

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE INSERIDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Health council of municipalities: the perspective of the health personnel inserted into the family health strategy

Daniele Lopes da Silva¹

Érika Marinho Carneiro¹

Gislaine Conceição Teixeira Pereira e Maia²

Simone de Melo Costa³

Resumo: Objetivo: Este estudo investigou, na perspectiva do profissional inserido na Estratégia da Saúde da Família (ESF), o funcionamento e organização do Conselho Municipal de Saúde de municípios de pequeno porte populacional. **Metodologia:** Pesquisa de caráter transversal e censitária (n=91), realizada junto aos profissionais de saúde da ESF de dois municípios dos estados de Minas Gerais e Bahia. A coleta de dados deu-se por meio de questionário. **Resultados:** O estudo mostrou prevalência do sexo feminino (84,6%), e idade média de 33,67 anos. Segundo os entrevistados, os conselheiros não estão preparados para desenvolverem suas funções (74,7%) e não são atuantes (75,8%). A maioria afirmou não conhecer a composição, os representantes da saúde e o critério de escolha dos membros do CMS de sua cidade. Apesar da maioria nunca ter participado de uma reunião (73,6%), 84,6% acreditam que um CMS atuante pode melhorar a vida da população. Constatou-se associação entre a menor escolaridade e o desconhecimento dos representantes da saúde (p<0,05). **Conclusão:** O estudo contribuiu para reflexões dos trabalhadores da ESF sobre a participação consciente, crítica e ativa na esfera social, no âmbito da saúde.

Palavras-chave: Conselhos de saúde. Controle social. Profissional de saúde. Saúde da família. Representação comunitária.

Abstract: Objective: This study investigated the perspective of professional inserted in the Family Health Strategy, the functioning and organization of the Board of Health of municipalities with small populations. **Method:** Research of crosscutting and census (n = 91) conducted with health professionals FHS two municipalities in the states of Minas Gerais and Bahia. Data collection occurred through questionnaire. **Results:** The study showed a prevalence of females (84.6%), and mean age of 33.67 years. According to respondents counselors are not prepared to develop their roles (74.7 %) and are not working (75.8 %). Most claimed to know the composition, health representatives and the criteria for selecting the members of the CMS of your city. Although most have never attended a meeting (73.6 %) , 84.6 % believe that a CMS acting can improve people's lives . Found an association between low educational level and lack of health representatives (p<0,05). **Conclusion:** The study contributed to reflections of FHS workers on the conscious participation, critical and active in the social sphere, in health.

Keywords: Health councils. Social control. Health personnel. Family health. Community representation.

1 Pós graduada em Saúde da Família Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes.

2 Mestranda em Odontologia. Professora do curso de Odontologia da Unimontes.

3 Doutora em Odontologia, Saúde Coletiva. Professora do curso de odontologia da Unimontes.

INTRODUÇÃO

No ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde constituiu-se em marco na história da saúde no Brasil ao servir de subsídio para importantes decisões na Constituição Federal de 1988. A Constituição brasileira concedeu apoio às ações sociais e enfatizou a participação popular na gestão pública¹. As Leis 8.080 e 8.142, Leis orgânicas da saúde de 1990, complementaram e asseguraram o direito à participação da comunidade na gestão do serviço de saúde público brasileiro².

Desde então, os Conselhos de Saúde foram criados nos municípios brasileiros, com o intuito de se tornarem canais efetivos de participação da sociedade civil, permitindo o exercício de uma cidadania ativa³. O Conselho Municipal de Saúde – CMS é um órgão deliberativo, permanente e composto por um colegiado de pessoas que se reúnem regularmente, uma vez por mês, para discutir as ações gerais da comunidade. O CMS tem a função de procurar soluções para o enfrentamento dos problemas comunitários e de aprovar a prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde. O Conselho é regulamentado pela Lei Federal Nº. 8.142 e por Lei Municipal ou decreto, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. O papel do Conselho envolve atuação na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros². Na composição do CMS, deve ser garantida a representação dos profissionais de saúde.

