



Desafios e potencialidades para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre

Challenges and potentialities for the structuring and functioning of the Local Health Councils in Porto Alegre

Frederico Viana Machado

Doutor em Psicologia; Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação e do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: frederico.viana@ufrgs.br; ORCID: [0000-0002-8884-1124](https://orcid.org/0000-0002-8884-1124)

Monika Weronika Dowbor

Doutora em Ciência Política; Professora dos Programas de Pós-Graduação de Saúde Coletiva e de Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos, RS) e pesquisadora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: mdowbor@gmail.com; ORCID: [0000-0002-1845-046X](https://orcid.org/0000-0002-1845-046X)

Rodrigo Silveira Pinto

Doutor em Ciências Farmacêuticas; Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil;
E-mail: rodrigospinto@gmail.com; ORCID: [0000-0003-1053-9926](https://orcid.org/0000-0003-1053-9926)

Vitória D'Avila Pedroso

Graduada em Saúde Coletiva e Especialista em Saúde Coletiva; Analista de Saúde Populacional - Rede de Saúde Divina Providência, Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: vi.pedroso123@gmail.com; ORCID: [0000-0002-7610-8697](https://orcid.org/0000-0002-7610-8697)

Franciele Santiago Ferreira Senna

Bacharel em Políticas Públicas pela UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: francielesenna16@gmail.com

Alexandra Kowalczyk de Oliveira

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Acompanhante Terapêutica e Educadora Popular em Saúde. Viamão, RS, Brasil;
E-mail: alexandra.kowalczyk@acad.pucrs.br; ORCID: [0009-0007-7328-2415](https://orcid.org/0009-0007-7328-2415)

Mariana Lenz Tarouco

Graduada em Psicologia pela Universidade La Salle. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Escola de Saúde La Salle Santa Casa; Mestranda no PPGSCA/UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: mariana-lenz@hotmail.com; ORCID: [0000-0002-5662-1186](https://orcid.org/0000-0002-5662-1186)

Resumo: Introdução: O objetivo deste trabalho foi identificar a presença, bem como formas de atuação e funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) da cidade de Porto Alegre, visto o seu fomento como meta de gestão neste município, incluída por iniciativa do Conselho Municipal de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva. Primeiramente, determinou-se a quantidade de CLS ativos. Em seguida, procurou-se agendar uma entrevista semiestruturada em grupo com os CLS encontrados, utilizando um instrumento desenvolvido e validado. Foi feita a estatística

descritiva com a determinação de frequências. **Resultados e Discussão:** Foram encontrados 56 CLS ativos e 32 entrevistas foram realizadas. Os CLS têm uma Coordenação Local instituída e presente, com reuniões ocorrendo com pautas definidas, onde são discutidos assuntos de saúde e da vida comunitária, ainda que com baixa participação da comunidade. Os CLS usam a estrutura descentralizada de conselhos bem como outros canais como sistema de justiça e representantes políticos para encaminhar as demandas. **Considerações finais:** A inclusão de CLS como meta de gestão mostrou um resultado positivo no aumento dos CLS. Porém se deve pensar mais em cada território e suas particularidades, com ações que diversifiquem as formas de mobilização.

Palavras-chave: Saúde pública; Participação da comunidade; Participação social; Planejamento em saúde comunitária; Políticas públicas.

Abstract: Introduction: The objective of this work was to identify the presence, as well as the ways in which the Local Health Councils (CLS) operate and work in the city of Porto Alegre, considering their promotion as a management goal in this municipality, included by initiative of the Council City of Health. **Methodology:** This is an exploratory and descriptive research. First, the amount of active CLS was determined. Next, an attempt was made to schedule a semi-structured group interview with the CLS found, using a developed and validated instrument. Descriptive statistics were performed with the determination of frequencies. **Results and Discussion:** 56 active CLS were found and 32 interviews were carried out. The CLS have an established and present Local Coordination, with meetings taking place with defined agendas, where health and community life issues are discussed, even with low community participation. CLS use the decentralized council structure as well as other channels such as the justice system and political representatives to address demands. **Final considerations:** The inclusion of CLS as a management goal showed a positive result in the increase of CLS. However, more thought should be given to each territory and its particularities, with actions that diversify the forms of mobilization.

Keywords: Public health; Community participation; Social participation; Community health planning; Public policies.

Agradecemos: à Heloisa Alencar, Joana Olivia Fernandes e demais parceiros do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre que contribuíram para a realização da pesquisa; aos bolsistas do LAPPACS que participaram do trabalho de campo; aos colegas do Grupo de Pesquisa Associativismo, Contestação e Engajamento (GPACE) que contribuíram com críticas e sugestões a este trabalho; ao professor Mauro Silveira de Castro e à Faculdade de Farmácia da UFRGS; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CNPq/Capes), a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul, ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação e ao Programa de Bolsas da UFRGS pelos recursos que financiaram as diferentes fases e ações que envolveram esta pesquisa.

Introdução

A participação comunitária no setor de saúde, embora com as primeiras experiências datando dos anos 1920, aparece politicamente nos anos 1970 e se institucionaliza como princípio fundador e elemento indispensável para a Atenção Primária em Saúde (APS) na Conferência de Alma Ata de 1978. Desde então, ela é fomentada de formas diferentes e com ênfases distintas (consulta a usuários, criação de conselhos e comitês, projetos envolvendo a comunidade, entre outras) e com significados e efeitos desejados pouco consensuados na literatura. No Brasil, a participação na saúde surge no formato de

conselhos nos anos 1970, por iniciativa das comunidades para fazer o Controle Social. Na Zona Leste de São Paulo, por exemplo, se constituíram os Conselhos de Comunidade junto aos Centros de Saúde, instalados pelo movimento popular de saúde, os quais fiscalizavam o funcionamento de Centros, fazendo a vigília, para garantir a presença dos médicos e melhorias nos serviços². A experiência se ampliou para 18 bairros da região e em 1983 a Secretaria de Saúde Estadual regulamentou os Conselhos, tornando-os uma parte da estruturação institucional do setor de saúde. Iniciativas semelhantes podem ser localizadas em outras capitais brasileiras. Em Porto Alegre também temos registros de conselhos locais de saúde funcionando em unidades de saúde desde a década de 1970.

O princípio da participação e Controle Social na saúde ganhou garantia constitucional em 1988, a partir de então, a implementação de conselhos se expandiu para os três níveis federativos. Fruto de indução federal, em 1996, quando passou a ser exigida a constituição de conselhos para o repasse de verbas da união, a cobertura de conselhos municipais de saúde atingiu quase 99% nos municípios com maior IDH e 92,2% naqueles com menor IDH em 2009 (GURZA LAVALLE; BARONE, 2015). Com objetivo de aumentar a transparência do Estado e garantir o espaço institucional para o Controle Social das políticas públicas, os Conselhos representam, segundo Moreira e Escorel, “a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país” (p. 796). Nessa expansão, o nível local não foi incluído.

Os conselhos locais de saúde ganharam um respaldo importante em 2003, quando a 12^a Conferência Nacional de Saúde, com o intuito de aprofundar a participação social, apontou a necessidade de se investir na implantação de Conselhos Locais de Saúde (CLS). No relatório final desta Conferência Nacional, a diretriz 17 aponta a necessidade de

fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde com dotação orçamentária e estimular a criação dos Conselhos Locais de Saúde, por meio de seminários e palestras, nos Conselhos, com orientação, educação e capacitação dos conselheiros, usuários e gestores, apoiados pelas secretarias municipais de saúde, assegurando autonomia estrutural, eleições democráticas das entidades representativas dos segmentos, a paridade conforme a Resolução CNS n.º 333/03, bem como eleições de todos os membros das mesas diretoras⁵ (p.104).

