

DESCENTRALIZANDO O CONTROLE SOCIAL EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale¹
Ozemária da Silva Oliveira²
Waldson Nunes de Jesus²
Adroaldo dos Santos³
Maricélia Maia de Lima⁴

¹ Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana, coordenador do Conselho Local de Saúde do bairro Cidade Nova.

² Acadêmicos de Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

³ Enfermeiro, Conselheiro Municipal de Saúde, docente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁴ Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

RESUMO

Palavras-chave: Controle Social, Conselhos de Saúde, Saúde Coletiva.

Introdução: O reconhecimento do brasileiro como cidadão tende a abrir espaços de construção democrática, de maneira que com este princípio organizativo a sociedade passa a participar efetivamente das ações do Estado. Destarte, o objetivo da pesquisa é compreender o processo de implantação dos conselhos locais de saúde no município. **Metodologia:** O estudo tem caráter descritivo e exploratório, utilizando de dados secundários colhidos através de análise documental. O período de coleta de dados iniciou no mês de setembro de 2012 até janeiro de 2013. **Resultados:** O projeto de lei (PL) que disponha sobre a implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) foi aprovado em 1999, entretanto no ano seguinte a cidade sofre um retrocesso no controle social quando, após nova gestão municipal, o mesmo PL foi revogado. O ápice das discussões foi a VI Conferência Municipal de Saúde momento em que se fortalece a ideia de implantação dos CLS no município. No ano de 2006 propõe-se a elaboração de uma norma complementar para garantir a inclusão desse evento no plano municipal de saúde. Processualmente, as próximas ações são de atualizações dos novos conselheiros e expansão dos CLS pelas comunidades. Concluímos que o empoderamento técnico e político dos conselheiros são essenciais para responder aos anseios da comunidade.

ABSTRACT

Key words: Social Control, Health Boards, Public Health

Introduction: The recognition of Brazil as a citizen tends to open spaces for democratic construction, so that with this organizing principle of society begins to participate effectively in state actions. Thus, the goal of research is to understand the process of implementation of local health councils in the county. **Methodology:** The study is descriptive and exploratory, using secondary data collected through documental analysis. The period of data collection began in September 2012 until January 2013. **Results:** The bill (PL) that provides for the establishment of Local Health Councils (CLS) was approved in 1999, but the following year the city suffers a setback in social control when, after new school, the same PL was revoked. The apex of the discussions was the VI Conference of Municipal Health when it strengthens the idea of deployment of CLS in the municipality. In 2006 it is proposed to develop a standard supplement to ensure the inclusion of this event in the municipal health. Procedurally, the next actions are updates of the new members and expansion of CLS communities. We conclude that the technical and political empowerment of the directors are essential to respond to the needs of the community.

INTRODUÇÃO

Contextualizando o processo de luta pelo SUS temos que nos reportar a ditadura militar (1964-1985), período de repressão, opressão e censura da imprensa e de grandes estudos e pesquisas. Este período ficou marcado também pela intensa disparidade entre as classes sociais no Brasil, onde as doenças infectocontagiosas, a miséria e a pobreza eram visíveis em todo país, assim como a riqueza dos grandes latifundiários. Mesmo com todo regime autoritário teve início uma mobilização social, encabeçada pelo movimento estudantil, docentes, discentes, intelectuais, sindicatos e outras organizações que discutiam estratégias para construção de um modelo de saúde e que inclusive fosse possível à participação popular na elaboração, controle, fiscalização e avaliação de políticas e outros fatores determinantes e condicionantes no processo saúde-doença (CAMPOS, 2006).

Essa mobilização da sociedade civil organizada foi nomeada de “Reforma Sanitária”, a mesma propunha a democratização da saúde, através de um sistema de saúde caracterizado por ações conjuntas dos três entes federados e que fosse único, com a mesma doutrina e filosofia em todo território nacional, descentralizado, que promovesse assistência integral e que pensasse a saúde em seu conceito ampliado entendida como resultado das condições de vida e não apenas da assistência médica (BRASIL, 1998).

