

No entanto, “a própria concretização da representação institucional deve ser problematizada”. Em um estudo realizado no Estado do Espírito Santo, a participação efetiva nos Conselhos foi questionada pelo próprio representante uma vez que se sentiam isolados e incapazes de “levar as informações da comunidade para o conselho, tampouco a ‘ela participar’, ou mesmo torná-la ciente de seus processos. A maioria disse sentir-se presença individual, e não institucional, no conselho”.^{25:804}

Em um estudo qualitativo realizado em Minas Gerais, foram analisadas as representações dos usuários sobre “ser conselheiro”. Neste estudo, identificou-se que os representantes se sentiam excluídos e desvalorizados e expressaram o desejo de receber maior atenção do Conselho e maior poder de resolutividade.¹⁶

No Rio de Janeiro, em uma pesquisa qualitativa identificou-se que muitos usuários conselheiros mostram-se incapazes de gerar projetos coletivos e que a prática do conselho não favorece o controle das ações do Estado. Assim, os representantes dos usuários expressam as “dificuldades existentes para que as atividades dos Conselhos influenciem o processo decisório do governo local, especialmente quando as políticas existentes são contrárias às deliberações do conselho”.^{22:1670}

Assim, a participação da sociedade ainda parece frágil e pouco consistente, embora numericamente expressiva, demandando a capacitação dos representantes no sentido de torná-los aptos a “ver os erros e de reclamar” e buscar soluções comuns. “Desse modo, é possível atribuir-lhes maneiras de reconhecimento pessoal, como sujeitos participantes, e de elaboração de um espaço, real ou simbólico, para a construção da própria autonomia e a daquelas que representam”.^{16:77}

Nesse sentido, a viabilidade do controle social torna-se “condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação em conselhos setoriais”.^{22:1680}

Alem do mais, a representação dos usuários deve ser diversificada, permitindo que diversos tipos de organização apresentem suas demandas e realizem suas avaliações sobre a política de governo. Os representantes serão legítimos, desde que escolhidos e indicados pelos membros do grupo ou entidade da qual fazem parte.²⁷

CONCLUSÃO

Os Conselhos de Saúde, órgãos legitimados pela Constituição brasileira, foram, sem dúvida, uma evolução da democracia brasileira, uma vez que os diversos representantes da sociedade passaram a exercer o controle social sobre a gestão do SUS, podendo, a partir daí, cobrar, exigir e sugerir legalmente, e com voz ativa, melhorias dos órgãos de saúde pública.

Entretanto, o exercício do controle social deve ocorrer por meio da função deliberativa, na qual os usuários conselheiros participem dos processos de tomada de decisão. Questiona-se se essa participação tem ocorrido

e se, de fato, tem influenciado na consolidação de um SUS humanizado e eficiente ou se apenas ocorre de maneira consultiva, na qual a opinião do usuário nem sempre influencia na decisão final.

Apesar de a Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde traçar diretrizes sobre a composição dos Conselhos de Saúde, da relevância de se conhecer o perfil dos usuários representantes dos Conselhos de Saúde e as entidades que representam, observa-se que ainda há poucos estudos na literatura nacional que tratem desse assunto nas diferentes regiões do Brasil.

Na análise realizada sobre o perfil dos usuários, constatou-se que o conselheiro, em sua maioria, é do sexo masculino, com idade entre 31 a 72 anos e com formação de nível superior completo ou incompleto. Com base nesses dados conclui-se que a representação nos Conselhos de Saúde continua tendo caráter demasiadamente patriarcal, no qual os homens detêm o poder. Em relação à faixa etária notou-se que a população mais jovem não participa dos Conselhos de Saúde. Acredita-se que estes poderiam contribuir com ideias inovadoras capazes de impulsionar mudanças positivas no cenário da saúde.

Quanto ao alto nível de escolaridade encontrado nos estudos, demonstrou-se que há maior valorização do “discurso competente”, seja ele pronunciado pelos que detêm autoridade hierárquica, seja pelos que têm um saber instituído, ainda que falem em nome do usuário. Apesar disso, é válido ressaltar as dificuldades relatadas por alguns conselheiros usuários com nível de escolaridade baixo, que muitas vezes deixam de participar por terem dificuldade na compreensão de termos utilizados nas reuniões. Muitos se sentem desvalorizados e não sabem sobre seu real papel como conselheiro.