A regulamentação do Controle Social e participação da comunidade junto aos equipamentos mais capilarizados no país no nível local, que são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), se traduziu na diretriz da participação e Controle Social na atenção básica nas três edições da Política Nacional de Atenção Básica, ^{6;7;8} atribuindo a responsabilidade pela sua implementação aos municípios. Para garantir a resolutividade dos serviços de Atenção Básica de Saúde (ABS), destacou-se a Participação da Comunidade na Saúde (PCS) como forma de aprimorar o diagnóstico situacional de saúde, a efetividade das políticas públicas e a democratização da gestão. Essa ênfase estava condizente com as diretrizes da

Organização Mundial de Saúde.⁹

No município de Porto Alegre, a criação do primeiro Conselho Local de Saúde (CLS) se deu em 1970, mas foi a partir de 2010, por iniciativa do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que vemos um maior incentivo para a criação de CLS nas UBS^I da cidade. Com o protagonismo do CMS, os CLS foram incluídos nos Planos Municipais de Saúde dos quadriênios 2010/2013 e 2014/2017^{10;11} (PORTO ALEGRE, 2013; 2017), considerados como necessários para a ampliação da gestão participativa, estabelecendo metas e indicadores, e prevendo constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 50% dos serviços de saúde. Naquele período (gestão de José Fortunati do Partido Democrático Trabalhista), segundo uma de nossas informantes do CMS, a gestão de saúde do município reconheceu a importância de fortalecer o Controle Social e, por meio das Gerências Distritais^{II}, incentivou a instalação de CLS nas UBS da cidade. O Relatório Anual de Gestão de Porto Alegre de 2014 fez o acompanhamento, verificando a instalação desses arranjos em 58,52% dos serviços.¹²

Não encontramos pesquisas específicas sobre a instalação e funcionamento desses arranjos em alcance nacional. Entretanto, Pinto¹³ apresenta dados sobre participação comunitária do Segundo Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que avaliou 29.778 equipes de estratégia de saúde da família, o que correspondia a 41,51% do total de equipes existentes naquele momento. Ressalta-se que o PMAQ-AB tem um viés, pois as equipes avaliadas são aquelas indicadas pelos gestores, estas tendem a ser as mais qualificadas do município. Entretanto, devido a dimensão da coleta, não deixam de ser dados expressivos. Nesta avaliação, encontrou-se diversas discrepâncias, como a percepção sobre a existência de CLS entre profissionais da equipe e usuários, além da falta de documentos comprobatórios da existência desses arranjos nas UBS: 56,6% das equipes indicaram a presença de CLS na UBS de atuação, sendo que 33,20% (9.886 equipes) “Tem CLS e documento”, que diz respeito ao registro de atas de reunião, e 23,39% (6.964 equipes) “Tem CLS sem documento”. 43,41% (12.928) das equipes responderam “Não tem CLS”. No questionário aplicado em usuários temos uma informação importante: 20,03% (22.960) responderam “Tem CLS”, 31,27% (35.835) “Não tem CLS”, e 48,70% (55.820) “Não sabe se tem CLS”. Nestes dados identificamos uma presença relevante de CLS nas ABS brasileiras. Ao mesmo tempo, vemos que uma parcela grande dos usuários desconhece a existência ou o que são estes serviços.¹³

^I Para simplificar, utilizaremos o termo UBS para todos os serviços de saúde de atenção básica, incluindo nesta caracterização também as Estratégias de Saúde da Família (ESF).

^{II} “As Gerências Distritais são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS”⁴⁶ e gerenciam os 17 Distritos Sanitários do município em oito regiões de saúde.

Na literatura sobre participação local em saúde prevalecem diagnósticos receosos sobre a efetividade desses arranjos participativos. Embora ressaltem a importância dos CLS, diversos autores apresentam questionamentos sobre a qualidade da participação e sua contribuição efetiva para a ABS.^{15; 16; 17; 18} Como argumentam Kohler e Martinez,¹⁹ sobre os Conselhos de Saúde, embora pretendam ser inclusivos e participativos, “na prática, eles parecem ter pouco impacto sobre o processo de elaboração de políticas de saúde no Brasil [...] e suas deliberações são muitas vezes estreitas e controladas” (p.8, tradução nossa).

Por outro lado, quando o CLS consegue atender uma demanda, alcança reconhecimento. Jerome²⁰ listou uma ação organizada por um CLS que envolveu o desenvolvimento de pontos de dispensação de medicamentos em pontos de ônibus, dando origem a um programa que foi implementado em todo o município de Fortaleza. Esse programa foi implementado graças às discussões realizadas durante as reuniões dos CLS, devido ao problema da dificuldade de acesso à farmácia da Unidade de Saúde (US). Neste caso, os membros do CLS tinham a vivência da comunidade, capaz de fazer importantes contribuições para o fortalecimento da política de saúde local.

Esse diagnóstico nacional não diverge do internacional. Em uma revisão ampla dos estudos sobre participação na atenção primária em saúde, Rifkin²¹ indica que não existem relações diretas de causalidade entre a participação e os resultados de saúde e que as pesquisas apontam para a importância do contexto político. As mais recentes abordagens da PCS deslocam a ênfase dos resultados (na impossibilidade de estabelecer o vínculo causal direto) para os processos de participação que fortalecem a implementação de programas de saúde ao longo do tempo.

Neste artigo, apresentaremos os principais resultados da pesquisa “Desafios da participação social na atenção básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de Porto Alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas casas de saúde na Itália”, desenvolvida pelo Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS) em parceria com o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS). Partimos das expectativas mais baixas em torno da efetividade, aportando um diagnóstico exploratório sobre o funcionamento e a estruturação dos CLS em Porto Alegre, baseado em um conjunto de 32 conselhos que participaram da nossa pesquisa de um total de 56 conselhos ativos. Esse estudo pretende contribuir com o debate sobre participação social em saúde no Brasil e ampliar nossa compreensão sobre o funcionamento desses arranjos na cidade e no nível local.

Metodologia

Esta é uma pesquisa exploratória e descritiva, baseada em metodologia qualitativa e quantitativa, cujo

campo de estudo foram os CLS de Porto Alegre. O método da pesquisa ampliada é extenso e complexo, tendo sido objeto de discussão em trabalho anterior.²² A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2017 e março de 2018. Descreveremos a seguir os passos metodológicos circunscritos ao presente artigo.

Tomando como ponto de partida um questionário elaborado pelo CMS, elaboramos um instrumento de pesquisa dividido em duas partes, e que foi aprimorado nos passos iniciais da pesquisa. A primeira consistia em um formulário que foi enviado por e-mail para as/os coordenadoras/es de UBS, o qual deveria ser preenchido com dados básicos sobre o CLS. Este formulário foi pensado nas aplicações piloto do instrumento, nas quais notamos que algumas informações demandaram dos respondentes consulta a atas e registros, bem como o acesso à memória de membros antigos. A segunda parte do instrumento trazia um questionário fechado e um roteiro de entrevista semiestruturado.

Para determinar a população de CLS ativos em Porto Alegre, partimos da lista de UBS da cidade repassada pelo CMS. Como os contatos destas UBS não estavam atualizados, realizamos um mapeamento de campo, com a ida dos pesquisadores às reuniões dos colegiados de gestores de cada Distrito de Saúde. Nestas reuniões estavam presentes os coordenadores das UBS da região. Fizemos a apresentação da pesquisa, sensibilizando os gestores para a importância da colaboração dos trabalhadores para a realização da mesma. Uma carta-convite foi entregue aos gestores das UBS presentes nas reuniões. Nessas reuniões iniciamos um banco de dados de identificação das UBS existentes (endereço, telefone e e-mail da coordenação, presença de CLS) e a indicação de alguma pessoa de referência para o CLS.

De posse dessa listagem, enviamos um formulário para levantamento de dados iniciais sobre os CLS. Após o recebimento do formulário preenchido, fazia-se o agendamento da visita dos pesquisadores que aplicaram o instrumento. Os respondentes foram uma ou mais pessoas de referência participantes do CLS. No conjunto das questões de interesse da pesquisa constavam informações sobre o funcionamento dos CLS e representações dos participantes sobre a participação da comunidade em saúde. Optou-se pela entrevista semiestruturada em grupo, pois notamos que em grupo se tornava mais efetiva a recuperação das informações. O método de entrevista selecionado foi o da entrevista natural. Segundo Amezcua,²³ a entrevista natural é realizada quando o ambiente natural (a reunião dos CLS) é determinante para reforçar o surgimento de mais informações e a implicação dos participantes.

O instrumento de coleta de dados, o qual incluía um questionário e um roteiro de entrevista, contemplava dados quantitativos e qualitativos. A parte qualitativa do instrumento investigou as concepções sobre participação e valores políticos, os aspectos históricos, a função e as atividades do CLS, as práticas de associativismo e percepções sobre os serviços de saúde. A parte quantitativa

investigava o funcionamento e os recursos do CLS e sua interação com outros fóruns participativos e agentes políticos tomadores de decisão. A validação do instrumento ocorreu por meio de sua aplicação em três CLS. Ao longo do processo de validação, algumas questões que eram abertas se tornaram fechadas no questionário, não apenas para facilitar a análise, mas também para criar um padrão de respostas que possibilitasse uma análise comparativa dos CLS.

Para aperfeiçoar e padronizar o processo de coleta de dados, foi desenvolvido um manual de realização das entrevistas com os passos a serem realizados, desde o agendamento até a tabulação dos resultados. Os entrevistadores foram acompanhados pelos pesquisadores responsáveis nas primeiras entrevistas, para treinamento. A aplicação foi realizada em duas etapas. Inicialmente, foi enviado um e-mail com o formulário para todas as UBS para coleta de informações a respeito do histórico, estrutura administrativa e cronograma das reuniões dos CLS, seguido do agendamento da visita dos entrevistadores para aplicação do instrumento de coleta de dados aos conselheiros, preferencialmente em um dia de reunião ordinária. Para as UBS que não retornaram, foi tentado o contato telefônico, a fim de confirmar a existência do CLS e tentar agendar a entrevista.