Assim, o profissional de saúde, inserido em uma equipe de saúde da família, se depara com a necessidade de reorientar suas práticas e agregar aos

seus conhecimentos técnicos, outros conhecimentos e habilidades, relacionados com a dinâmica social⁴. Isso porque, o profissional que atua na saúde da família, além de prestar a assistência com qualidade deve ter uma atitude de ator social, envolvido no processo de restauração do sistema público de saúde⁵.

O CMS representa um avanço democrático da sociedade brasileira. Entretanto, para que funcione adequadamente, faz-se necessário que o mesmo seja representativo e tenha legitimidade⁶.

Considerando o exposto, o artigo objetivou identificar, na perspectiva do profissional de saúde, inserido na Estratégia da Saúde da Família - ESF, o funcionamento e organização do Conselho Municipal de Saúde de municípios brasileiros de pequeno porte populacional.

METODOLOGIA

Este estudo foi conduzido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes, sob o parecer 2897. Todos os pesquisados leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e de caráter censitário, realizado em 2011. O objeto do estudo foi o Conselho Municipal de Saúde na perspectiva do profissional de saúde inserido na ESF.

O universo potencial para o estudo foi de 109 profissionais de saúde, atuantes na Estratégia da Saúde da Família dos municípios cenários deste estudo. Os municípios foram nomeados por letras A e B para preservar o anonimato. O município A está localizado na região Norte de Minas Gerais

e o município B no Sul da Bahia. Todos os dois municípios são de pequeno porte populacional, menos de 13.000 habitantes.

A coleta de dados foi realizada nas unidades públicas de saúde, em 2011. O instrumento de coleta de dados foi um questionário semiestruturado e autoaplicável, contendo questões acerca de impressões do sujeito com relação ao Conselho Municipal de Saúde. Algumas dessas questões foram adaptadas a partir de outros estudos^{7,8}. As questões relacionadas ao CMS foram associadas à escolaridade (superior e não superior), ao sexo, ao município (A e B) e ao tempo de serviço público (≤ 7 anos, 8 a 21 anos). O tempo de serviço foi categorizado pela média de anos de serviço no setor público.

O tratamento estatístico foi realizado no Programa SPSS, versão 18.0[®]. A análise descritiva envolveu o cálculo de medidas de tendência central e de separatrizes e o cálculo de proporções. A associação entre as variáveis foi feita por meio do teste estatístico qui-quadrado de Pearson,

considerando o nível de significância $p < 0,05$ e o intervalo de confiança 95%.

RESULTADOS

Dos 109 profissionais de saúde vinculados à ESF dos municípios A e B, 83,0% responderam ao questionário. A não participação de 18 servidores se deve à dificuldade em encontrá-los nas Unidades de Saúde, no momento da coleta de dados.

Com relação ao perfil da população estudada, observou-se que a média de idade foi igual a 33,67($\pm 7,639$) anos, oscilando entre 19 e 56 anos. Foi constatado o predomínio do sexo feminino (84,6%) entre os profissionais. Quanto ao tempo de trabalho no serviço público de saúde, a média foi igual a 7,71($\pm 4,698$) anos, sendo a variação entre um a 21 anos e o percentil 75% igual a 11 anos. Com relação ao grau de escolaridade, 26,4% dos profissionais da ESF afirmaram possuir curso superior (Gráfico 1). A pós-graduação foi destacada

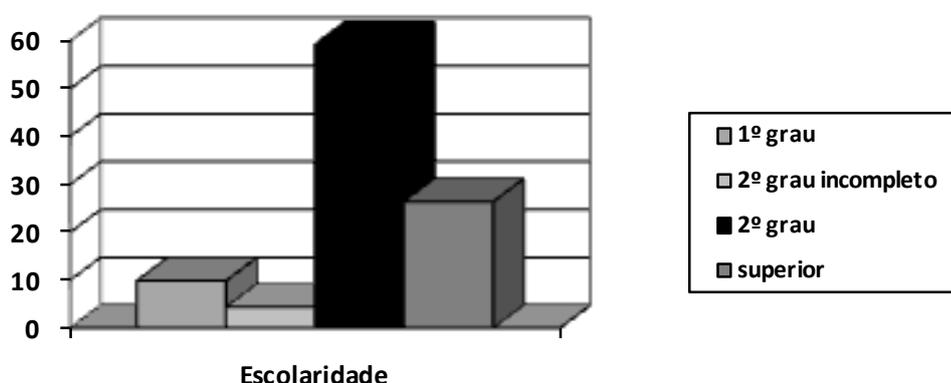


Gráfico 1: Distribuição dos pesquisados conforme escolaridade. Estratégia da Saúde da Família, 2011.

por 12,1% dos pesquisados.