Conquistados por lutas populares, os direitos civis e políticos como a liberdade de expressão e religiosa, o direito ao voto, inclusive de mulheres, analfabetos e menores, foram objetivos alcançados por uma sociedade civil organizada. De modo semelhante, os direitos sociais estão garantidos no artigo 6º da Constituição de 1988, que se referem às condições de vida, trabalho, acesso aos bens e serviços, sendo indiscutível a tendência no desenvolvimento de políticas sociais em um país democrático e extremamente capitalista, entretanto, após se passarem mais de 20 anos da promulgação da constituição, ainda discutimos o modo mais efetivo de exercer esses direitos sociais (BRASIL, 1998).

O reconhecimento do brasileiro como cidadão abre espaços de construção democrática em prol de direitos sociais que dignifique a existência humana, a necessidade de participar da execução de ações específicas e exigir os seus direitos justifica a luta pela descentralização da saúde, de modo que apoiada nesse princípio organizativo a sociedade passa a participar efetivamente das ações do Estado (BRASIL, 1998). Para que o princípio da descentralização fosse efetivado era preciso repensar o financiamento da saúde, de modo que dispondo dos recursos financeiros oriundo dos três entes federados o município passaria de mero prestador de serviço para gestor do sistema de saúde local (PAIM, 2002). Corroborando com o pensamento do autor acreditamos que o princípio da descentralização é o reformulador e fortalecedor de todas as outras diretrizes do SUS, inclusive o controle social.

A descentralização das ações de saúde tem entre outras finalidades garantir a análise específica da situação de saúde e a autonomia para estabelecimento das estratégias de saúde e gestão, por assim ser o controle social descentralizado tem por objetivo acompanhar atentamente e com mais facilidades as mínimas distorções que possam acontecer na gestão municipal da saúde. Ribeiro (2010) atribui essa afirmativa a proximidade e ao “corpo a corpo”, que transparece uma relação de confiança e credibilidade. Dessa maneira a municipalização da saúde contribui de maneira significativa para o fortalecimento de entidades e instituições sociais e a interação dessas torna o exercício de cidadania e democratização mais amplo e completo.

Assim justificado, os conselheiros municipais de saúde apoiados por outros grupos da sociedade organizada de Feira de Santana tomam a iniciativa de implantar os Conselhos Locais de Saúde no município. Destarte, o objeto da pesquisa é o processo de implantação dos conselhos locais de saúde no município, trazendo como relevância do estudo o cenário inédito de implantação do controle social descentralizado, o fortalecimento deste

princípio de controle social do Sistema Único de Saúde e a congruência da luta histórica entre os atores sociais do processo. Como objetivo geral visamos compreender o processo de descentralização do controle social no município de Feira de Santana – Bahia; e como específico: contextualizar o itinerário histórico de implantação dos conselhos locais de saúde.

Controle Social e a participação social no SUS

Na relação comunidade e serviços de saúde, o cenário que se apresenta hoje é a insatisfação individual dos usuários, profissionais e prestadores de serviços, uma insatisfação coletiva que pouco se organiza e pouco se estrutura para propor soluções para este descontentamento. O desgosto da assistência ao corpo físico deve enaltecer intrinsecamente a mobilização do corpo social que é composto por sua cultura, crença, valores e experiências (SORATTO; WITT; FARIA, 2010). Por isso, é importante que haja uma estruturação coletiva em prol de melhorias para o sistema de saúde.

O movimento da Reforma Sanitária foi originado em um contexto semelhante de insatisfações, no entanto, questionava-se a característica burocrática e centralizadora do Estado, que impedia ações autônomas específicas dos municípios e que se colocava a serviço dos interesses privados e não da democratização (BRASIL, 1998).

Atualmente, pensadores dialogam o que difere o controle social e a participação social, quais os papéis que podem ser desempenhados pela sociedade. A lei 8142/90 dispõe que a participação da comunidade a fim de exercer o controle social deve se manifestar através dos conselhos e conferências de saúde, que são instâncias colegiadas, formadas em cada esfera de governo e sem prejuízos as funções do poder legislativo (BRASIL, 1990, 2009).

Tanto as conferências quanto os conselhos são paritários, pois ao segmento dos usuários são assegurados metade dos representantes. Quanto a organização e funcionamento são definidos por regimento próprio e aprovado pelo conselho. As conferências têm caráter consultivo, propondo diretrizes da política de saúde e avaliando a situação de saúde; os conselhos são deliberativos, atuando no controle e avaliação da execução das políticas de saúde (BRASIL, 1998, 2009).

Em mesma lei, fica condicionada a gestão plena do município, inclusive ao repasse financeiro entre os entes federativos à formação, composição de forma paritária e atuação ativa do conselho municipal de saúde (BRASIL, 1990).