O objetivo era aplicar o instrumento em todos os CLS existentes da cidade, entretanto, muitas UBS não responderam ao e-mail enviado ou atenderam nosso telefonema, de modo que não foi possível constatar a existência de CLS e, conseqüentemente, agendar a entrevista. Em alguns casos, constatamos a existência de CLS, mas não foi possível o agendamento. De um total de 152 UBS, conseguimos contato com 126, que nos informaram sobre a existência ou não de CLS, com o resultado de 56 CLS ativos, dos quais 32 responderam ao questionário. A aplicação foi conduzida por uma dupla de pesquisadores. Todas foram gravadas e transcritas para a análise qualitativa, que serão usadas apenas pontualmente neste artigo. Os dados quantitativos foram tratados e tabulados no *IBM SPSS Statistics for Windows*, para realização de estatística descritiva com determinação de frequência. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e aprovado sob o número de registro 58781116.7.0000.5347.

Condições institucionais da criação e manutenção dos CLS em Porto Alegre

Porto Alegre tem um CMS atuante,^{24;25} uma estrutura descentralizada em Conselhos Distritais de Saúde (CDS) e CLS²⁶ e fomentou a implantação e regularização de CLS como meta de gestão no Plano Municipal de Saúde. Em seu Regimento Interno, o CMS instituiu e forneceu diretrizes para a atuação dos CLS na cidade prevendo: a formação de uma comissão coordenadora; a presença do gestor em reuniões programadas; responsabilidades relacionadas à atuação na política de saúde; articulação com as

instâncias de participação local; incentivar a PCS; promover a realização de pesquisas locais; participar do Conselho Distrital de Saúde; e elaborar seu próprio regimento interno.²⁶ O desenho institucional proposto possui duas características importantes: seu caráter é ou, ao menos, espera-se que seja, deliberativo e sua estruturação inclui um instrumento de democracia direta, na medida em que o Conselho possui “natureza assembleística”, ou seja, todos os presentes no plenário têm direito à voz e ao voto. A comissão coordenadora, que deve ser escolhida por meio de uma eleição por chapas, é responsável pela organização e divulgação das plenárias do CLS. Por esta razão, alguns membros da câmara técnica do CMS nos relataram que o nome mais adequado para os CLS seria “Instâncias Locais de Participação”, por não serem espaços representativos.

O caráter assembleístico funciona apenas nesse nível, pois para as plenárias de conselhos distritais e municipal a participação se dá por meio de representação. Os Conselhos Distritais contam com representação de usuários e trabalhadores de todas as UBS do território de referência, que devem ser indicados pelo CLS ou, quando este está inativo, pela coordenação do serviço. A escolha dos usuários para a composição da plenária do CMS, por sua vez, é feita nos CDS. Cada um dos CDS indica dois representantes de usuários titulares e dois suplentes e um trabalhador titular e um suplente para compor a plenária do CMS.

Entre 2010 e 2019, o CMS contou com a designação de uma servidora da Secretaria Municipal que trabalhava apoiando a instalação, regularização e qualificação dos CLS. Esta trabalhadora realizava visitas aos CLS e reuniões nas UBS buscando qualificar o processo participativo e apoiar a organização comunitária, auxiliando na elaboração e aprovação do regimento interno de cada CLS, planejando eventos e capacitações para o Controle Social, entre outras ações. Para informar a comunidade, o CMS desenvolveu uma placa padronizada que trazia as logomarcas da prefeitura e do CMS, com o nome na UBS e o horário das plenárias do CLS, a qual deveria ser afixada nas dependências do serviço.

O primeiro resultado da pesquisa foi precisar o número de CLS existentes e dentre eles os ativos. O primeiro levantamento realizado pelo CMS sobre CLS nas US identificou 103 CLS ativos em 193 Unidades de Saúde.¹⁰ Este número diminuiu na avaliação quadrimestral do CMS de Porto Alegre de 2017, que identificou 97 CLS, destes 56 ativos e 41 parcialmente ativos, em 176 Unidades de Saúde. Os critérios de avaliação para que um CLS fosse considerado ativo eram: Núcleo de Coordenação em prazo de vigência do último pleito eleitoral; Realização de reuniões ordinárias conforme calendário; registro de reuniões em livro de ata; presença de ao menos um representante de cada segmento que compõe o Núcleo de Coordenação em cada reunião ordinária.¹¹ Fomos informados que os dados poderiam estar desatualizados e apresentar incongruências, pois o levantamento destes dados foi feito de modo pouco formalizado durante as reuniões de coordenadores das Gerências Distritais.

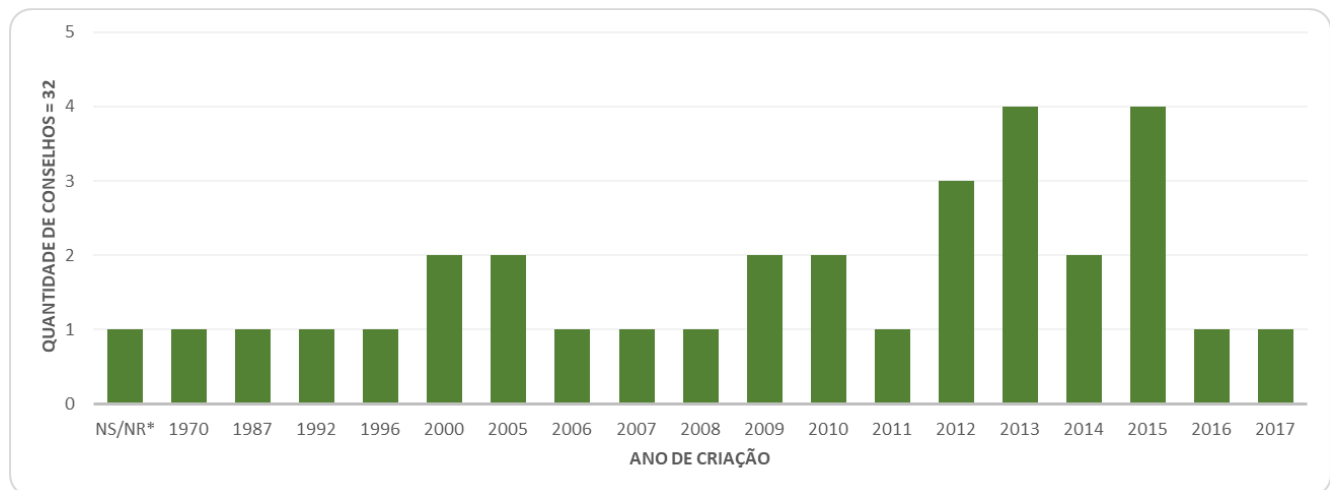
Deste modo, tornou-se um dos objetivos da pesquisa aferir quantos CLS estavam em atividade. Por meio de visitas às reuniões de coordenadores das oito Gerências Distritais, identificamos a existência de 152 UBS em funcionamento na cidade e atualizamos os nomes das coordenadoras e dados para contato com a unidade. Em seguida enviamos os formulários por e-mail e, para os que não nos responderam, realizamos telefonemas consultando sobre a situação do CLS. Das 152 UBS em funcionamento, conseguimos contato com 128. Destas, 56 (36,8%) UBS possuíam CLS ativo e 72 (47,3%) não possuíam ou estavam inativos. Após tentativas de contato por e-mail e telefone, não se obteve resposta em 24 (15,7%) unidades. Nesta classificação, não aplicamos os critérios do CMS para que um CLS seja considerado ativo, em vez disso nossos informantes locais definiram qual status era mais adequado para cada CLS.

Precisar com exatidão quais CLS estão ativos não é uma tarefa simples, pois são formas participativas sensíveis a uma série de fatores, tais como tradição associativa da comunidade, presença de lideranças, profissionais afinados com as práticas participativas, mudanças no funcionamento dos serviços e alterações no contexto político, social ou sanitário. Fatores como estes produzem instabilidade no funcionamento dos CLS, pois é comum que os serviços passem por rotatividade da coordenação e dos trabalhadores nas equipes de ABS, que lideranças se mudem do bairro ou priorizem outros espaços de atuação, que o aumento da violência e da criminalidade dificulte a presença dos usuários em determinados horários, entre diversos outros fatores.

