

**Demandas e Deliberações do Conselho Local de Saúde – Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Wagner Jorge Bortotto Garcia /Distrito Sul de Campo Grande-MS, 2004-2009.**

**Resumo Expandido:**

**Introdução:** A Declaração de Alma Ata, estabelecida durante a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde na extinta URSS, em 1978, já enfatizava a saúde como um direito humano fundamental. A participação dos povos, de maneira individual e coletiva, nos atos de planejar e executar seus cuidados de saúde, também é seu direito e dever. Nessa participação comunitária deve haver máxima autoconfiança, planejamento, organização, operação e o controle dos cuidados primários de saúde, utilizando recursos disponíveis locais e nacionais, 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. Essa participação deveria se dar na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução, no acompanhamento e na avaliação das ações de saúde. Incluía, ainda, a formação de Conselhos de Saúde paritários e com representantes do segmento usuário 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 na Saúde, institucionalizado através dos conselhos de saúde em suas várias instâncias, pela Lei Nº 8.142/90, configura-se como um mecanismo de participação social organizada na implementação das políticas de saúde sendo de caráter permanente e deliberativo. O conselho de saúde fundamenta-se na participação da sociedade organizada na administração dos serviços de saúde, propiciando a gestão participativa e com 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 (1992) ressaltava a necessidade de avaliar as condições de funcionamento do sistema de saúde pelos conselheiros e que esses deviam receber as denúncias dos usuários em relação aos serviços de saúde, averiguá-las, e encaminhar as decisões cabíveis, evidenciando a conduta da participação dos usuários.

Tendo-se a legislação do SUS como fundamento para fomentar e implementar o processo de participação social na Atenção Básica em Saúde esse estudo teve como objetivo conhecer as queixas e as deliberações de um conselho local de saúde e sua influência nas políticas de saúde pública do município de Campo Grande/MS.

**Método:** Estudo exploratório tendo como fonte de dados as Atas das reuniões do conselho estudado (2004-2009), observações e entrevistas semi-estruturadas. Os referenciais de análise foram: Síntese para Tipos de Diagnóstico de Saúde (Testa, 1986) - recorte simplificado sem distingui-los entre Diagnóstico Administrativo e Estratégico. As deliberações, também, tiveram como referencial de análise o documento *Formulación de Políticas de Salud* (Ilpes/Claps, 1975) que inclui um complexo de três grandes componentes considerados básicos para a tomada de decisões: 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. Alunos e preceptores do PET-Saúde UFMS-SESAU 2009 (Campo Grande/MS) tiveram participação ativa na coleta, tabulação, análise e redação do relatório final desse estudo.

**Resultados:** No processo de participação e controle social as queixas e sugestões tornam-se matéria prima para as deliberações e encaminhamentos – produto esperado das discussões nas reuniões mensais. A organização dos conselhos se faz em plenário com coordenador e secretário, composição nem sempre paritária, reuniões mensais, com pausas prolongadas até o ano de

2008 e, à partir de então, regularidade mensal, porém com dificuldades por eventuais falta de quorum no segmento dos usuários.

As demandas – queixas e sugestões - apontam para um cenário composto predominantemente de elementos administrativos, vinculados aos serviços de saúde (86,7%), ao setor saúde (8,9%) e à situação epidemiológica (4,4%). Serviços de saúde: organização, função, quantidade, distribuição e disponibilidade dos servidores e produtividade da Unidade foram aspectos mais importantes. Setor de saúde: questões de financiamento, informações aos conselheiros, qualidade dos atendimentos e das ações prestadas, relações funcionais entre servidores, servidores e usuários, servidores e conselheiro e Conselho e instituições foram as principais pautas. Situações epidemiológicas: vetores, condições ambientais (terrenos baldios com lixo acumulado), questões econômicas e de risco foram abordados nas reuniões do conselho local. Quanto às deliberações 38% foram referentes aos serviços de saúde; 60% ao setor saúde e apenas 2% aos aspectos epidemiológicos. Ainda, as deliberações apresentaram o componente técnico-administrativo (83,3%) como elemento predominante, seguido pelo político (16,7%) e não foi observado o elemento técnico-operacional. Os elementos do componente político voltaram-se à implantação, divulgação e condução de programas, questões ambientais, discussão de regimento interno do conselho local, questões de trânsito - como a instalação de redutor de velocidade -, disponibilidade de policial para a Unidade (principalmente no período noturno), recursos humanos na Unidade e definição dos papéis dos conselheiros. Os elementos do componente técnico-administrativo incluem formas de agendamento na Unidade (fichas distribuídas a partir das 5 horas da manhã), demandas de material permanente e de consumo para a Unidade, cumprimento dos horários pelos médicos, avaliação da qualidade do atendimento (instalação de uma caixa de sugestões e queixas), projeto de mutirão de limpeza, dentre outros. O componente técnico-operacional não foi observado. As maiores dificuldades residiram no acompanhamento dos encaminhamentos que necessitam de articulação extra-unidade, pois muitos se perdem.

**Conclusão:** As demandas dos conselheiros voltam-se para aspectos administrativos e aos serviços de saúde. As deliberações nesse conselho mostram predominância do elemento técnico-administrativo. A capacitação dos

conselheiros é fundamental e deve se constituir em bases epidemiológicas, contemplando elementos técnicos, administrativos e políticos visando fortalecer: capacidade de deliberação, entendimento do regimento interno, conhecimento da legislação pertinente ao controle social, leituras e discussão de experiências exitosas de conselhos locais de saúde. A sensibilização e o incentivo para maior mobilização e participação social são necessários, inclusive, com o uso da mídia nas suas diferentes modalidades. A ética e o respeito entre os segmentos devem ser incentivados, haja vista demandas específicas, mas todas tendo a proteção e promoção da saúde como meta maior.

**Palavras-chaves:** Controle Social, Gestão Participativa, Estratégia Saúde da Família