

Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde

Social control of the Single Health System: what think the municipal health counselors
Control social del Sistema Único de Salud: lo que piensan los consejeros municipales de salud

Vera Dib Zambon¹, Márcia Niituma Ogata^{II}

¹Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Departamento Regional de Saúde III. Araraquara-SP, Brasil.

^{II}Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Departamento de Enfermagem. São Carlos-SP, Brasil.

Submissão: 19-08-2012 **Aprovação:** 07-11-2013

RESUMO

Desafios estão presentes para a consolidação da participação da comunidade e este estudo objetiva analisar o controle social na perspectiva dos conselheiros municipais de saúde. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa utilizando entrevistas semiestruturadas. Identificou-se que alguns conselheiros não reconhecem a participação social como diretriz do Sistema Único de Saúde. Apesar do reconhecimento dos conselhos como espaços deliberativos, identificam-se dificuldades como a centralização das decisões na gestão, a valorização do saber técnico e a não realização de conferências de saúde. Há limitações no efetivo exercício do papel de conselheiro, dificuldade de interlocução com as bases de representação e de acesso a informações. Aponta-se a necessidade de articulação dos conselheiros e capacitações. Conclui-se pela necessidade de valorização dos espaços colegiados instituídos no Pacto pela Saúde, para fortalecimento do controle social, com destaque à educação permanente em saúde.

Descritores: Conselhos de Saúde; Políticas de Controle Social; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study uses a qualitative approach based on semi-structured interview for analyzing the social control perspective of health counselors, considering that there are still challenges for the consolidation of community participation. It was identified that some counselors do not recognize the social participation as a Single Health System directive. Despite the recognition of the councils as deliberative spaces, there are difficulties such as the centralization of decisions in the management, an over evaluation of technical knowledge and lack of health conferences. There are limitations on the exercise of effective advisory role because of the influence of the municipal administration, difficulties of communication with the bases of representation and access to information. It is concluded that it is necessary to search for the strengthening of social control to highlight the continuing health education for empowerment of counselors inside the councils established by the Health Pact.

Key words: Health Councils; Social Control Policies; Single Health System.

RESUMEN

Este estudio utiliza un enfoque cualitativo basado en entrevistas semi-estructuradas con el objetivo de analizar la perspectiva de control social de los consejeros de salud y los retos que se presentan para consolidación de la participación comunitaria. Se identificó que algunos consejeros no reconocen la participación social como política del SUS. A pesar del reconocimiento de los consejos como espacios de deliberación, identifican se la centralización de las decisiones en la gestión, la valorización de los conocimientos técnicos y no realización de conferencias de salud. Existen limitaciones en el ejercicio de la función de asesoramiento debido la influencia de la administración municipal, la dificultad de comunicación con las bases de la representación y el acceso a la información. La conclusión es la necesidad de fortalecimiento del control social para poner de relieve la educación permanente para los consejeros de acuerdo con los espacios en los consejos establecidos por el Pacto de Salud.

Palabras clave: Consejos de Salud; Políticas de Control Social; Sistema Único de Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Vera Dib Zambon E-mail: verazambon@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O processo de redemocratização vivenciado no país a partir da década de setenta, possibilitou o estabelecimento de dispositivos legais do Sistema Único de Saúde (SUS) que instituem, em cada esfera de governo, instâncias colegiadas como os conselhos e as conferências de saúde⁽¹⁾.

Estes Conselhos de Saúde, ao longo desses anos, têm conquistado avanços, porém, estudos tem demonstrado várias dificuldades na estruturação, organização e funcionamento destes espaços⁽²⁾ e que para que possam exercer suas atribuições de forma plena, torna-se necessária a superação de inúmeros desafios, com destaque para a falta de compreensão por parte de trabalhadores e usuários de seus princípios constitucionais⁽³⁾.

Estudos que analisem o processo de efetivação da participação social no SUS podem subsidiar discussões em diferentes esferas, espaços, com diversos atores, envolvidos no sentido de garantir a efetividade deste princípio constitucional da participação comunitária⁽⁴⁻⁵⁾.