Além disso, a participação nos CLS não é considerada parte das atividades profissionais e não é remunerada, o que não estimula a participação dos trabalhadores. Os usuários, por sua vez, também podem não se interessar pela atuação nestes espaços por questões como a carência de institucionalização e legitimidade, a baixa resolutividade ou a morosidade dos processos políticos e ações desenvolvidas nos CLS. Notamos que a grande maioria dos êxitos e conquistas atribuídos às ações dos CLS pelos entrevistados referem-se a processos que envolvem muita dedicação e que demoraram meses e às vezes anos para darem resultados, como reformas ou a construção de uma nova sede para a UBS, compra de novos equipamentos, contratação de profissionais e mudanças no acesso ao serviço.

A aproximação criteriosa com o campo revela que os CLS oscilam em fases de maior ou menor participação. Por esta razão, nos interessava conhecer a data de surgimento, a continuidade e os contextos nos quais os CLS foram criados. Devido às limitações de tempo e recursos destinados à pesquisa, não acessamos as UBS que já tiveram CLS, porém, que não estavam mais em funcionamento. Mesmo nas unidades que entrevistamos, os entrevistados não souberam nos informar sobre períodos de inatividade, devido à rotatividade dos trabalhadores e usuários. Entretanto, conseguimos mapear as datas de fundação e os aspectos gerais de funcionamento.

Figura 1. Ano de criação dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre



Fonte: os autores, 2022.

* = Não Sabe/Não Respondeu

Como podemos ver na Figura 1, em relação à data de fundação dos CLS investigados, quatro (12,5%) foram criados antes dos anos 2000, 11 (34,3%) foram fundados entre 2000 e 2010, e 15 (46,9%) datam de depois de 2010. Em um (3,1%) CLS, os entrevistados não souberam precisar o ano de fundação. Observa-se que o primeiro CLS, fundado em 1970, e o segundo, fundado em 1987, são anteriores até mesmo à Constituição de 1988 e da Lei Orgânica do SUS,^{27;28} que passou a regular a Participação e o Controle Social em Saúde. Portanto, trata-se de um universo que mescla quase na mesma proporção os CLS de origem provavelmente societal com aqueles cuja implantação foi fomentada pelo CMS e se deu por um modelo *Top Down*,²⁹ focado em metas e indicadores de avaliação propostos por níveis superiores, um resultado semelhante ao encontrado por Lisboa et al.³⁰

Pode-se deduzir que a incidência da fundação dos CLS a partir de 2010 deriva dos esforços para cumprir as metas presentes no Plano Municipal de Saúde de 2010/2013 e 2014/2017,^{10;11} e que foram inseridas no plano por terem sido propostas pelo CMS. Em algumas entrevistas nos foi relatado que houve pressão para que a coordenação do serviço viabilizasse a criação do CLS. Esta pressão era feita tanto por meio de contatos do CMS, como por meio de gestores das Gerências Distritais, que seguiam as metas do Plano Municipal de Saúde e apostaram nos CLS como necessários para o aprimoramento dos serviços^{III}. No entanto, chama também a atenção a longevidade de quase metade dos Conselhos

^{III} Outro elemento que pode ter influenciado a presença dos CLS na pauta da saúde diz respeito ao cumprimento dos critérios de avaliação do PMAQ-AB, que tem como objetivo induzir a melhoria do acesso e dos serviços da atenção básica no Brasil por meio de uma avaliação dos serviços com destinação de verbas adicionais para unidades participantes com bônus para aquelas que melhoraram seus indicadores.⁴⁷ Um dos critérios de avaliação do PMAQ-AB é a forma de comunicação do serviço de saúde com a comunidade, bem como os mecanismos presentes para participação desta.

criados antes de 2010, o que pode indicar algum grau de relevância.

A institucionalização dos Conselhos Locais de Saúde em Porto Alegre se deu por meio do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde,²⁶ porém, em outros contextos, foram criados dispositivos legais superiores, como portarias da Secretaria Municipal de Saúde³¹ (AMORIM et al, 2015) e decretos e leis municipais.^{30;32;33} A forma como se estrutura a participação nas políticas de saúde é importante, pois o tipo de legislação pode influenciar as capacidades de fomento, incentivo e legitimidade dos Conselhos Locais. Em Porto Alegre, notamos que, apesar dos esforços realizados pelo CMS e pela gestão, houve muito pouco investimento de recursos e de pessoal para o fomento e a qualificação dos processos participativos, o que se reflete nos processos de estruturação e funcionamento dos CLS.

A normativa do Conselho Municipal de Saúde prevê que os CLS devem passar por um treinamento obrigatório sobre Participação e Controle Social, o que constatamos em 20 (67,5%) dos 32 CLS entrevistados, destes, em apenas sete (21,8%) todos os membros da coordenação passaram por alguma capacitação. Além das capacitações, para o fomento à instalação e à manutenção da capacidade de atuação dos CLS, na maior parte do tempo o CMS contava com apenas uma funcionária destinada para o apoio institucional e os trabalhadores das UBS não recebiam estímulos financeiros ou mesmo a liberação de carga horária para se dedicarem a estas tarefas. Importante ressaltar que o CMS conta com número insuficiente de profissionais para a realização das tarefas e os trabalhadores, de um modo geral, trabalham nos limites de sua capacidade. Isto dificulta até mesmo o fluxo de informações entre os CLS, a gestão e os demais espaços de participação.

Labra³⁴ e Escorel e Moreira³⁵ discutem que uma das barreiras para o funcionamento dos Conselhos de Saúde é o isolamento e a incerteza de incidência nas políticas públicas. Em outras palavras, o sentimento de autoeficácia, que faz com que os atores sintam que sua atuação surtirá efeitos, é fundamental para fomentar a participação. No caso de Porto Alegre, apesar dos incentivos promovidos pelo CMS e pelas gerências distritais, os relatos dos usuários indicavam pouca confiança na capacidade de resposta às demandas elaboradas pelo CMS. Este contexto indica dificuldades para que a política municipal de participação consiga potencializar as dinâmicas e lógicas sociais próprias da singularidade de cada território.

Para os gestores das UBS, como foi relatado em algumas entrevistas, a pressão para a criação do CLS pode ter sido benéfica, pois, sinaliza o reconhecimento e o compromisso da gestão com a participação local, mas o problema está na capacidade reduzida de escuta e de inclusão das comunidades nos processos decisórios. Estudando o município de Vitória da Conquista, Bispo Júnior e Martins³⁶ encontraram por parte da gestão um grande esforço para estruturação e manutenção dos

CLS, por meio da criação de um setor específico para fomento do controle social, além de criação de um canal direto de cada CLS com a Secretaria de Saúde por meio de uma “agenda de compromisso” pactuada. A criação desse instrumento no município de Vitória da Conquista sinaliza a importância de investimentos para articular a participação local e a gestão municipal, e deixa entrever sua ausência na realidade que pesquisamos. Assim, a instalação dos CLS em Porto Alegre, sem considerar critérios importantes para a efetividade da construção da PCS,³⁷ não foi suficiente para garantir a efetividade e resolutividade das demandas locais, o que compromete a capacidade de mobilização da comunidade.

Estruturação e funcionamento dos CLS

Como dissemos anteriormente, as reuniões do CLS são abertas à participação de toda a comunidade, pois os conselhos possuem “natureza assembleísta”. Entretanto, para o seu funcionamento, diversas variáveis precisam ser consideradas, como a assiduidade dos membros, sobretudo da coordenação, a confecção e divulgação das atas, a mobilização da comunidade, entre diversos outros. Neste tópico apresentaremos os dados sobre o grau de institucionalização e a dinâmica de funcionamento dos CLS. Com relação a composição da Coordenação, vemos que 24 (75%) são paritários (50% de usuários, 25% trabalhadores e 25% de gestores), destes, oito (25%) contam com dois usuários, um trabalhador e um gestor; 16 (50%) CLS optaram por uma composição ampliada, com quatro usuários, dois trabalhadores e dois gestores. Composições alternativas foram encontradas em oito (25%) CLS. Sobre o segmento do coordenador geral do CLS, 21 (65,6%) eram usuários, um (3,1%) era trabalhador, um (3,1%) era gestor, e em nove (28,1%) a coordenação era colegiada ou não havia um membro que ocupava o cargo de coordenador. Sobre a representação nos CDS, 30 (93,7%) CLS confirmaram que um representante encaminha as demandas locais nas reuniões, destes, 23 (71,9%) estão sempre ou frequentemente presentes. Outro aspecto investigado foi a assiduidade da coordenação. Como apresentado na Tabela 1, a assiduidade é satisfatória em mais da metade dos casos. Importante ressaltar que uma coordenação que não participa assiduamente das reuniões dificilmente criará vínculos e expertise suficiente para mobilizar a comunidade e potencializar as ações do CLS. Além disso, membros faltantes podem sobrecarregar aqueles que participam. Como ficará mais explícito ao longo do texto, a condução do CLS envolve procedimentos que exigem dedicação e trabalho da coordenação.