A respeito das entidades representadas pelos usuários, houve maior participação das associações de moradores, portadores de deficiências e portadores de patologias. Tal fato evidencia a realidade “curativista” ainda vivida pela sociedade brasileira. Percebe-se que as entidades de maior expressividade são compostas por pessoas portadoras de alguma patologia ou deficiência, que por objetivos em comum, se unem em busca de ganhos cívicos e que amenizem o fato de “ser” ou “estar” doente. Embora esses grupos de pessoas mereçam destaque, questiona-se a falta de representatividade de outras entidades e associações, contempladas na Resolução nº 333/2003 do CNS.

Além disso, percebe-se que os Conselhos de Saúde em análise se concentram, em sua maioria, na região Sudeste do Brasil. Esse fato pode ser explicado pela complexidade do tema, que muitas vezes exige análises e envolvimento, que somente são atingidos no nível de pós-graduação. Sabe-se que essa região, por ser a mais desenvolvida do País, obtém os maiores incentivos à educação e concentra os grandes centros de estudos que oferecem tal serviço. Sugere-se a realização de estudos sobre os Conselhos de Saúde localizados nas demais regiões do Brasil para que se possa traçar o perfil

dos usuários conselheiros e sua representatividade com dados mais fidedignos.

Por fim, cabe aos profissionais de saúde e aos próprios usuários conselheiros procurar conhecer mais a respeito das políticas de saúde e das práticas de controle social, pois, assim, de fato, terão mais condições de contribuir

para a promoção de melhorias no sistema de saúde brasileiro. Afinal, quem melhor do que os usuários conselheiros, legítimos representantes da sociedade, para conhecer os problemas que afetam a população brasileira, propor mudanças e avaliar a qualidade dos serviços que estão recebendo?

REFERÊNCIAS

1. Bordenave JED. O que é participação? 8ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1994.
2. Wendhausen ALP, Barbosa TM, Borba MC. Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores. *Saúde Soc.* 2006; 15(3):131-44.
3. Demo P. Participação é conquista. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1988.
4. Brasil. Constituição (1988) Constituição da República Federativa. Brasília: Centro gráfico; 1988.
5. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(3):470-8.
6. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8080, 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. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
7. Brasil. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Regulamenta os incisos II e IV do art. 1º da Constituição Federal, que 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; 1990
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333 de 04 de novembro de 2003. Dispõe sobre a composição dos Conselhos de Saúde. Brasília: Imprensa Nacional; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coordenação Geral. Resolução n. 33/92. Centésima trigésima sexta reunião ordinária, realizada nos dias 3 e 4 nov. 2003. Aprova diretrizes para criação, reformulação estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Oliveira LC. As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste Brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
11. Fortes PAC. A ética do controle social na saúde e os Conselhos de Saúde. *Bioética.* 1997; 5(1):71-6.
12. Westphal MF. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1992.
13. Wendhausen ALP, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18(6):1621-8.
14. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(1):12-7.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro: IBGE; 1976-2005.
16. Costa MH. Representações do usuário sobre ser conselheiro em Conselho Local de Saúde [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
17. Bork AMT. Enfermagem baseada em evidências. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
18. Domenico EBL, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Latinoam Enferm.* 2003; 11(1):115-8.
19. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 16(5):546-53.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
21. Beltrame NS. O Conselho de Saúde do município de São José dos Campos, SP, como instrumento de proteção do direito à saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
22. Gerschman S. Os Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(6):1670-81.
23. Labra ME, Figueiredo JS. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos Conselhos de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7(3):416-25.
24. Sousa RMRB. A Participação Popular em Saúde: um recorte sobre conselho gestor da unidade de saúde da família no bairro do Bom Retiro em São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2005.
25. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3):797-805.
26. Stralen CJV, Lima AMD, Sobrinho DF, Saraiva LES, Stralen TBSV, Belisário SA. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3):621-32.
27. Brasil. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca: Saúde: um direito de todos e dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. Proposta e diretrizes do Ministério da saúde para os eixos temáticos. Brasília; 2003. 4 p. [Citado 2008 nov. 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/12conferencia_eixos_tematicos.pdf.

Data de submissão: 9/7/2009

Data de aprovação: 10/3/2010