Os resultados da pesquisa apontaram que os profissionais de saúde consideram que os conselheiros não estão preparados para as funções (74,7%) exigidas pelo Conselho. Um pouco mais da metade dos pesquisados (51,6%) afirmou saber qual é a função do CMS. Para a maioria (75,8%), o CMS não é atuante e 84,6% acreditam que um Conselho de Saúde atuante pode melhorar a vida da população.

A maioria dos profissionais (75,8%) afirmou não conhecer a composição do Conselho da sua cidade, 59,3% não sabem quem são os representantes da saúde e 72,5% não têm conhecimento de como foi feita a escolha dos membros. Apenas 15,4% dos pesquisados relataram conhecer o regimento

interno do Conselho e a grande maioria (73,6%) nunca participou de uma reunião do CMS. A o associar as questões sobre o CMS e a escolaridade do entrevistado, categorizada em superior e não superior, verificou-se que, a maioria (58,3%) dos profissionais de nível superior sabe quem representa o setor de saúde junto ao CMS, enquanto a maioria (65,7%) das pessoas que não tem curso superior afirmou desconhecer o representante da saúde, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A maioria das pessoas que não tem curso superior não conhece a composição do CMS, não conhece o regimento interno, não participou de reunião do CMS, acredita que os conselheiros de saúde do município não estão preparados para a função e não

Tabela 1: Distribuição dos pesquisados quanto às questões do Conselho Municipal de Saúde e a escolaridade. Estratégia da Saúde da Família, 2011.

VARIÁVEIS	Escolaridade Superior		Escolaridade Não superior		p*
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)	
Conhece o representante da saúde	14(58,3%)	10(41,%)	23(34,%)	44(65,7%)	0,040
Conhece a função do CMS	16(66,7%)	8(33,3%)	31(46,%)	36(53,7%)	0,086
Conhece a escolha dos membros	10(41,7%)	14(58,%)	15(22,4%)	52(77,6%)	0,069
Conhece a composição do CMS	12(50,0%)	12(50,0%)	10(14,9%)	57(85,1%)	0,001
Conhece o regimento interno do CMS	7(29,2%)	17(70,0%)	7(10,4%)	60(89,6%)	0,020
Já participou de reunião do CMS	11(45,8%)	13(54,0%)	13(19,4%)	54(80,6%)	0,012
Considera os conselheiros preparados	11(45,8%)	13(54,0%)	12(17,9%)	55(82,1%)	0,007
Considera o CMS atuante	10(41,7%)	14(58,0%)	12(17,9%)	55(82,1%)	0,029
Considera que o CMS atuante pode melhorar a vida da população	22(91,7%)	2(8,3%)	55(82,1%)	12(17,9%)	0,265

*Teste qui quadrado de Pearson

considera o CMS atuante (Tabela 1).

No que diz respeito às opiniões relacionadas ao CMS entre os sexos, foi constatado que as mulheres apresentaram um maior percentual de participação em reuniões quando comparadas aos

homens, no entanto, sem diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Quanto à percepção de que um Conselho atuante pode melhorar a vida da população, foi verificado que a afirmação positiva foi para 100% dos homens e 81,8% para as mulheres

Tabela 2: Distribuição dos pesquisados quanto às questões do Conselho Municipal de Saúde e o sexo. Estratégia da Saúde da Família, 2011.