Neste contexto atual, destaca-se confluência de forças favoráveis para o fortalecimento do controle social, em especial o Pacto pela Saúde⁽⁶⁾, com a instituição dos Colegiados de Gestão Regional, e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social⁽⁷⁾ que reafirmam a importância da participação social no SUS indicando caminhos para viabilização de propostas solidárias entre os gestores municipais e estadual de acordo com as necessidades da loco-região de saúde.

Este trabalho justifica-se pela importância da análise qualitativa da participação social em contexto loco-regional e tem como objetivo analisar o Controle Social na perspectiva de Conselheiros Municipais de Saúde.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por sua natureza descritiva, com abordagem qualitativa, e desenvolveu-se na Região de Saúde Coração, do DRS III – Araraquara-SP, composta por seis municípios localizados na zona central do Estado de São Paulo.

Os dados foram obtidos através de entrevistas com vinte e seis conselheiros municipais de saúde com a utilização de um roteiro semiestruturado com questões norteadoras sobre controle social. Foram tratados segundo análise de conteúdo utilizando a técnica de análise categorial temática⁽⁸⁾ e baseado no referencial teórico de participação social e políticas de controle social.

Como critério de elegibilidade dos sujeitos participantes da pesquisa adotou-se o tempo de atuação enquanto conselheiro de pelo menos um ano, a indicação da participação pelos próprios conselhos de saúde dos seis municípios da região e todos os segmentos representativos: usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços de saúde e gestores da saúde, além do Presidente do Conselho.

Obtida a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, através do Parecer nº 237/2008, a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os conteúdos das entrevistas possibilitaram a construção de quatro categorias de análise sobre o que pensam os conselheiros municipais de saúde sobre o tema: a polissemia do controle social, a concretude do espaço de controle social, o exercício do papel de conselheiro e os desafios para o fortalecimento do controle social.

A polissemia do controle social

A concepção de controle social é apresentada de formas diversas pelos conselheiros, sendo que alguns têm apropriação do conceito incorporado pelo setor saúde.

[...] é uma forma de controlar as ações que o poder público faz [...] (TS6).

[...] avaliando o que tá sendo feito e ajudando a dar proposta [...] (TS1).

Atribui-se ao controle social, o papel avaliador do que está sendo executado pelo Poder Público para melhoria nas condições de vida das pessoas e o estabelecimento de propostas, reconhecendo-se no processo o diálogo entre usuários e trabalhadores da saúde. Sendo assim, o controle social tem sido considerado a essência da participação da população no SUS, incluindo além da ação individual e coletiva, as proposições e o controle como “aplicação prática de um processo avaliativo”⁽⁹⁾.

Em contraponto, para outros conselheiros entrevistados, o termo não parece familiar ao seu cotidiano.

[...] Ah, eu não sei falar isso [...] (U3).

Destaca-se ainda que parte dos conselheiros tem concepções acerca do controle social divergente àquela adotada no SUS.

[...] O Controle Social... enquadraria... o controle de natalidade [...] (PS1).

[...] Controle social vai identificar os pacientes, quantas vezes passou na unidade... qual o medicamento [...] (G4 PC4).

Esta concepção apontada por conselheiros se aproxima aquela adotada por diversos autores na área de sociologia na qual a expressão “controle social” indica o controle que o Estado exerce sobre a sociedade, ou ainda, da sociedade ou coletivo sobre o indivíduo, no sentido e manutenção de determinada ordem social⁽¹⁰⁾.

Este desconhecimento acerca do controle social pode comprometer sobremaneira o exercício do papel dos conselheiros, pois estão incluídos neste grupo alguns que exercem a presidência do Conselho de Saúde e Gestão da Saúde.

No entanto, pode-se afirmar que o controle social é dinâmico e está em processo de construção conforme apontado por alguns entrevistados e em congruência com a afirmação de que o avanço “se dará pelo aprendizado, pelo processo e

pela vivência”, e que não há usuário, nem trabalhadores de saúde e gestores prontos para tal exercício⁽¹¹⁾.