Tabela 1. Assiduidade dos membros da Coordenação do CLS nas reuniões

Assiduidade	Quantidade de CLS (%)
Raramente alguém falta	17 (53,1)
Pelo menos um membro falta em cada reunião	5 (15,6)
Pelo menos dois membros faltam em cada reunião	2 (6,2)
Menos da metade dos membros comparecem em cada reunião	8 (25)
Total	32 (100)

Fonte: os autores, 2022.

Como já destacado, a coordenação é responsável por organizar ações, mobilizar a comunidade e preparar as reuniões. Tais reuniões devem funcionar como plenárias, não como espaço de representação. Entretanto, diversos entrevistados relataram que este não é sempre o caso. Há reuniões sem a participação das pessoas da comunidade e onde os coordenadores atuam na função de representantes da comunidade. A investigação do porquê isso acontece em alguns CLS e como funciona esse papel de representação não foi objeto de pesquisa, mas o dado coletado, demonstra uma dissonância entre a natureza assembleísta dos CLS, como previsto nas diretrizes elaboradas pelo CMS, e os modos singulares de organização de cada território.

Para compreendermos como se dá a participação da comunidade, é importante saber como as práticas são formalizadas e organizadas, e como a comunidade pode se relacionar com o CLS. Isto é determinante para que as pessoas possam ver sentido na participação e compreender seu funcionamento.³⁸ A previsibilidade e transparência são alguns desses elementos. Assim encontramos que todos os 32 (100%) CLS entrevistados possuem calendário de reuniões para o ano todo, tem regimento aprovado e registram suas reuniões em ata e 27 (84,4%) deles as disponibilizam em “Livro de Atas”, que fica disponível para acesso dos usuários na UBS. Nas Tabelas 2, 3 e 4 estão incluídos dados sobre as reuniões que nos ajudam a compreender as práticas dos CLS.

Tabela 2. Planejamento das Reuniões dos Conselhos Locais de Saúde

Aspectos de planejamento das reuniões (%) N=32					
	Agenda de pautas definidas	Reunião de planejamento da Coordenação	Pautas são divulgadas para a comunidade	Novos Pontos de Pauta em reuniões	Aprovação das atas pelo plenário
Sim	9 (28,1)	10 (31,2)	15 (46,9)	28 (87,5)	26 (81,2)
Não	13 (40,7)	9 (28,1)	10 (31,3)	1 (3,1)	3 (9,4)
Às vezes	10 (31,2)	13 (40,7)	7 (21,8)	3 (9,4)	3 (9,4)

Fonte: os autores, 2022

Tabela 3. Preparo das Reuniões do CLS pela Coordenação

Formas de preparo	Quantidade de CLS (%)
Pautas nas reuniões da UBS	9 (28,1)
Aplicativo de mensagem	4 (12,5)
Conversas informais	3 (9,4)
Outros espaços de discussão	4 (12,5)
Não é feita a preparação da reunião	8 (25,0)
NS/NR*	4 (12,5)
Total	32(100)

Fonte: os autores, 2022

*=Não sabe/Não respondeu

Tabela 4. Participação dos membros da Coordenação do Conselhos Locais de Saúde nas reuniões de equipe das UBS

Participação nas reuniões de equipe	Quantidade de CLS (%)
Sim, membros da coordenação	6 (18,8)
Não	22 (68,7)
Não, a coordenação do serviço faz a mediação	4 (12,5)
Total	32(100)

Fonte: os autores, 2022

Pontos de pauta podem ser um elemento que desperta o interesse da comunidade para participar do CLS, pois contribui para que os participantes saibam de antemão o que será discutido.

Vemos que 19 (59,3%) CLS possuem uma agenda de pautas definidas e 22 (68,7%) divulgam estas pautas para a comunidade. Embora isso represente a maioria dos CLS, vemos que uma quantidade significativa de CLS não desenvolve esse trabalho. O surgimento de novos pontos de pauta durante as reuniões ocorre em 28 (87,5%) CLS, o que aponta para reuniões dinâmicas e abertas para discussões trazidas pela comunidade. Todos os CLS registram suas reuniões em ata e 29 (90,6%) deles a submetem para a aprovação da plenária, o que pode ser visto como uma forma de implicar os participantes no processo participativo.

A preparação das reuniões é uma das tarefas mais importantes da coordenação do CLS, pois envolve o estabelecimento de pautas, a articulação dos atores, a coleta e discussão de informações e a mobilização comunitária. Neste quesito, 23 (71,9%) CLS disseram fazer reuniões para a preparação de reuniões sempre ou às vezes. Sobre os modos de preparar a reunião, nove (28,1%) destacam “pautas nas reuniões da UBS”, que dizem respeito ao uso do próprio espaço das reuniões plenárias para tal fim, quatro (12,5%) mencionam o “uso do Aplicativos de Mensagem”, três (9,4%) utilizam conversas informais e “outros espaços de discussão” são utilizados por quatro (12,5%) dos CLS. Estes dados nos levam a concluir que a preparação das reuniões não é uma prática consolidada e sistemática, tal como requer esta importante tarefa. Os dados qualitativos indicam que as dificuldades para preparação das reuniões estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, falta de tempo e pouca capacitação.

Por fim, a reunião de equipe é o momento no qual a equipe afina seus processos de trabalho, define prioridades e discute os problemas e estratégias de superação. Desta forma, é fundamental que o CLS e a equipe de saúde tenham uma boa comunicação. No entanto, percebe-se fraca interação com a equipe de saúde da UBS: apenas 31,3% dos CLS participam das reuniões ou contam com a mediação.

As reuniões do CLS ocorrem quinzenalmente em dois (6,2%) e mensalmente em 30 (93,7%) CLS. 19 (59,3%) realizam reuniões no turno da tarde, sete (21,0%) no turno da manhã e seis (18,7%) no turno da noite. As reuniões diurnas são um fator que pode dificultar a participação de usuários trabalhadores; porém, fazer a reunião fora do expediente significa um turno de trabalho mais longo para o profissional de saúde. Este foi um conflito que identificamos nas entrevistas. Alguns membros do CMS compreendem que a participação dos CLS não deve ser considerada hora trabalhada, pois é vista como parte do exercício da cidadania, já alguns trabalhadores se queixaram que seria mais uma frente de trabalho, devendo ser remunerada com hora extra ou incluída no período laboral. Os motivos relatados pelos entrevistados para manter as reuniões do CLS dentro do horário de funcionamento da US também incluem um risco maior de violência no turno da noite e a possibilidade de participação dos usuários que estão na sala de espera e acessando a UBS no momento da reunião, o que contribui para um aumento dos participantes. Em pesquisa sobre os CLS da cidade de Vitória da Conquista/BA, Bispo

Júnior e Martins³⁶ relataram que, mesmo com a mudança do horário para turnos fora do horário de funcionamento, não houve alteração na frequência da participação das reuniões.

Em nossa pesquisa, quando interrogados sobre o principal impedimento para a efetividade do CLS, a baixa participação e a dificuldade de mobilizar a comunidade foi a principal queixa relatada em praticamente todas as entrevistas. Como vemos nas Tabelas 5 e 6, o número médio de participantes só fica acima de dez pessoas em 25% dos casos, o que condiz com a queixa dos entrevistados sobre a ausência da comunidade no cotidiano do CLS.

Tabela 5. Número de participantes nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde

Número médio de participantes	Quantidade de CLS (%)
Abaixo de 3	8 (25,0)
De 4 a 6	12 (37,5)
De 7 a 9	4 (12,5)
De 10 a 30	8 (25,0)
Número máximo de participantes	Quantidade de CLS (%)
Abaixo de 30	14 (43,8)
De 31 a 40	4 (12,5)
De 41 a 60	8 (25,0)
Acima de 100	6 (18,7)
Total	32(100)

Fonte: os autores, 2022

Tabela 6. Frequência de novos participantes nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde

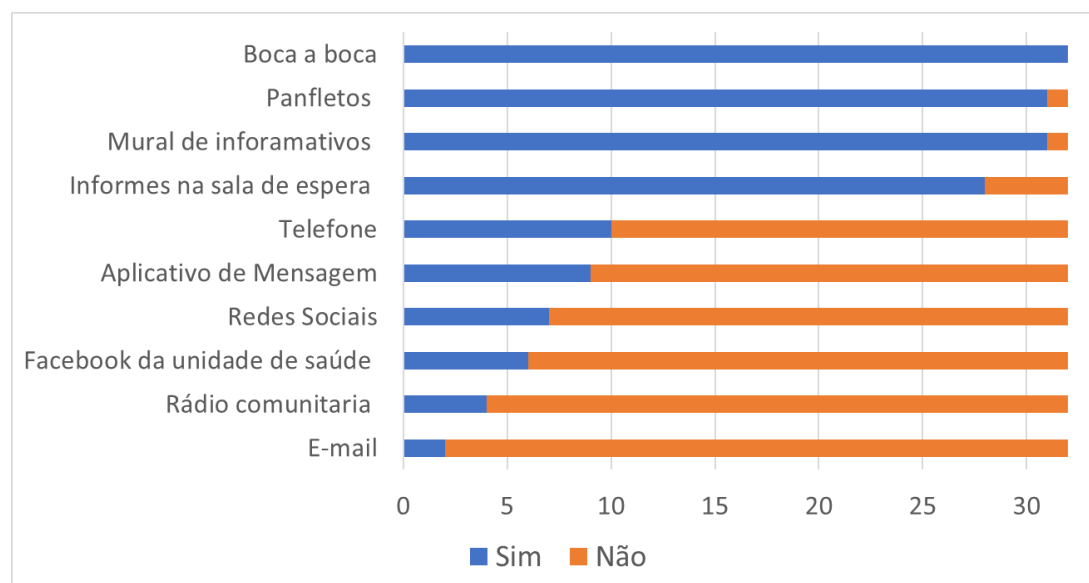
Frequência de novos participantes	Quantidade de CLS (%)
Frequentam sempre as mesmas pessoas	8 (25,0)
De vez em quando aparece alguém novo	17 (53,1)
Sempre aparece alguém novo	7 (21,9)
Total	32(100)

Fonte: os autores, 2022

Embora o esvaziamento das reuniões tenha sido qualificado como “frustrante” e “desanimador” pelos entrevistados (em sua maioria membros assíduos da coordenação), também vemos na Tabela 5 que o número máximo de pessoas em reuniões específicas é bem alto. Outro indicador de participação da comunidade nos CLS é o número de pessoas que votaram na última eleição da coordenação: cinco (15,6%) CLS registraram acima de 100 votos, nove (28,1%) entre 50 e 100 e sete (21,0%) abaixo de 50; os demais não souberam responder, ou fizeram a escolha por aclamação da plenária ou, ainda, não fizeram eleição da coordenação. Notamos que a baixa participação no cotidiano do CLS não impede que sejam alcançados setores mais amplos da comunidade em momentos específicos. Isso mostra que os Conselhos podem ser espaços de efervescência política e mobilização da comunidade. Outra característica interessante é que as plenárias não estão restritas à participação sempre das mesmas pessoas: 24(75,0%) dos CLS recebem pessoas novas em suas assembleias. Estes dados nos levam a argumentar que existe um potencial de engajamento, desde seja fomentado, e que a participação faça sentido para os moradores da comunidade.³⁸

Todos os 32 CLS afirmaram que convidam a comunidade para as reuniões e divulgam suas ações. Mobilizar e engajar a comunidade é um dos principais desafios para os CLS, como vimos acima. Frente a isso, nos interessou investigar as principais estratégias utilizadas pela coordenação dos CLS para convidar a comunidade para as reuniões, o que apresentamos na Figura 2.

Figura 2. Formas de convidar a comunidade para as Reuniões do Conselhos Locais de Saúde



Fonte: os autores, 2022.

Vemos que foram acessadas diversas estratégias para convidar a comunidade, sendo que as mais utilizadas foram face-a-face ou em papel, ou seja, a internet, aplicativos ou redes sociais virtuais,

telefone e rádio foram menos utilizados. Analisando três CLS na cidade de Fortaleza, Jerome²⁰ também encontrou outras estratégias, como distribuição de alimentos e uso de jogos. No município de Pomerode, Santa Catarina, Quandt et al.¹⁴ encontraram que as formas de divulgação são um dos assuntos mais debatidos nas reuniões dos CLS. Apesar de Miwa et al.¹⁵ deixarem como proposta o uso de novas mídias de divulgação, eles comentam que um empecilho importante é a própria inclusão digital dos participantes dos CLS, o que coincide com as dificuldades relatadas em nossas entrevistas.

Em um cenário onde a comunidade não conhece o Conselho Local de Saúde, o uso de novas tecnologias tem grande potencial de amplificar não somente a participação, mas também a troca de informações, ações de capacitação e outras ações comunicativas que podem fortalecer a interação dos usuários com os serviços e a organização da participação. Entretanto, ao serem interrogados sobre qual foi a estratégia mais eficaz para atrair novos participantes, 20 (65,5%) CLS apontaram o “boca a boca”, a segunda mais citada, com 4 (12,5%) menções, foi o uso de panfletos. Conforme averiguamos, o contato pessoal é principal fonte de divulgação para o fomento à participação nos CLS.

É importante considerar que os dados aqui trabalhados foram coletados antes da pandemia da COVID-19, que impactou a vida da população, sobretudo nos bairros mais pobres e vulneráveis. O isolamento social acelerou a digitalização e ampliou o uso de tecnologias da informação em todos os setores da população. Se antes a utilização de e-mail, Aplicativos de Mensagem e outras ferramentas se mostraram residuais, hoje a participação digital pode se mostrar um caminho mais promissor para potencializar as ações coletivas no território. Precisaremos estar atentos para as desigualdades, hierarquias e atravessamentos resultantes da digitalização dos processos coletivos, tal como temos visto nas discussões sobre *fake news*, populismo digital, precariedade na inclusão digital, entre outras. Por esta razão, argumentamos que o uso de tecnologias da informação deve complementar e potencializar, mas nunca substituir ou se sobrepor ao encontro presencial e às práticas sociais em curso nas comunidades.

Temas abordados e relação com outras instâncias de participação e poder

Um dos pontos que buscamos conhecer na pesquisa foi quais assuntos e questões eram mais discutidos nas plenárias dos CLS. Analisando-se os temas discutidos na Figura 3, que foram levantados de maneira espontânea pelos participantes da pesquisa, nota-se que as plenárias discutiram primordialmente as questões ligadas ao funcionamento da UBS, tais como falta de medicamentos, filas e fluxo de atendimento, reforma da unidade, reposição e falta de profissionais, problemas de equipamento, só para citar algumas das mais frequentes. Isto mostra que a plenária se engaja mais no debate das temáticas relacionadas com a UBS.

Os temas mais frequentes coincidem em parte com o encontrado em alguns estudos que analisam os temas debatidos nas reuniões do CLS, e que indicam que o principal assunto é funcionamento da UBS.^{14;15;36} Miwa et al.¹⁵ relata que somente eram discutidos temas relacionados ao funcionamento da UBS, enquanto Quandt et al.¹⁴ encontraram também assuntos relacionados à organização interna do CLS, e para Bispo Júnior e Martins¹³ os temas mais discutidos foram ações em saúde.

Percebe-se uma diferença temporal importante entre esses estudos, pois o agravamento da crise econômica mundial, associado à mudança de plano de governo após o segundo mandato da presidenta Dilma Rousseff e ao impeachment,³⁹ e o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde, por meio da privatização, austeridade e desregulamentação,^{40;41} podem ter influência na oferta de ações e serviços de saúde locais. Desta forma, a austeridade e a precarização dos serviços fazem com que o foco dos debates venha de acordo com a percepção da perda da estrutura, de recursos humanos e de insumos, não conseguindo ir além, propondo mudanças no planejamento das ações e serviços de saúde, na análise situacional e nos indicadores de saúde. Isto se relaciona ao assunto mais debatido do CLS, que é a falta de medicamentos. No período em que a pesquisa foi realizada, a assistência farmacêutica do município passava por uma crise que impactou negativamente a dispensação de medicamentos.⁴²

Nos CLS estudados, observamos nos relatos dos entrevistados que as reuniões que tiveram um grande número de participantes (Tabela 5) coincidiram com a falta médicos, ameaça de fechamento da UBS, a presença de alguma autoridade da SMS para discutir carências estruturais importantes da comunidade, e assim por diante. Esse dado é importante para compreender elementos que mobilizam a comunidade. Ao analisarem os CLS na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Oliveira et al.⁴³ argumentam que a discussão de problemas agudos fortalece os laços entre o CLS e a comunidade.

Figura 3. Principais temas discutidos nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde



Fonte: os autores, 2022

Questões relacionadas à participação social, no sentido da construção coletiva e comunitária, como organização de ações, elaboração de estratégias para pressionar o poder público e mobilização comunitária foram expressivas, mas menos frequentes. 20 (62,5%) dos CLS afirmaram discutir eventos realizados pelo CLS ou que contaram com sua participação. Também foram citados entre os temas discutidos, mas em menor número, a realização de abaixo-assinados, protestos, processos jurídicos e outras ações diversificadas relacionadas à construção de ações coletivas para pressionar o poder público em busca de melhorias na saúde.