VARIÁVEIS	Homens		Mulheres		p*
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)	
Conhece o representante da saúde	6(42,9%)	8(57,1%)	31(40,3%)	46(59,7%)	0,856
Conhece a função do CMS	8(57,1%)	6(42,9%)	39(50,6%)	38(49,4%)	0,655
Conhece a escolha dos membros	3(21,4%)	11(78,6%)	22(28,6%)	55(71,4%)	0,582
Conhece a composição do CMS	3(21,4%)	11(78,6%)	19(24,7%)	58(75,3%)	0,794
Conhece o regimento interno do CMS	2(14,3%)	12(85,7%)	12(15,6%)	65(84,7%)	0,901
Já participou de reunião do CMS	3(21,4%)	11(78,6%)	21(27,3%)	56(72,7%)	0,648
Considera os conselheiros preparados	3(21,4%)	11(78,6%)	20(26,0%)	57(74,0%)	0,719
Considera o CMS atuante	3(21,4%)	11(78,6%)	19(24,7%)	58(75,3%)	0,794
Considera que o CMS atuante pode melhorar a vida da população	14(100,0%)	0(0,0%)	63(81,8%)	14(18,2%)	0,083

*Teste qui quadrado de Pearson

($p > 0,05$) (Tabela 2).

Na associação entre as variáveis relacionadas ao CMS e os municípios A e B verificou-se que, a maioria dos pesquisados, tanto do município

localizado em Minas Gerais (A) como do município localizado na Bahia (B) não acha o CMS atuante ($p < 0,05$). Também, a maioria dos entrevistados dos dois municípios nunca participou de reuniões do

Tabela 3: Distribuição dos pesquisados quanto às questões do Conselho Municipal de Saúde e o município A e B. Estratégia da Saúde da Família, 2011.

VARIÁVEIS	Município A		Município B		p*
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)	
Conhece o representante da saúde	23(50,0%)	23(50,0%)	14(31,1%)	31(68,9%)	0,067
Conhece a função do CMS	33(71,7%)	13(28,3%)	14(31,1%)	31(68,9%)	0,000
Conhece a escolha dos membros	20(43,5%)	26(56,5%)	5(11,1%)	40(88,9%)	0,001

Conhece a composição do CMS	16(34,8%)	30(65,2%)	6(13,3%)	39(86,7%)	0,017
Conhece o regimento interno do CMS	9(19,6%)	37(80,4%)	5(11,1%)	40(88,9%)	0,264
Já participou de reunião do CMS	18(39,1%)	28(60,9%)	6(13,3%)	39(86,7%)	0,005
Considera os conselheiros preparados	18(39,1%)	28(60,9%)	5(11,1%)	40(88,9%)	0,002
Considera o CMS atuante	17(37,0%)	29(63,0%)	5(11,1%)	40(88,9%)	0,004
Considera que o CMS atuante pode melhorar a vida da população	38(82,6%)	8(17,4%)	39(86,7%)	6(13,3%)	0,592

*Teste qui quadrado de Pearson

CMS ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Foi feita a associação entre as questões relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde e o tempo de serviço no setor público de saúde. Constatou-se que, dos profissionais com maior tempo de serviço, a maioria (84,6%), afirmou não conhecer a composição do CMS, com diferença

estatisticamente significativa quando comparada com o grupo de trabalhadores com menor tempo de serviço ($p = 0,024$). A maioria (84,6%) dos profissionais com mais tempo de serviço não acredita que o CMS seja atuante, com diferença estatística entre o grupo de profissionais com menor tempo de trabalho, no setor público (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos pesquisados, conforme as questões do Conselho Municipal de Saúde e o tempo de atuação no serviço público. Estratégia da Saúde da Família, 2011.

VARIÁVEIS	Tempo de serviço 8 a 21 anos		Tempo de serviço ≤ 7 anos		p*
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)	
Conhece o representante da saúde	19(36,5%)	33(63,5%)	18(46,2%)	21(53,8%)	0,239
Conhece a função do CMS	28(53,8%)	24(46,2%)	19(48,7%)	20(51,3%)	0,628
Conhece a escolha dos membros	11(21,2%)	41(78,8%)	14(35,9%)	25(64,1%)	0,119
Conhece a composição do CMS	8(15,4%)	44(84,6%)	14(35,9%)	25(64,1%)	0,024
Conhece o regimento interno do CMS	5(9,6%)	47(90,4%)	9(23,1%)	30(76,9%)	0,078
Já participou de reunião do CMS	11(21,2%)	41(78,8%)	13(33,3%)	26(66,7%)	0,192
Considera os conselheiros preparados	8(15,4%)	44(84,6%)	15(38,5%)	24(61,5%)	0,012
Considera o CMS atuante	8(15,4%)	44(84,6%)	14(35,9%)	25(64,1%)	0,024
Considera que o CMS atuante pode melhorar a vida da população	43(82,7%)	9(17,3%)	34(87,2%)	5(12,8%)	0,557

*Teste qui quadrado de Pearson

DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais de saúde vinculados à saúde da família, dos municípios avaliados, participou deste estudo, uma vez que a perda foi de apenas 17,0% dos trabalhadores. A população estudada tem a média de idade correspondente a de adultos jovens, sendo a maioria do sexo feminino.