[...] Teve um avanço... Eu desconhecia o conselho municipal de saúde, nunca ouvi falar... Antes de eu participar [...] (PS2).

[...] depois que eu entrei ai que você tem uma visão maior que é o conselho, pra que serve [...] (TS3).

A construção do controle social no SUS é de responsabilidade de todos os segmentos representados⁽¹²⁾, porém há que se refletir sobre o papel indutor determinante para seu funcionamento, atribuído à Gestão da Saúde, por um dos entrevistados.

[...] a Gestão tem culpa,... Quem peca mais é a gestão... Tem um papel indutor fundamental no processo de controle social [...] (G6).

A gestão determina os processos participativos à medida que detém o poder de proporcionar ou não condições para o adequado funcionamento dos espaços de controle social e também no reconhecimento do poder político dos atores sociais⁽¹³⁾. Além disso, os gestores podem comportar-se de forma estritamente burocrática, autoritária e manipuladora, frente aos Conselhos de Saúde⁽¹¹⁾.

A concretude do controle social

Quanto ao espaço dos Conselhos de Saúde, percebe-se que a finalidade deliberativa dessa instância no controle das contas públicas é reconhecida por alguns conselheiros de saúde, configurando-se na busca de soluções para os problemas identificados com escuta às demandas da sociedade.

[...] é prestar uma assistência com qualidade aos habitantes do município [...] (PS5).

[...] o atendimento, as reivindicações da população... aprovações de contas,... tudo mais transparente..., fazer com que o SUS funcione melhor... e as reivindicações do povo, é o principal [...] (G3).

A legislação do SUS determina que esses órgãos colegiados sejam de natureza permanente e de caráter deliberativo, porém, alguns limites na efetivação das decisões se colocam, à medida que leis e regimentos locais conferem ao Executivo o poder de nomear seus membros e também de aprovar ou não as deliberações do Conselho de Saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Esse órgão é um espaço político e, em alguns casos, o processo de participação traz um ganho substancial para o amadurecimento e fortalecimento da gestão, conforme se pode apreender nas falas de gestores de saúde e presidente de conselhos.

[...] acompanhar e avaliar as minhas finanças... faz com que você também repense em algumas ações... Isso fortalece a gestão [...] (G1PC1).

[...] nos lugares em que o conselho funciona, o trabalho do secretário fica muito mais fácil [...] (G3PC3).

Um Conselho de Saúde atuante que ocupa espaços institucionais e políticos, “não apenas se legitima, como termina por legitimar o gestor, emprestando-lhe a chancela da direcionalidade do interesse público”⁽¹¹⁾.

Em contraponto, alguns sujeitos explicitam que, nessa arena pública, está presente uma disputa de poder, com movimentos autoritários que limitam ou neutralizam as demais forças presentes no conselho.

[...] conselheiros foram afastados por questões de documentos..., isso é uma característica da administração... centralizadora [...] (G3PC3).

[...] do prefeito..., desrespeitar conselheiro... chegar até ameaçar conselheiro [...] (U3).

A visão centralizadora com o não reconhecimento do papel constitucional atribuído ao Conselho de Saúde revela evidente abuso de autoridade, característico de práticas autoritárias, principalmente sobre os usuários, denunciando a ausência de ética nas relações de dominação o que “solapa qualquer possibilidade de efetivação” do controle social⁽¹⁴⁾.

Outro aspecto emergente nas falas dos entrevistados é a excessiva valorização do saber técnico nesse espaço de participação.

[...] secretária,... falava que nós éramos as cabeças da saúde [...] (TS5).

[...] os conselheiros não tem,..., o embasamento na área da saúde,... para ser um presidente, você tem que ter um embasamento na saúde pública... conhecimento técnico [...] (G4PC4).

O saber técnico, produzindo um “discurso competente”, propicia a manutenção do poder hegemônico deste sobre o poder político⁽¹⁶⁾ e também perante o saber popular⁽¹⁴⁾. Tal assimetria coloca o usuário como “mero espectador nesta relação” impedindo sua ação participativa no sistema de saúde, sendo premente que uma nova relação mais democrática seja instaurada entre os usuários, trabalhadores de saúde e governo permitindo que o poder possa circular⁽¹⁴⁾.