Soratto, Witt e Faria (2010) afirmam que a construção do controle social formado através de um espaço participativo visa ampliar ainda mais a descentralização das ações e objetivos, a população tem o poder de acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as estratégias de saúde a serem executadas. As conferências e conselhos são legalmente regulamentadas e forma um componente essencial para o desenvolvimento das políticas de saúde, no entanto, existem outras formas de participar da gestão do SUS. A participação social é um processo com diversas modalidades, se considera que a utilização de serviços, a busca por informações, consulta, ouvidoria ou qualquer manifestação social, que intrinsecamente expresse os saberes, valores, aspectos culturais, históricos e políticos são métodos de exercer a participação da comunidade (VASQUEZ et al., 2003; SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Para que o controle social seja exercido efetivamente, os conselheiros precisam estar cientes, reconhecer, participar e avaliar o passo a passo da situação de saúde. Entender que o processo de conquista da democracia continua a se fortalecer, retomar o movimento da reforma sanitária como o incentivador da busca pelo conhecimento, o qual deve embasar sempre as decisões dos conselheiros. Para tal, devemos compreender os princípios doutrinários do SUS: a integralidade, universalidade e equidade; e suas diretrizes:

hierarquização, controle social, regionalização, descentralização (BRASIL, 2011, 2010, 1998).

Devemos discutir o SUS não só a partir dos seus princípios e diretrizes, mas associado com a política administrativa, as especificidades do âmbito de gestão, a cultura, o processo histórico entre outros fatores. Dessa forma, dominar os instrumentos de gestão deve ser uma das atribuições dos conselheiros.

METODOLOGIA

A cidade de Feira de Santana é atualmente, a segunda maior da Bahia e a maior cidade do interior. Possui, segundo o censo do ano de 2010 desenvolvido pelo IBGE (2010), 556.642 habitantes, com população estimada em 568.099 para 2012, dentre estes existe uma diversidade de etnias e costumes, isso devido a sua localização em zona de planície entre o recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do Nordeste da Bahia, o que fez da cidade o maior entroncamento do Norte e Nordeste do Brasil, acolhendo, assim, todas as pessoas com diferentes costumes que por ela tendem a passar. Distancia-se da capital Salvador em 108 km, limita-se ao Norte com os municípios de Santa Bárbara e Santanópolis, ao Sul com São Gonçalo dos Campos e Antônio Cardoso, ao Oeste faz fronteira com as cidades de Anguera e Serra Preta e ao Leste com a cidade de Coração de Maria (FEIRA DE SANTANA, 2012).

No que tange aos serviços de saúde, a população de Feira de Santana conta atualmente com onze unidades básicas de saúde; seis policlínicas; oitenta e quatro unidades de saúde da família, quatro hospitais; cinco centros especializados de referência; sete clínicas e ambulatorios especializados; uma central municipal de regulação e uma central de abastecimento farmacêutico. É importante destacar ainda que a maioria dessas unidades de saúde é gerida pela Secretaria Municipal de Saúde, correspondendo ao princípio da descentralização, logo, Feira de Santana encontra-se no nível da gestão plena do sistema de saúde (FEIRA DE SANTANA, 2012).

Quando nos reportamos ao vínculo federativo dos estabelecimentos de saúde nos deparamos com o grande domínio do setor privado, trata-se de 65,1%, 33% esta sobre gestão do Município, 1,9% relacionada ao Estado e nenhum estabelecimento em Feira de Santana é gerido unicamente pelo ente Federal (IBGE, 2010). Esse cenário deixa transparecer qual setor domina o SUS, exatamente o que deveria ser complementar passa a ser o proprietário e dominador do sistema de saúde.

O estudo tem caráter descritivo e exploratório, utilizando dados secundários colhidos através de análise documental das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pelo conselho municipal de saúde, o regimento de implantação dos conselhos locais de saúde e outros estudos relacionados com a temática, como dissertação de mestrado. O período de coleta de dados iniciou no mês de setembro de 2012 e findou em janeiro de 2013, o acesso às atas do conselho municipal de saúde (CMS) foi possível na sala deste conselho, localizada no prédio da Secretaria Municipal de Saúde, além dessas, algumas convocações e o regimento para implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLSs) foram buscados em posse de alguns conselheiros municipais de saúde.