Neste estudo, a feminização encontrada entre os profissionais da ESF é compatível com o resultado de outra pesquisa, que revelou ser a feminização das profissões uma das tendências das profissões da saúde e, por conseguinte, dos profissionais das equipes de saúde da família⁹. Esse é um fenômeno constatado, ainda, no período da graduação em saúde¹⁰.

Apenas uma pequena parcela dos trabalhadores apresenta formação em curso superior, isso era esperado uma vez que a equipe de saúde da família é composta por poucos profissionais de nível superior e por mais profissionais que exercem a função de nível técnico e auxiliar, como os Agentes Comunitários de Saúde¹¹.

Na perspectiva dos profissionais pesquisados, os conselheiros não estão preparados para desenvolverem as funções e consideraram o CMS pouco atuante. Essas respostas podem ser interpretadas de diferentes formas. A primeira seria: os conselheiros não estão realmente preparados e, portanto não são atuantes. E a segunda interpretação seria no sentido de que os conselheiros têm dificuldades para sociabilizar as decisões do Conselho à população.

Pontos considerados cruciais para a

visibilidade dos conselheiros é a transparência e a comunicação das ações e iniciativas. Esses pontos indicam comprometimento e responsabilidade dos membros do Conselho. Em outro estudo foi observado que 44,1% dos conselheiros afirmaram não divulgar à população as decisões tomadas no CMS, apesar de ser uma função deles¹².

A informação possui uma dimensão estratégica para os processos decisórios nos Conselhos de Saúde, uma vez que os sujeitos políticos podem participar efetivamente da vida social, conforme a proporção do volume e qualidade das informações recebidas. Portanto, faz-se necessário o rompimento de barreiras existentes para que o acesso à informação em saúde esteja a serviço dos sujeitos políticos¹³ e de toda a comunidade.

No presente estudo, a maioria da população estudada nunca participou das reuniões do CMS. Esse é um resultado negativo, uma vez que não somente a qualidade das Leis, mas também a qualidade do tecido social, no qual elas são implantadas, é que promovem o sucesso das reformas políticas. Os esforços realizados no passado em busca por justiça social, a implementação de mecanismos como a Lei 8.142/90 que garantiram a participação dos cidadãos na gestão do SUS, de nada adiantará se a comunidade não assumir essa conquista e buscar, na participação ativa, a concretização do controle social¹⁴.

Os trabalhadores da saúde devem estar implicados nas lutas comunitárias, participando de forma consciente e clara. A participação deve ser no dia a dia, no trabalho e nas instituições sociais de modo que saberes e poderes estejam a serviço do cuidado¹⁵. A participação do profissional de saúde não necessariamente precisa ser durante

a reunião do CMS, mas deve ser em todas as instâncias, de modo a contribuir na construção de demandas comunitárias e acompanhar a apreciação do Conselho.

Os profissionais da área da saúde, pelo seu campo de atuação, têm um contato direto com as demandas e necessidades das populações, o que lhes conferem um maior conhecimento da problemática no território de trabalho, condição fundamental para o controle social da saúde pública¹⁶.

A presente pesquisa demonstrou que a maioria dos profissionais não conhece a composição do Conselho de Saúde da sua cidade, não sabe quem são os representantes e desconhece como foi feita a escolha dos conselheiros. Esses resultados em adição a não participação em reuniões sugerem que os profissionais de saúde não interessam pelo controle social da saúde.