As plenárias também discutiram assuntos da comunidade aparentemente externos ao equipamento da saúde como saneamento, violência e moradia ou projetos comunitários. A abertura para essas temáticas revela a importância dos CLS como espaços de discussão sobre os problemas da comunidade em uma perspectiva ampliada de saúde e enquanto um espaço coletivo e público. Este resultado não é trivial se levarmos em conta a escassez de espaços e práticas de associativismo nas comunidades. Segundo nosso levantamento, um dos poucos lugares alternativos para discutir as questões seriam as associações comunitárias e o orçamento participativo, como veremos na Tabela 7.

Tabela 7. Articulações Políticas dos Conselhos Locais de Saúde

Espaços externos de discussão das demandas do CLS	Quantidade de CLS (%)	Busca de apoios externos ao CLS	Quantidade de CLS (%)
Associação comunitária	11 (34,4)	Vereador, outro político, assessor, COSMAM*	17 (53,2)
Não possui espaço externo para debate	10 (31,3)		
Orçamento participativo	3 (9,4)		
Conselho popular	1 (3,1)	Liderança da região, ou do município	10 (31,2)
Gerência distrital	1 (3,1)		
Igrejas	1 (3,1)		
Reuniões de colegiado	1 (3,1)	Pessoa de influência como padre, médico, assistente social, professor	5 (15,6)
Espaços públicos diversos	4 (12,5)		
Total	32 (100)	Total	32 (100)

Fonte: os autores, 2022

*= Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara Municipal de Porto Alegre

Os CLS não se fecham nem se esgotam em si mesmos e buscam encaminhar suas demandas por meio da estrutura institucional, o que corrobora os resultados encontrados por Amâncio, Serafim e Dowbor⁴⁴ no caso de São Paulo. Como vemos na Tabela 8, em 24 (75,0%) dos 32 CLS, os representantes levam as demandas para o nível imediatamente superior, que é o CDS, e trazem as informações de lá na mesma proporção. Vale destacar que o encaminhamento de demandas se dá de forma descentralizada na medida em que o CDS e sua gerência recebem mais demandas que o nível municipal. Isso demonstra a importância de instâncias administrativas e participativas descentralizadas para o exercício do controle societal da implementação das políticas.

Embora não tenhamos coletado dados sobre as efetividades desses encaminhamentos, o alto número de trocas com o CDS mostra, por um lado, que é um caminho reconhecido pelos CLS; por outro, embora haja a relação com o Conselho Distrital por meio de seus representantes, a comunicação dos CLS com as demais instâncias de participação e com a gestão poderiam ser mais eficazes e dinâmicas, pois se limitam a relatos nas plenárias. Também não identificamos mecanismos de pactuação de compromissos ou de resposta do poder público às demandas e deliberações, como aqueles apresentados por Bispo Júnior e Martins,¹³ mencionados acima. De um modo geral, as entrevistas expressaram dificuldades dos representantes dos CLS serem atendidos pela gestão. Isso faz com que os problemas discutidos no nível local possam não ser resolvidos, o que pode deslegitimar o próprio CLS e

afetar a participação da comunidade nas plenárias, como argumentam Miwa et al.¹⁵ Nada impede, do ponto de vista formal, que o CLS recorra a outros canais e atores para encaminhar suas demandas. A pesquisa levantou esse dado e os principais resultados estão dispostos na Tabela 7. Aqui destacam-se as ações de *advocacy* junto a vereadores, políticos, Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara Municipal de Porto Alegre e outros, relatados por 17 (53,1%) CLS, bem como lideranças, em dez (31,2%) ou pessoas influentes, em cinco (15,6%).

Tabela 8. Encaminhamentos das demandas pelos Conselhos Locais de Saúde

Instituição que recebe encaminhamentos	Quantidade de CLS (%) N=32	Modo de encaminhamento das demandas ao CDS*	Quantidade de CLS (%) N=32
Recorre-se a Gerência Distrital	26 (81,3)	Incluído na pauta/ata	6 (18,7)
Recorre-se ao Conselho Distrital de Saúde	24 (75,0)	Documento/Ofício	5 (15,6)
Recorre-se a Secretaria Municipal de Saúde	17 (53,2)	Informe/oralmente	16 (50,0)
Recorre-se ao Conselho Municipal de Saúde	13 (40,6)	Não há encaminhamento	1 (3,1)
NS/NR**	1 (3,1)	NS/NR**	4 (15,5)

Fonte: os autores, 2022

*= Conselho Distrital de Saúde

**= Não Sabe/Não Respondeu

O encaminhamento de demandas também se dá por fora do sistema de saúde por meio de outros canais institucionalizados: 26 (81,2%) CLS utilizaram processos institucionais para pressionar o poder público em busca de seus interesses, sendo que seis (18,7%) declararam utilizar Ouvidorias, cinco (15,6%) abriram processos administrativos e 15 (46,8%) o sistema de justiça, destacando aqui o uso do Ministério Público em nove (28,1%). O uso desses canais indica não apenas o conhecimento do funcionamento do Estado, mas também é um indicador de atuação do CLS enquanto um ator demandante.

Considerações finais

De caráter exploratório e descritivo, este estudo teve como objetivo vocalizar a diversidade e a singularidade de experiências de participação e institucionalização dos CLS na cidade de Porto Alegre, bem como sistematizar elementos comuns a esses arranjos de participação, como forma de contribuir para o debate sobre os CLS no Brasil. Os resultados aqui apresentados discutem os desafios e as

possibilidades dos CLS como recursos para promover a participação e o Controle Social em saúde na Atenção Básica. Fomentados por diretrizes nacionais, mas sobretudo pelo Conselho Municipal de Saúde, que incentivou sua instalação a partir de 2010, contando em 2018 com 56 CLS ativos no universo de 126 UBS que conseguimos contactar. Tendo em vista os desafios enfrentados pelas práticas associativas, consideramos um número expressivo e que parece mostrar, de um lado, que há atores locais envolvidos na sua manutenção e que esses espaços têm alguma relevância para a UBS. Por outro lado, que a vontade política e a iniciativa dos gestores e governantes é muito importante para legitimar e potencializar as ações de fomento à PCS e seus efeitos nos processos decisórios que envolvem as políticas públicas.

As diretrizes do CMS deram grande importância aos aspectos formais (aprovação do regimento, eleições para a coordenação, etc.) para a instalação dos CLS nas UBS. Os CLS estudados, em sua maioria, conseguiram cumprir com esses requisitos, mas o número de conselhos instalados mostra que as formalidades não foram suficientes para sua maciça constituição ou manutenção de suas atividades. Resultados semelhantes foram encontrados por Miwa et al (2017), apontando que a padronização da forma de organização da PCS local pode invisibilizar outras formas de participação que ocorrem no território, por não serem realizadas em conformidade com os fluxos prescritos pelos regimentos e normativas.

Os CLS de Porto Alegre possuem uma característica relativamente rara para as Instituições Participativas no Brasil. Em geral, os membros se constituem como representantes dessas organizações e comunidades. Os Conselhos locais possuem como a instância decisória a plenária que é aberta à participação direta de toda a comunidade que circunda a UBS. Os resultados da pesquisa mostram que a participação cotidiana não é grande em termos de número de pessoas. Vimos que nesses espaços são discutidas primordialmente as temáticas concretas relacionadas com a UBS, bem como, às vezes, surgem temas mais amplos, o que reforça a importância do CLS como espaço público para debates da comunidade. Trata-se de um potencial de mobilização que não é efetivado na maior parte das vezes, ainda que haja exemplos de assembleias cheias e ainda que sejam tratados temas importantes para o território. Poderiam ser tomadas decisões importantes relativas à UBS na medida em que as plenárias dispõem dessa prerrogativa. Poderiam também ser catalisadoras para encaminhamento de outras demandas, na medida em que se constituem como um dos poucos espaços de debate comunitário, ainda mais com o declínio do Orçamento Participativo. Além disto, este espaço pode ser estratégico para qualificar análises situacionais de saúde, envolvendo a equipe de saúde, especialistas, atores sociais e membros da comunidade.

O que parece funcionar melhor nos CLS é sua coordenação, que se mostra ativa tanto em termos

de preparação das plenárias quanto no que se refere ao encaminhamento de demandas. Os resultados da pesquisa mostraram que os CLS usam a estrutura descentralizada de conselhos no município com o destaque para a relação com os Conselhos Distritais bem como outros canais institucionalizados de acesso ao Estado como sistema de justiça, contato com os políticos e lideranças regionais e municipais. A recorrência a esses acessos denota certo grau de atividade dos conselhos.

O que a pesquisa indica em termos de principais pontos que poderiam fortalecer e expandir a atuação dos CLS enquanto espaços públicos e deliberativos e com característica de democracia direta? A resolução de problemas identificados no local e encaminhados aos níveis mais altos da hierarquia parece ser um elemento chave para convencer a comunidade que o conselho local importa. Mesmo quando o problema não pode ser resolvido, a justificação dos órgãos superiores deveria ser feita de maneira formal para alimentar o vai e volta dos representantes dos CLS. Esses retornos legitimam as instituições e contribuem para a constituição de seus públicos defensores. Uma possibilidade de crescimento e fortalecimento dos CLS seria conhecer e se aproximar de outras formas de ação coletiva e participação presentes na comunidade.

