

Deliberações e Encaminhamentos do Conselho Local de Saúde – Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Macaúbas/Distrito Sul. Campo Grande-MS, 2004-2009.

Autores Jussara Nogueira Emboava Ortiz, Hilton Luís Alves Filho, Paola Mayumi Inagaki, Adélia Passos de Carvalho Fernandes, Flávio Gonçalves Faria, Tenile Carvalho Coelho, Maria de Fátima Pires Totti, Caroline Benites Teixeira

Instituição 1. UFMS, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Av. Sen Filinto Müller, 1 - Campo Grande

Resumo Expandido:

Introdução: A Declaração de Alma Ata, estabelecida durante a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde na extinta URSS, em 1978, enfatizava a saúde como um direito humano fundamental. A participação dos povos, de maneira individual e coletiva, nos atos de planejar e executar cuidados de saúde, também é seu direito e dever. A participação comunitária deve estar dirigida para ações de identificação de problemas, planejamento, organização e controle dos cuidados primários de saúde, utilizando recursos disponíveis locais e regionais, e educação apropriada para dar a capacidade de atuação das comunidades. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) evidenciou que o setor saúde necessitava de grandes mudanças. O próprio conceito de saúde deveria ser ampliado. A saúde, mais uma vez, ficou estabelecida como um direito, e que a participação popular era também uma forma de garanti-la. A proposta para reformulação do sistema nacional de saúde envolvia essa participação na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde, e incluía a formação de Conselhos de Saúde em nível local, com representantes eleitos pela comunidade. A Constituição do Brasil, promulgada em 1988, dispôs sobre a Saúde como direito social, direito de todos e também dever do Estado. As ações e serviços públicos de saúde contam com várias diretrizes, sendo uma delas a participação da comunidade. O controle social no setor saúde, institucionalizado através dos conselhos de saúde em suas várias instâncias pela Lei Nº 8.142/90, configura-se como um canal para a participação social para a formulação e implementação das políticas de saúde, de caráter permanente e deliberativo. O conselho de saúde propicia a gestão participativa, devendo ter representatividade da sociedade civil, reivindicando direitos coletivos e contribuindo para a democratização e descentralização da gestão em saúde no SUS. A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, tratou de vários temas com relação aos conselhos de saúde, ressaltando novamente o papel de avaliar condições de funcionamento do sistema de saúde, pelos seus conselheiros, e que esses devem reconhecer e identificar necessidades, discutir e analisar as demandas dos segmentos, deliberar e encaminhar as decisões cabíveis, evidenciando um processo participativo. **Objetivo:** Conhecer o processo de participação social na Atenção Básica em Saúde, através da atuação de um conselho local e sua contribuição nas deliberações/encaminhamentos em prol de políticas de saúde pública. **Método:** Estudo exploratório, tendo como fontes de dados documentos, Atas

das reuniões – período 2004-2009, observação de reuniões, entrevistas semiestruturadas com os conselheiros e contextualização da área de abrangência da UBSF Macaúbas/Distrito Sul, Campo Grande/MS. A análise das deliberações e encaminhamentos se orientou pelo documento “Formulación de Políticas de Salud, do Ilpes/Claps” (1975) que inclui três grandes componentes considerados básicos para tomada de decisões: a) componente político, b) componente técnico-administrativo; c) componente técnico operacional. Definidos como, o **político** propriamente dito - o fazer, o decidir -, constituído pelas autoridades com poderes de decisão; o **técnico-administrativo**, de responsabilidade fundamental das ações de assessoria (corpo técnico administrativo) e de informação, e o **técnico-operacional**, responsável pela implementação e execução das decisões tomadas, a tradução do político, a execução das decisões políticas.