Quanto às Conferências de Saúde, apesar de estarem cumprindo seu papel de difusão de informação e como um espaço de diálogo entre a gestão e usuários dos serviços de saúde, alguns entrevistados relataram nunca terem sido realizadas no município.

[...] nunca houve na história do Município [...] (G4PC4).

[...] dos 25 ou 26 municípios..., boa parte deles não realizou a Conferência... ou por que..., o Conselho não se organizou, porque o prefeito não ajudou [...] (U6).

Em estudo realizado nacionalmente, 14,6% dos municípios não realizaram conferências e 12,7% não cumpriram os prazos estabelecidos na 12ª Conferência Nacional de Saúde, totalizando um terço dos municípios em situação inadequada⁽¹⁷⁾.

Para o efetivo controle social, torna-se necessária a existência de ampliação dos diálogos e o compartilhamento das ações com parceiros, como o Poder Judiciário e Promotoria Pública, entre outros e alguns conselheiros reconhecem tais espaços.

[...] conselhos, da criança, adolescente, do Idoso... assistência social [...] (G5PC5).

[...] conselho de álcool e droga [...] (TS4).

[...] A promotoria..., o juiz de direito e... não só o conselho fica como um órgão fiscalizador do sistema de saúde [...] (G1PC1).

A participação da população no controle social e sobre a ação estatal é garantida por meios de diversos espaços, tais como as Comissões de Seguridade Social e Comissões de Saúde das Câmaras dos Deputados e Câmaras Municipais, respectivamente, e dos Tribunais de Contas, ouvidorias, auditorias etc.^(11,17).

Houve relatos de entrevistados, de desconhecimento sobre outras instâncias de controle social no município, o que pode trazer ao Conselho de Saúde a sensação de isolamento, indicando-o como o único responsável por essa ação.

O exercício do papel de Conselheiro

O Conselheiro de Saúde representa as forças sociais e a diversidade presente em uma dada comunidade trazendo para aquele espaço seus valores, pensamentos e demandas.

Na fala dos sujeitos, identificou-se que muitos conselheiros ingressaram, a convite de pessoas com influência no processo decisório do Município, como o Secretário de Saúde e o Prefeito Municipal, o que além de estar em discordância com as normas de organização dos conselhos de saúde, gera conflitos de interesses e limita a autonomia destes atores.

[...] fui convidado pela secretária... com o aval do Prefeito [...] (TS5).

[...] fui convidado a participar pelo Presidente do Conselho... e Prefeito [...] (PS5).

[...] era amigo do Prefeito [...] (U1).

Além disto, essa participação da sociedade civil nos conselhos acontecendo por meio do chamamento dos aliados ou de pertencentes à chamada rede sociopolítica, exclui outros sujeitos desse processo decisório⁽¹⁸⁾.

O Poder Executivo procedendo à escolha destes conselheiros fere o princípio de moral e ética, visto que, o “fiscalizado não tem o direito de escolher, nomear e demitir, aqueles que o fiscalizarão”⁽⁹⁾.

O processo de escolha dos demais membros deve ser pelos seus pares ou por processos eleitorais, como modalidade preferencial, conforme referido pelo entrevistado legitimando a inserção de conselheiros nos espaços de controle social e preservando a autonomia dos grupos sociais⁽¹⁹⁾.

[...] estavam abertas as inscrições para o processo de escolha de Conselheiros [...] (U6).

O desencadeamento desses processos de escolha promove a mobilização da comunidade, transformando-os em espaços políticos e ampliando a qualidade da representação, na medida em que possibilita a escolha de membros mais aptos a representar a comunidade e com maiores compromissos com suas bases⁽¹⁴⁾.

Quanto à representatividade do conselheiro há relatos que apontam o comprometimento da representação pela dupla militância ou pela fragilidade da representação.