O processo de seleção do material para a pesquisa seguiu os seguintes critérios: inicialmente foi feita a leitura das pautas redigidas nas cartas de convocação dos conselheiros para participação nas reuniões, a partir dessa primeira aproximação com os documentos foi possível fazer uma pré-seleção das atas que despertavam interesse dos pesquisadores e que traziam informações que tinham aderência ao objeto da pesquisa; em seguida essas atas foram ordenadas por ano de publicação numa tentativa de sequenciar os fatos ao longo do tempo e posteriormente foi realizada a leitura integral dos documentos, sendo estes, analisados detalhadamente de modo a identificar/classificar as principais informações contidas em cada documento que poderiam ajudar a compreender o processo de implantação dos conselhos locais de saúde no município de Feira de Santana.

Como benefício do estudo, os seus resultados retomam um consciente histórico pouco consolidado na literatura, reconhecendo dificuldades e empecilhos políticos que transparece uma relação de poder e soberania, e que, por outro lado, enaltece também a conquista da implantação dos CLSs. Esse contexto histórico descrito aqui fundamentará novas perspectivas de movimentos sociais, inclusive ao que tange a implantação de novos

CLSs e a formação política de entidades de bases e sociedade organizada no município de Feira de Santana.

A análise dos dados permitiu a elaboração de três categorias de análises, nas quais as unidades de registro de cada temática, ou seja, a descentralização nacional, a implantação dos Conselhos Locais de Saúde de Feira de Santana, Educação Permanente em Saúde como ferramenta para a descentralização do controle social em Feira de Santana são definidas a partir dos dados e posteriormente, agrupadas com elementos que possuem características comuns ou que se relacionam entre si, constituindo três categorias empíricas.

RESULTADOS

Assim como qualquer luta social, o processo de implantação dos Conselhos Locais de Saúde de Feira de Santana perpassa pela disputa de poder entre o estado e a sociedade, de modo que a opressão sofrida pelos movimentos sociais, em âmbito nacional, é corresponsável pelo cenário apático que se apresentava no município. Isso começa a ser transformado quando militantes da saúde usufruem do espaço da VI Conferência Municipal de Saúde e definem diretrizes para a implantação dos CLS. Vale ressaltar que o momento atual é de transformação do saber, formação política e planejamento das ações, entendido como primordial para o fortalecimento do controle social.

A Descentralização Nacional

Dentre outros motivos, a necessidade de planejar e participar da execução de ações específicas e exigir os seus direitos justificou a luta pela descentralização da saúde, de maneira que com este princípio organizativo o poder do Estado passa a estar mais transparente e próximo da população (BRASIL, 1998).

Em 1963, surgem as primeiras propostas de municipalização dos serviços de saúde, por iniciativa da sociedade organizada, no entanto o golpe militar do ano seguinte põe fim a essa proposta, prosseguindo o processo de centralização e privatização. A partir daí elabora-se programas de saúde comunitária voltada a saúde da população pobre e negra, posteriormente o Estado implanta o programa de extensão de cobertura (PEC), a fim de expandir as ações de saúde para toda população.

Dentre os programas do PEC destacou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), que mais tarde expandia-se para todo território nacional. Todos os programas existentes até então viria a ser o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE, que posteriormente originaria o SUDS e o SUS respectivamente. Durante esse itinerário relatado, o governo federal já demonstrava e se posicionava com medidas conjuntas entre estado e município, o que favorecia a descentralização (PAIM, 2002).

Para que o princípio da descentralização fosse efetivada era preciso repensar o financiamento da saúde, de modo que dispondo dos recursos financeiros oriundo dos três entes federados o município passaria de mero prestador de serviço para gestor do sistema de saúde local.

As transferências financeiras intra-governamentais seguiam critérios populacionais para o repasse dos recursos baseado na lei 8142/90. Entretanto, a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01 de 1991 é promulgada apresentando requisitos básicos que vão de encontro a legislação em vigor naquela época, como ponto positivo a NOB 01/91 traz como requisito básico para as transferências de recursos financeiros entre os entes federados a criação dos conselhos municipais de saúde. A IX Conferência de Saúde de 1992 consegue definir uma política de descentralização e como resultado é implantado a NOB de 1993, dispondo das diferentes condições de gestão e descentralização (PAIM, 2002; BRASIL, 1991, 1993; CARVALHO; SANTOS, 1995).