A legislação brasileira, Lei nº 8142, definiu que a composição do CMS deve respeitar o princípio da paridade, isto é, 50% das vagas ocupadas por representantes dos usuários e os outros 50% de vagas divididas da seguinte forma: 25% para entidades dos trabalhadores de saúde e 25% para representantes de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos². Apesar disso, estudos apontam o descumprimento dessa Lei nacional ao sub-representar os profissionais de saúde junto ao CMS, o que sugere falta de mobilização dos órgãos de classe dos profissionais de saúde^{12,17}.

Outro fato constatado na literatura científica é que a grande parte dos municípios ao invés de seguir um processo mais transparente e democrático para eleger os conselheiros, a eleição acaba se transformando em instrumento para a manipulação política¹⁸. Entretanto, foi constatado em outro estudo que a maior parte dos membros ingressa no Conselho por indicação das entidades de classe

profissional¹².

Uma das condições essenciais para a legitimidade do controle social na saúde é a organicidade. Entre os fatores que a constituem, está o Regimento Interno do Conselho. O regimento deve ser elaborado e aprovado pelo próprio plenário e conter tópicos relacionados à natureza, finalidade, competências e organização, além de definir forma de escolha e mandato de presidente e conselheiro (recomendam-se eleições)¹⁹. No entanto, foi constatado na literatura que grande parte dos conselheiros de um município de Minas Gerais desconhecia o regimento interno do Conselho²⁰. No atual estudo, o desconhecimento do regimento foi detectado para a maioria dos trabalhadores da ESF.

O baixo nível de escolaridade da sociedade civil compromete a qualidade de participação, principalmente quando o conhecimento e entendimento de aspectos técnicos são necessários para a adequada tomada de decisão²¹. O presente estudo constatou que a menor escolaridade pode ter influenciado na falta de conhecimento da representação da saúde do CMS, da função do Conselho, do desconhecimento com relação à composição do Conselho e do regimento e a não participação em reuniões ($p < 0,05$). A menor escolaridade dos profissionais, também, foi associada à opinião que os conselheiros não estão preparados e não são atuantes junto ao CMS ($p < 0,05$).

No que diz respeito às questões relacionadas ao CMS, conforme o sexo, foi constatado que para nenhuma das questões foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Desse modo, pode-se afirmar que a opinião dos entrevistados, quanto ao CMS, independe do sexo do entrevistado. Entretanto, a maioria das mulheres e a totalidade dos homens afirmaram conhecer a função do Conselho e acreditar que ele pode

melhorar a vida das pessoas.

Em um município do estado de São Paulo, Brasil, foi observado que diversas melhorias como, estruturação dos postos de saúde, escolas, programas profissionalizantes, iluminação, controle ambiental e ocupação, instalação de fossas sépticas e abastecimento de água foram alcançadas graças a atuação dos conselheiros, juntamente com a população e o governo. Esse estudo considerou que um CMS que assume o seu papel de controle social reflete em transformações e mudanças positivas para a realidade da comunidade²¹.

Na associação entre as variáveis relacionadas ao CMS e os municípios A e B, verificou-se que o maior percentual de respostas negativas foi para o município da Bahia (B), principalmente no que diz respeito ao não conhecimento da função do Conselho, as escolhas dos membros, a composição, o regimento, a não participação em reuniões e o julgamento de que os conselheiros são despreparados para a função. Todas essas questões apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as respostas dos profissionais do município A (MG) ($p < 0,05$). Nesse sentido, os resultados mostram a importância de trabalhar junto aos profissionais de saúde no intuito de capacitá-los para o melhor conhecimento sobre o papel do Conselho Municipal de Saúde, composição, escolha dos membros e regimento.

Atento a essa problemática, a 9^a, 10^a, 11^a Conferências Nacionais de Saúde discutiram a necessidade de implementação no SUS de uma política nacional de recursos humanos com a incorporação de ações como a qualificação e/ou formação permanente dos trabalhadores. Na 12^a Conferência, a informação e comunicação em saúde foram discutidas em um eixo próprio, o que permitiu apontar propostas importantes para a área

saúde e iniciar uma discussão mais ampla sobre a questão. Desde então, projetos como “fique atento” e “inclusão digital” vem sendo implantados^{2,22,23,24}.