[...] Acho que meio a meio?... pesa mais é trabalhador de saúde... Mas não deixa de ser uma gestão ... se tem algum questionamento eu respondo [...] (TS1).

[...] Eu represento a comunidade,... Acho que a Igreja... e eu represento o meu bairro [...] (U5).

A “dupla militância” demonstra polêmicas ou possíveis constrangimentos. O trabalhador de saúde ocupante de cargo comissionado vota contra o Governo e a favor dos trabalhadores de saúde? Ou a favor do Governo e contra os trabalhadores⁽⁹⁾?

A fragilidade dos vínculos entre os conselheiros não governamentais e suas entidades de representação, tem como resultado prático “pouco respaldo e acompanhamento de suas ações por parte das entidades de representação”, com a “baixa visibilidade e capilaridade social”⁽²⁰⁾.

A despeito das representações legítimas ou não, pode-se apreender que alguns conselheiros entrevistados reconhecem a importância do Conselho como a voz da população ou a interlocução dos usuários com o sistema de saúde.

[...] um facilitador do acesso à população à saúde... a voz dessa população [...] (TS4).

[...] uma voz de comunicação do que o SUS tem... e os direitos e os deveres que ele tem..., poderia ser esse interlocutor [...] (G2).

Reconhecer-se como a voz da população, poderia estar relacionado com o conceito de legitimidade, representando ideias de um grupo ou de toda dada sociedade⁽¹⁴⁾.

No estudo desenvolvido acerca de um Conselho de Saúde, refletiu-se sobre a baixa cultura participativa no país⁽¹²⁾, a qual deve ser compreendida para que se encontrem estratégias possíveis para minimizá-las, visto que a simples existência de espaços dialógicos, tais como os Conselhos de Saúde, são insuficientes para reverter um consolidado histórico de autoritarismo⁽¹⁶⁾.

Outra questão relevante é que são diversas as demandas levadas aos conselhos para discussão e possível acolhimento pelo setor saúde e que muitas vezes estas apresentam caráter reivindicatório e com benefícios individuais.

[...] O usuário traz a necessidade quase que individual, ele... fala em nome da coletividade [...] (G2).

[...] existe uns dois assim... que é o coletivo. Até de ligar nas unidades, - Tem remédio, Tem consulta? [...] (TS1).

Esta situação explicita a baixa permeabilidade dessa instância deliberativa, aqui entendida como a “capacidade de estabelecer um canal de recepção das demandas sociais, as quais deverão pautar as discussões e decisões do conselho”⁽¹⁴⁾.

Neste processo de participação dos usuários, outro aspecto relevante identificado pela urgência destas demandas, a discussão ocorre fora do espaço do conselho de saúde.

[...] levo direto com a... (nome do representante do hospital)... Ou com o executivo. Até você chegar ao conselho, sair do conselho e chegar aonde tem que chegar, estende muito... eu preciso às vezes ir direto à fonte [...] (U4).

No entanto, destaca-se a pertinência dessas demandas trazidas aos Conselhos de Saúde se referem às necessidades muitas vezes sentidas pelos usuários, e que tais aspectos se valorizados poderiam se articular a mudança para um modelo assistencial congruente com os princípios do SUS⁽¹⁴⁾.

Já os prestadores de serviços de saúde demandam ao Conselho, principalmente assuntos financeiros, demonstrando a união de forças entre seus pares, no sentido de terem suas demandas aprovadas. Nesta posição de barganha, utilizam seus votos nesta arena política como moeda de troca e, assim, aumentam suas possibilidades de estabelecimento de relações contratuais como município⁽¹⁸⁾.

[...] Os prestadores vão lá resolver os seus problemas. Então assim: Você aprova o meu que eu aprovo o teu..., aí o dia que tiver a outra instituição, eu fico quieta porque ela aprovou o meu [...] (G6).

Também os trabalhadores de saúde, de forma similar ao usuário, apresentam questões individuais e não coletivas. Isto pode ser decorrente do baixo investimento em qualificação de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pela reduzida infraestrutura e aprimoramento para o trabalho em saúde, suas demandas ficam, muitas vezes, vinculadas às questões de condições de trabalho⁽¹¹⁾.