Não houve por parte do poder municipal investimentos e apoio para sua instalação e nem o próprio CMS conseguiu mobilizar recursos suficientes para essa tarefa. Fica evidente que, apesar dos esforços do CMS, faltam investimentos simbólicos e materiais, bem como capacitações para revitalizar os conselhos locais. Mesmo que se considere a participação como exercício da cidadania, suas práticas envolvem muito trabalho para que se possa mobilizar, organizar e encaminhar as deliberações e construções comunitárias, o que requer não apenas remuneração de agentes-chave, mas a incorporação de tecnologias sociais que podem potencializar seus efeitos, como diversas experiências têm demonstrado.^{38;45} Estas pesquisas têm demonstrado a efetividade de processos participativos que envolvem dinâmicas de grupo, realização de pesquisas, entrevistas e questionários, uso de aplicativos e sítios virtuais, escrita coletiva de livros e cartilhas etc. A participação, nestes casos, não se resume a reunir a comunidade para conversar, mas são estabelecidas prioridades, elaborados planos de ação e execução de tarefas em função do contexto social e de problemas determinados.^{38;45} Os CLS têm uma estrutura que pode favorecer a continuidade e a institucionalização, mas podem se beneficiar muito com a incorporação de metodologias participativas construídas tendo em vista o contexto local. Deste modo, argumentamos sobre a importância das capacitações sobre participação e de que estas sejam capazes de incorporar metodologias e estratégias consonantes com os temas e contextos que demandam o envolvimento das comunidades.

Argumentamos que se deve pensar mais em cada território e suas particularidades, com ações que diversifiquem as formas de mobilização, respeitando as organizações já existentes, reforçando as

articulações entre os diferentes níveis de participação e ofertando formação e capacitações mais próximas do território e mais afinadas com as metodologias da educação popular em saúde. Uma das fases desse processo deve se situar no entendimento dos fluxos das políticas públicas de saúde para poder compreender sua extensão e poder avaliar concretamente a aplicação da política no território, podendo agir de forma a trazer resultados positivos, aumentando a credibilidade dos CLS e fortalecendo a PCS.

Referências

1. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*. 2009 Sep;1(1):31–6.
2. Bógus CM, Martins CL, Dimitrov P, Fortes PA de C, Capucci PF, Nemes Filho A, et al. Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2003 Dec;12(2):56–67.
3. Gurza Lavallo A, Barone LS. Conselhos, associações e desigualdade. In: *Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos*. São Paulo: Editora Unesp; 2015.
4. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009 Jun;14(3):795–806.
5. Brasil. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Ministério da Saúde, editor. Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. De março de 2006. Available from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html.
7. Brasil. 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). *Diário Oficial da União*. De outubro de 2011. Available from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
8. Brasil. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. De setembro de 2017. Available from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
9. Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias* [Internet]. 2002 Jun [cited 2021 Dec 8];(7):18–49. Available from: <https://www.scielo.br/j/soc/a/Rck3yWYbnygS4cjXSQG8r3d/?format=pdf&lang=pt>
10. Porto Alegre. Plano Municipal de Saúde 2010-2013 [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2010 [cited 2023 Mar 5]. Available from: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf
11. Porto Alegre. Plano Municipal de Saúde 2010-2013 [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2013 [cited 2023 Mar 5]. Available from: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_2014-2017.pdf
12. Porto Alegre. Relatório Anual de Gestão - 2014 [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2015 [cited 2023 Mar 5]. Available from: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_anual_de_gestao_2014.pdf

13. Pinto RS. Ensaio sobre Participação da Comunidade na Saúde e Assistência Farmacêutica na Atenção Básica [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia; 2021.
13. Bispo Júnior JP, Martins PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22(4):1313–32.
14. Quandt FL, Fantin AD, Oliveira JR, Kovaleski DF. Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode – SC. *Saúde & Transformação*. 2013,4(3): 83-90
15. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2017 Jun;26(2):411–23.
16. Abreu EA. Controle Social na atenção básica no Sistema Único de Saúde brasileiro [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2014.
17. Brito LA. Conselhos Locais de Saúde na Atenção Básica: um estudo de revisão da literatura [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2014.
18. Campolina Fernandes V, Stella Spagnuolo R, Gabriela Bronzato Bassetto J. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*. 2017 Mar 30;125–34.
19. Kohler JC, Martinez MG. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? *International Journal for Equity in Health*. 2015 Feb 19;14(1).
20. Jerome JS. Participatory governance in the context of local health councils: interviews with six local health council presidents in Northeastern Brazil. *Saúde e Sociedade*. 2018 Sep;27(3):740–53.
21. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy and Planning* [Internet]. 2014 Sep 1;29(suppl 2):ii98–106. Available from: https://academic.oup.com/heapol/article/29/suppl_2/ii98/588582
22. PEDROSO VD. Pesquisa sobre participação social na atenção básica: dos desafios da construção à recompensa da realização [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Enfermagem; 2018.
23. Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*. 2003 Jan;13(2):112–7.
24. Alencar HHR de. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. *Saúde e Sociedade*. 2012 May;21(suppl 1):223–33.
25. Baptista GC, et al. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do Controle Social no SUS. Porto Alegre: Rede Unida; 2018.
26. Porto Alegre. Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. De julho de 2018. Available from http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008.pdf
27. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. De outubro de 1988. Available from https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
28. Brasil. Lei nº 8.080, 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. Diário Oficial da União. De setembro de 1990. Available from https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.

29. Rua MG, Romanini R. Unidade IX – A implementação de Políticas Públicas. Em: Para Aprender Políticas Públicas [Internet]. Available from http://igepp.com.br/uploads/ebook/para_aprender_politicas_publicas_-_unidade_09.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.
30. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, Quintanilha BC, Luiz SG. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016 Aug 15;14(3):679–98.
31. Amorin PEB. Controle Social no município de Vitória da Conquista: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos conselhos locais de saúde [dissertação]. Vitória da Conquista: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
32. Matuoka RI, Ogata MN. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Rev. APS* 2010 Nov 15; 13(4): 396-405.
33. Busana JA. Participação popular em um Conselho Gestor de Saúde [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em enfermagem; 2014.
34. Labra ME. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. *Participação democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2009. p. 176-203.
35. Escorel S, Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. *Participação democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2009. p. 229-247.
36. Bispo Júnior JP, Martins PC. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde em Debate*. 2014;38(102).
37. Pannel CL, Burdine JN, Prochaska JD, McLeroy KR. Common and Critical Components Among Community Health Assessment and Community Health Improvement Planning Models. *Journal of Public Health Management and Practice* [Internet]. 2017;23:S14–21. Available from: https://journals.lww.com/jphmp/FullText/2017/07001/Common_and_Critical_Components_Among_Community.5.aspx
38. Machado FV, Ferla AA, Baptista G, Nicoli MA, Pellegrino. Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na Experiência do Community Lab na Itália. *Revista de psicologia política* 2020 Dec 20: 735-750
39. Bastos PPZ. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. *Revista de Economia Contemporânea*. 2017 Dec 21;21(2).
40. Doniec K, Dall’Alba R, King L. Brazil’s health catastrophe in the making. *The Lancet* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2020 Oct 30];392(10149):731–2. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30853-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30853-5/fulltext)
41. Barros BTS, Brito AEC. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. *O Social em Questão*. 2019 May. 22: 67-86.
42. Relatório de inspeção especial nº 1518-0200/15-0. Porto Alegre: Diário Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, 2017. Available from https://tcers.tc.br/consultas/processo_detalhe/?processo=15180200150
43. Oliveira LML, de Souza FE, Ribeiro RS. Conselhos locais de saúde e suas bases: compassos e descompassos. *Libertas*. 2005 Dez. 4(5): 247-266
44. Amâncio JM, Serafim L, Dowbor M. Microterritorialidade e controle societal. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. 2011;(84):287–314.
45. Gofin J, Gofin R. *Essentials of global community health*. Sudbury, Mass. Jones & Bartlett Learning; 2011.
46. Porto Alegre. Estrutura [Internet]. Prefeitura de Porto Alegre. [cited 2023 Mar 5]. Available from:

https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808

47. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Portaria nº 1645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União. De outubro de 2015. Available from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html

Como citar: Machado FV, Dowbor MW, Pinto RS, Pedroso VD, Senna FSF, de Oliveira AK, et al. Desafios e potencialidades para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre. **Saúde em Redes.** 2023;9(1). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.4122

Submissão: 14/12/2022

Aceite: 01/03/2023