Quanto à associação entre as questões relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde e o tempo de serviço no setor público de saúde, verificou-se que o maior tempo de serviço não garantiu o conhecimento da composição do CMS, quando comparados aos profissionais de menor tempo de serviço. Ademais, o maior tempo no serviço não garantiu, também, a participação em reuniões do Conselho. Isso sugere o pouco envolvimento e compromisso dos profissionais de saúde nas questões relacionadas ao setor público e ao controle social, mesmo após um período maior de atuação no setor público. Esse desinteresse dos profissionais representa um desafio a ser vencido para a consolidação do SUS. Tem-se como hipótese que a suposta origem da falta de interesse para as questões de controle social esteja relacionada às desmotivações inerentes ao processo de trabalho e ao vínculo empregatício.

Nesse sentido, estudos apontaram uma grave crise de situação de trabalho dos profissionais de saúde, atuantes no âmbito do SUS, que vão desde a questão salarial e de carreira profissional até a carência de recursos técnicos e materiais. As dificuldades encontradas pelos trabalhadores de saúde têm enfraquecido o vínculo do profissional com o sistema público. E em consequência, observa-se o tênue envolvimento e descrédito com o serviço de saúde público^{25,26}.

Com a criação dos Conselhos de Saúde a população passa a ter o controle sobre as políticas em saúde. Entre as atribuições dos Conselhos pode-se destacar a atuação na co-gestão do SUS nas três esferas de poder, com interferências na formulação de estratégias e no controle da execução das

políticas de saúde. Cabe ao poder público acolher as demandas populacionais consubstanciadas nas resoluções das conferências de saúde². Entretanto, neste estudo, foi verificado que profissionais com maior tempo no serviço público julgam que os conselheiros não são preparados para exercer a função ($p < 0,05$) e que o CMS não é atuante ($p < 0,05$). Esses resultados sugerem que o CMS seja pouco atuante, uma vez que o tempo de serviço igual ou maior que oito anos seriam suficiente para identificar a boa atuação de um Conselho Municipal de Saúde, principalmente os de municípios de pequeno porte populacional. A falta de preparo dos conselheiros reflete em menor atuação do CMS. Se não se sabe o que fazer, como fazer?

O papel de um CMS pode ser prejudicado a partir de diferentes aspectos. Entre eles, foram identificados na literatura: o desconhecimento dos conselheiros sobre seu poder e função; a falta de conhecimento técnico especializado sobre o setor da saúde que permita aos conselheiros deliberar sobre os assuntos apresentados pelos secretários municipais³; o não cumprimento legal da forma de composição do CMS ao fortalecer algumas categorias em detrimento de outras¹⁷; a priorização dos assuntos definidos pelo secretário de saúde e a indicação (ou imposição), por parte do secretário municipal de saúde, para a presidência dos Conselhos. Todos esses fatores contribuem para uma possível restrição da autonomia do CMS¹².

Considera-se que a autonomia de atuação do Conselho, ainda, é um processo em construção. Muitos representantes governamentais ou do sistema privado apenas toleram os Conselhos de Saúde, por estarem previstos institucionalmente. Na prática, os gestores agem buscando reduzir o papel fiscalizador ou deliberativo do CMS a meros rituais de legitimação de políticas e em espaços de

decisões supostamente democráticas²⁷.

A dimensão autonomia pode ser compreendida como o nível de independência do CMS em relação ao poder Executivo²⁸. Neste estudo, as opiniões negativas quanto ao CMS podem estar relacionadas à falta de autonomia do Conselho para agir em prol da comunidade, representando apenas como palco de interesses políticos.

Quanto às limitações deste estudo, tem-se que trata de um estudo transversal, sendo assim, os resultados apresentados dizem respeito ao período da coleta de dados. Algumas hipóteses foram levantadas tentando explicar as opiniões dos trabalhadores da ESF acerca do CMS, no entanto, tratam de hipóteses não testadas, mas que poderiam nortear novas perguntas e estudos junto aos membros do Conselho. Apesar das limitações apresentadas, o estudo por ter cunho censitário nos dois municípios, cenários de prática, representa a opinião dos trabalhadores da ESF acerca dos Conselhos de Saúde.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo poderão subsidiar reflexões importantes para o funcionamento e desempenho do CMS. O Conselho, como setor responsável pelo controle social na saúde e fórum de discussão da implantação de políticas públicas e implementação de recursos econômicos e sociais nos municípios, deve resgatar a participação efetiva dos trabalhadores da ESF.