[...] melhorias, o que pode ser feito pra adquirir um equipamento [...] (TS5).

[...] trazem coisas individuais. A minha unidade está mal, precisa ampliar... é reivindicar coisas específicas [...] (G6).

Quanto à Gestão de Saúde, as demandas levadas aos Conselhos de Saúde são mais informativas, no sentido de esclarecer o

que está sendo realizado pelo Poder Público, ou de aprovação de plano e relatório de gestão.

[...] Sempre na parte mais informativa..., se têm sugestões, relatório de gestão, o plano [...] (G5PC5).

A utilização da reunião do Conselho como espaço informativo, vem ao encontro da constatação decorrente de estudo desenvolvido sobre o Conselho Nacional de Saúde, em que 39% do tempo foi despendido com questões informativas. Os representantes governamentais demandavam as questões de gestão em saúde que tratavam de assuntos sobre o funcionamento e relações das instâncias de gestão em saúde nos diversos níveis⁽¹³⁾.

Desafios para o fortalecimento do controle social

Nas falas de um usuário, a dificuldade de acesso à informação está evidenciada, coibindo e desestimulando o efetivo exercício de seu papel.

[...] se eu estivesse mais a par de tudo... eu pergunto, mas as respostas são mínimas... a gente tem que saber, o dinheiro que chega..., falam duas palavras, mas não respondem aquilo que a gente desejaria saber..., tem horas que eu poderia participar mais [...] (U2).

Vários entraves interferem no exercício da função do conselheiro, desde a falta de informação, que vai da sonegação de informações até o entendimento da linguagem adotada nos conselhos, além do acesso a capacitações específicas⁽¹⁴⁾.

Alguns entrevistados relataram formas alternativas de comunicação ou articulações são criadas pelos conselheiros buscando alternativas para sua solução e encaminhamento das dificuldades cotidianas. Destaca-se que a “articulação entre os conselheiros que defendem um projeto comum para a saúde e para a sociedade é decisiva para que se imponham suas propostas e para que determinem o rumo da política de saúde”⁽²¹⁾.

[...] sempre trocando ideia... conversando... busca uma alternativa [...] (TS5).

[...] A gente tá sempre se comunicando,... se encontrando às vezes na rua... naquela esquina... é resolvido um problema ou é provocado uma reunião [...] (PC2).

Verificou-se, neste estudo, que a maioria dos conselheiros não participou de processos de capacitações específicas, que poderiam minimizar as dificuldades no exercício cotidiano de suas funções.

[...] não fiz... os conselheiros já me cobraram que quem fazer curso..., eu já demonstrei essa preocupação em reunião de colegiado... eu preciso e eles também. [...] (G4PC4).

[...] É uma pena... Ter a maioria que não tenha feito [...] (U3).

[...] falta um curso de capacitação..., assim que assumir o cargo, [...] (U6).

Os conselheiros que participaram de capacitação específica apontam para o ganho de conhecimento através de troca de experiência com outras realidades, porém, alguns sujeitos apontam os limites desses processos.

[...] foi muito útil... a participação de várias cidades da região e isso fez com que a gente abrisse um campo assim maior na saúde [...] (PS6).

[...] A cada dois anos eles mudam... tinha que ter um processo... de educação permanente... teoria da prática... discutido em cima do concreto que é a pauta..., que tivesse um facilitador; que não fosse da gestão [...] (G6).

[...] quando a gente acabou o curso,... deveríamos ter respaldo... apoio [...] (U3).

[...] nós viemos com novas ideias,... não conseguimos colocar nada em prática [...] (G5PC5).

A participação em capacitação “não levará a uma superação dessa realidade de alienação, descompromisso e manipulação”, porém proverá esses conselheiros de mais informações propiciando o “desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido”⁽²¹⁾.

Uma questão relevante, destacada por um conselheiro, é o de que a utilização no processo educativo de metodologias ativas como processo educacional com grande potencial em problematizar o exercício de conselheiro e com proposição de buscar facilitadores não pertencentes à gestão local proporcionar maior independência ao processo.