Representando um dos marcos político da descentralização a NOB 01/93 objetiva a redistribuição do poder, a redefinição de papéis, reorganização institucional, reformulação de práticas e as novas relações entre as três esferas de governo. A norma descreve acerca dos foros de negociação e deliberações em cada nível de governo como as Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite, além dos fundos e conselhos de saúde, esses tornam-se, por lei, fundamentais para definir as condições de gestão dos municípios como uma gestão incipiente, parcial, semi-plena ou plena (BRASIL, 1993; CARVALHO; SANTOS, 1995).

Paim (2002) entende que municipalizar a saúde é uma estratégia para fortalecimento e congruência dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social. É o compartilhamento das responsabilidades entre os entes federados, colocando os municípios na gestão com a formulação de políticas locais, planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de saúde.

Corroborando com o pensamento do autor acreditamos que o princípio da descentralização é o reformulador e fortalecedor de todas as outras diretrizes do SUS, inclusive o controle social. A centralidade das ações de saúde no município tem entre outras finalidades garantir a análise específica da situação de saúde e a autonomia para estabelecimento das estratégias de saúde e gestão, por assim ser o controle social tende a ser descentralizado, a fim de acompanhar atentamente e com mais facilidades as mínimas distorções que possam acontecer na gestão municipal da saúde.

A implantação dos Conselhos Locais de Saúde de Feira de Santana

De maneira incipiente, em 1991, é formado o CMS de Feira de Santana que já enfrentava dificuldades de participação dos usuários pelo caráter conservador da gestão. Desta época até o ano de 1998 o CMS não consegue garantir eficiência nas suas ações e havia necessidade de maior envolvimento da sociedade organizada, associada a essa justificativa o Movimento Água e Vida (MAV) iniciou o processo de construção dos CLS. O MAV é uma organização formada por estudiosos, políticos e religiosos que se preocupa, discute e analisa a situação da saúde pública da cidade (RIBEIRO, 2010).

A história política da cidade de Feira de Santana denuncia um cenário pouco democrático ao que tange as formas de gestão municipal, onde o poder executivo, muitas vezes, era exercido por grandes latifundiários e empresários influenciadores do eleitorado e proletariado feirense. A grande conquista dos movimentos sociais parece se concretizar em 2009 com a promulgação do PL que disponha sobre a implantação dos CLS, todavia, semelhante às ações autoritárias da época da Reforma Sanitária, a cidade retrocede aos objetivos do controle social quando esse PL foi revogado, no ano de 2000, após nova gestão municipal.

Segundo Ribeiro (2010), a partir daí o MAV entende que era necessário fortalecer a base dos movimentos sociais, fomentar as especificidades de cada região da cidade e socializar os principais entraves comuns no município, essa estratégia assegura que o CMS dê prosseguimento às discussões sobre a implantação dos CLS, no entanto isso acontece sempre no ponto de pauta “o que ocorrer” das reuniões impossibilitando a saturação das discussões, deliberações e encaminhamentos. Apesar das dificuldades, o ápice das discussões sobre a temática foi a VI Conferência Municipal de Saúde, composta por instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que avalia a situação de saúde e propõe diretrizes para a política de saúde do município. A partir daí surgem propostas para implantação dos CLS na 126ª Reunião Ordinária (RO) do CMS e em seguida a aprovação da implantação desses CLS na 127ª RO, realizada em março de 2004. No decorrer do ano de 2004 houve avanços significativos, chegando até a elaboração do Regimento para Implantação dos CLS no município de Feira de Santana - Bahia (FEIRA DE SANTANA, 2004).

Volta-se a discutir esse tema apenas no ano de 2006, o CMS exige do poder executivo a inclusão desse objetivo no plano plurianual de 2006/2009. No dia 16 de agosto de 2006 em RO do CMS a implantação dos CLS ganha destaque e propõe-se a formação de uma comissão destinada a este fim, uma norma complementar, propõe a inclusão desse evento no plano municipal, define-se então os nomes dos bairros para implantação e fica acordada uma reunião extraordinária (RE) para implantação dos CLS (FEIRA DE SANTANA, 2006).