Resultados: A plenária se reúne mensalmente, porém, com dificuldades pelas eventuais faltas de quorum e pausas variando de um a três meses, fato que durante entrevistas com os conselheiros pôde ser identificado como resultado da incompatibilidade de horários das reuniões com horários livres, e falha na divulgação das datas das reuniões. Constatou-se, desde sua formação, conformações variadas, conforme a legislação seguindo as proporções no segmento usuários, trabalhadores/servidores e do segmento gestor/prestador. A paridade ficou comprometida várias gestões. A plenária era formada por coordenador, secretário e demais conselheiros, sem divisão de comissões, sendo que se definia o conselheiro ou grupo atuante nos trabalhos no momento das reuniões, quando necessário. A representação dos usuários no conselho mostrou-se expressiva, ainda que falha, sendo observado que apesar das dificuldades operacionais, as demandas dos usuários eram discutidas e em sua maioria encaminhada e deliberada, mesmo com dificuldades no seguimento e rastreamento desses encaminhamentos. No entanto, o envolvimento das comunidades, como uma forma de interferir na gestão das políticas pública de saúde é baixo, por desinformação sobre o papel e a atuação do conselho da unidade e pela descrença sobre a contribuição que os conselhos podem dar para a melhoria das condições de saúde da população, o que é demonstrado por um fato observado, no qual a comunidade, já descrente com o conselho, dirigiu-se diretamente às instâncias municipais para conquista de uma reivindicação. O outro problema, do conteúdo da representação, refere-se a que interesses o conselheiro está vinculado - interesses coletivos ou particulares. Muitas vezes esse problema não esteve evidente no conselho local analisado, mas velado por discussões de cunho pessoal entre os conselheiros e por conflitos de interesses quanto a projetos que atuavam dentro da unidade. Ainda cabe a consideração de que as instâncias representadas não estejam organizadas em torno de uma política clara de representação, falta essa que reflete em grande medida um caráter de ensaio e erro, aumentando sobremaneira a dificuldade, na concepção da representatividade esperada. No conselho estudado, o processo decisório apresenta 24,32% de componente político, 75,67% de componente técnico-administrativo. O componente de técnico-operacional mostrou-se inexistente. Nota-se que o componente técnico-administrativo, de responsabilidade de setores administrativos da unidade, é elemento forte nas demandas: eleições do conselho, definição e aprovação de calendários para funcionamento, confecção de faixa com o horário de

agendamento de consultas, convocação de assembleias extraordinárias, convocação de assembleia ordinária, elaboração de Ofícios reivindicando melhorias na infra-estrutura física e busca de resolução de problemas ambientais. Pode-se inferir que o conselho deseja um melhor funcionamento dos serviços de saúde. Os elementos do componente político são, predominantemente, relacionados à direitos trabalhistas por parte dos ACS, avaliação e aprovação de propostas do próprio conselho, oficinas de educação em saúde, questões sobre o funcionamento e a dinâmica de atendimento na UBSF, reclamações dos usuários sobre o atendimento médico e da equipe de saúde. As maiores dificuldades no funcionamento do conselho residem no acompanhamento dos encaminhamentos que necessitam de articulação extra-unidade, pois muitos desses se perdem. **Conclusão:** Acredita-se que a capacidade de deliberação precisa ser fortalecida por uma capacitação dos conselheiros em bases epidemiológicas e incorporando-se os elementos do Campo de Saúde e que contemple elementos técnicos, políticos e administrativos, entendimento de representatividade, formação da cidadania, divulgação da atuação do conselho, vantagens da mobilização e organização social, articulação entre os diversos setores da saúde, reforçando a intersetorialidade na gestão participativa do SUS e o uso de diferentes mídias para (in)formações e sensibilização da população quanto aos serviços oferecidos pelo SUS, e quanto ao papel real dos conselhos de saúde. Ações que venham fortalecer a integração universidade-serviço deverão ser também sempre privilegiadas, pois enriquecem a formação dos acadêmicos, integram profissionais e agregam conhecimentos para melhoria da rotina dos serviços em benefício da promoção e proteção da saúde na atenção básica.

Palavras-chaves: conselhos de saúde, participação social em saúde, controle social.