Esta demanda vem de encontro com a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS⁽⁷⁾ cujo objetivo geral de atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e fortalecimento do controle social nesta e em outras regiões de saúde do país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle social e seus espaços constituídos têm sido entendidos pelos conselheiros como fundamentais no SUS. Porém, é necessária a compreensão da dimensão que ocupa, visando ao aperfeiçoamento de seu exercício. As conferências de saúde têm sido indicadas por parte dos sujeitos como espaços importantes; no entanto, depoimentos indicam que essas instâncias não têm sido utilizadas plenamente, enquanto fórum de controle social.

Também é relevante o desconhecimento pelos conselheiros da finalidade do controle social e, ainda, o não reconhecimento da existência de outros parceiros neste processo, efetivando uma rede de controle social articulando mecanismos que ampliem a visibilidade do controle social no SUS na região estudada.

A atuação de parte dos conselheiros tem se mostrado congruente com uma sociedade com baixa capacidade participativa e necessita de movimentos consistentes para aperfeiçoar os processos de formação dos conselhos de saúde, garantindo a legitimidade e representatividade nesses espaços.

O desenvolvimento de processos de qualificação destes conselheiros, por meio de capacitações específicas e/ou permanentes, propicia o aprimoramento do exercício de controle social, inclusive na qualificação de demandas e adoção de prioridades que resultem na melhoria das condições de vida da população.

O espaço do CGR constituído na região de saúde estudada, a partir dos dados desta pesquisa, poderia promover ações compartilhadas e solidárias visando o fortalecimento de controle social, com proposições adequadas à realidade local e regional e lançando mão das potencialidades existentes.

Os espaços de controle social, estruturados e qualificados com o adequado reconhecimento da gestão em saúde, certamente serão mais permeáveis às necessidades locais e com maiores possibilidades de trazer impactos positivos na saúde da população na região de saúde.

Agradecimento: Ao Departamento Regional de Saúde III de Araraquara pelo apoio no desenvolvimento das atividades do Mestrado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Brasília; 2001.
2. Wendhausen Á, Cardoso SM. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. Rev. Bras. Enferm. 2007;60:579-84.
3. 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;16:470-8.
4. Moreira MR. Democracia participativa, democracia representativa e os Conselhos de Saúde no contexto da reforma política. Divulgação em Saúde para Debate. 2008(43):15-22.
5. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. Physis: Rev. Saúde Col. 2011;21:1121-38.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília; 2006.

8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Editora 70; 2008.
9. Carvalho GCM. *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE; 2006.
10. Correia MVC. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumentos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
11. Acirole GG. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2003;27(63):63-73.
12. Padavini RL, Arantes CIS, Machado MLT, Ogata MN. Conselho Municipal de Saúde: análise de uma trajetória. *Saúde em Debate*. 2005;29(69):55-63.
13. Silva MK, Côrtes SV, Réos JC, Barcelos M. A dinâmica das relações sociais no Conselho Nacional de Saúde. In: Côrtes SV, editor. *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 73-110.
14. Wendhausen Á. O duplo sentido do controle social: (des) caminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI; 2002.
15. Zambon VD, Ogata MN. *Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no estado de São Paulo*. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011;45:890-7.
16. Acirole GG. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007;11:409-26.
17. Moreira MR, Escorel S, Fernandes FMB, Delgado MM, Suciama LFM, Oliveira AN. A democratização nos Conselhos de Saúde. *Saúde em Debate*. 2006;30(73/74):205-18.
18. Coelho VSP. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos Estudos - CEBRAP*. 2007;78:77-92.
19. Mercadante O. *Conselhos Municipais de Saúde*. Informativo CEPAM Conselhos municipais das áreas sociais. 2. ed. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima - Cepam. Unidade de Políticas Públicas; 2001. p. 41-4.
20. Tatagiba L. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: Dagnino E, editor. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p. 47-103.
21. Correia MVC. *Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.