Ademais, o estudo contribui para reflexões junto aos trabalhadores da ESF acerca da participação consciente, crítica e ativa na esfera social. Neste estudo foi verificada a necessidade de se buscar a emancipação cidadã e a politização dos profissionais de saúde que integram as equipes de saúde da família.

REFERÊNCIAS

- 1 MARTINS, P.C.; COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F.; FRANCESCHINNI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G.S. *et al.* Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, v.18, n.1, p. 105-121, 2008.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003*. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União. 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- 3 GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.6, p.1670-1681, 2004.
- 4 RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n.1, p.23-34, 2008.
- 5 KOSTER, I. “Toolkit” para o trabalho na estratégia saúde da família (ESF). *Informe-se em promoção da saúde*, v.2, n.2, p.11-12, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 22 jun. 2011.
- 6 FABRE, H.S.C. Conselho Municipal de Saúde de Londrina: perfil dos representantes dos usuários. *Rev. Espaço para a Saúde*, v.5, n.2, p.1, 2004. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: 09 abr. 2012.
- 7 OLWEUS, D. Prevalence and incidence in the study of anti-social behavior: definitions and measurement. In: KLEIN, M. (Ed.). *Cross-national research in self-reported crime and delinquency*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer, 1989.
- 8 PEREIRA, B. O.; TOMAZ. O bullying na escola e as políticas educativas. In: BEHRENS, M. A.; ENS, R.; VOSGERAU, D. (Org.). *Discutindo a educação na dimensão da práxis*. Curitiba: Champagnat, 2007.
- 9 PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev. esc. enferm. USP*, v.44, n.3, p.657-664, 2010.
- 10 COSTA, S.M.; DURÃES, S.J.A.; ABREU, M.H.N.G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, supl.1, p.1865-1873, 2010.
- 11 BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 09 abr. 2012.
- 12 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. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.5, p. 2437-2445, 2010.
- 13 SILVA, A.X.; CRUZ, E.A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.3, p.683-688, 2007.
- 14 BASTOS, F.A.; SANTOS, E.; TOVO, M.F. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v.18, n.2, p.177-188, 2009.
- 15 WENDHAUSEN, Á.; CARDOSO, S.M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Rev. bras. enferm.*, v.60, n.5, p.579-584, 2007.
- 16 SILVA, M.A.; LANA, F.C.F. Como os enfermeiros percebem a sua atuação nos conselhos de saúde?. *Rev. bras. Enferm.*, v.57, n.1, p.26-30, 2004.
- 17 VAN, S.C.J.; LIMA, A.M.D.; FONSECA, S.D.; SARAIVA, L.E.S.; VAN, S.T.B.S.; BELISÁRIO, S.A. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. saúde coletiva*, v.11, n.3, p.621-632, 2006.
- 18 MORITA, I.; GUIMARÃES, J.F.C.; DI, M.; BRUNO, P. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?. *Saúde e Sociedade*, v.15, n.1, p. 49-57, 2006.
- 19 ASSIS, M.M.A; VILLA, T.C.S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.11, n.3, p.376-382, 2003.
- 20 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*, v.19, n.2, p.419-438, 2009.
- 21 CEZARE, J.P. Conselhos Municipais e Governanças: Uma Análise do Conselho de Representantes de Paranapiacaba e Parque Andreense do Município de Santo André-Sp. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública Usp 176p, 2009.
- 22 BRASIL. Ministério da Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 2005.
- 23 BRASIL. Ministério da Saúde. *10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 1996.
- 24 BRASIL. Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 2000.
- 25 CARVALHO, C.L.; GIRARDI, N.S. Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil: Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais; 2002. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/>>. Acesso em: 09 abr. 2012.
- 26 SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.11, p.2727-2739, 2007.

27 OLIVEIRA, M.L.; ALMEIDA, E.S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde e Sociedade*, v.18, n.1, p. 141-153, 2009.

28 VIEIRA, M.; CALVO, M.C.M. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.12, p.2315-2326, 2011.