Entre os anos 2007 e 2009 propagam-se as reuniões comunitárias nos bairros e a intensiva participação da comunidade, várias reuniões da comissão de implantação dos CLS e dessa junto ao CMS foram realizadas a fim de definir os primeiros bairros para implantação e a readequação e aprovação do regimento. O regimento para implantação dos CLS tem um caráter participativo, em sua elaboração havendo participação de todas as comunidades que realizavam reuniões e dos supervisores responsáveis pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família no município (FEIRA DE SANTANA, 2007, 2008, 2009).

Em 2012, os bairros da Cidade Nova, Rua Nova, Queimadinha, Gabriela, Asa Branca, Alto do Papagaio e distrito da Matinha foram contemplados com os CLS, assim como o bairro das Baraúnas implantado em 2013, sendo que todos estão em nível hierárquico estão ligados ao CMS. A escolha dos bairros acima citados para iniciar o processo de implantação dos CLS se deu por sua forte representatividade através de movimentos sociais, instituições, entidades e organizações sociais. Quando da participação destes em pré-conferências e conferências municipais surgiram comissões determinadas para implantação dos CLS nestes bairros (FEIRA DE SANTANA, 2006).

Apesar de serem nomeados de acordo com o bairro em que estão localizados, o CLS está diretamente relacionado com a unidade de saúde daquele território, podendo ser as unidades básicas de saúde ou unidades saúde da família, por isso o CLS corresponde a todas as comunidades ou povoados que são assistidas por aquela unidade de saúde. Os CLS's, mensalmente, se reúnem para as reuniões ordinárias e caso necessário podem convocar reuniões extraordinárias.

Após posse dos conselheiros, esses são responsáveis por elaborar o regimento interno do conselho e elegerem entre si um coordenador e um secretário, os quais estão incumbidos de facilitar as reuniões, propondo as pautas, o calendário das reuniões, organizando os encaminhamentos e as atas. A composição dos conselhos é paritária, com 50% dos representantes fazendo parte do segmento dos usuários e 50% sendo trabalhadores ou profissionais de saúde e gestores de saúde, em números absolutos são 6 representantes do segmento dos usuários e outros 6 dos segmentos dos trabalhadores e gestores de saúde.

Educação Permanente em Saúde como ferramenta para a descentralização do controle social em Feira de Santana

Além do empenho do CMS voltado para a implantação dos CLS, o Núcleo Microrregional de Educação Permanente em Saúde (NMEPS) se associou para que esse objetivo fosse alcançado. Processualmente, as próximas ações são de atualizações dos novos conselheiros e expansão dos CLS pelas comunidades, com estratégias de rodas de conversas, seminários, cursos e reuniões (FEIRA DE SANTANA, 2012).

Baseado na necessidade de implantar e fortalecer os CLS e torna-los eficazes buscamos compreender e articular as ações do controle social com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Percebemos a integração do princípio do controle social com a PNEPS através da participação do NMEPS, que além de auxiliar na implantação dos conselhos continua desenvolvendo ações de atualizações dos conselheiros de saúde.

Como princípio da PNEPS está à transformação e atualização do saber, entende-se que cada pessoa tem o seu conhecimento/saber e que este precisa ser valorizado, compreendido. É nesta perspectiva que a PNEPS atua, garantindo que os próprios atores sociais, sejam profissionais de saúde, gestores ou usuários de SUS, guiem a sua formação, ou seja, o objetivo é que os sujeitos envolvidos no sistema de saúde reconheçam seus pontos

fracos e suas necessidades, a partir daí cria-se propostas de trabalho conjuntas que supram esses problemas (BRASIL, 2007).

Anterior à aprovação da PNEPS, Ceccim (2005) já discutia o saber mutável dos profissionais de saúde e a realidade das ações de saúde. O autor afirma que o processo de educação na saúde envolve os aspectos culturais, a ligação política, as estratégias de gestão da saúde e as experiências vividas que podem se distanciar do modelo racional científico vigente. Da mesma forma que a atualização dos profissionais de saúde tem seus limites, como por exemplo, o pensamento de soberania que é desenvolvido na formação e até mesmo o pouco tempo disponível para as atividades educativas, esperamos que essas dificuldades também surjam entre os conselheiros.

Apresentam-se como diretrizes da política as especificidades, as desigualdades regionais, as necessidades de formação e a capacidade instalada de oferta institucional (BRASIL, 2007). Nessa perspectiva, o NMEPS tornou possível a realização da roda de conversa entre os conselhos locais de saúde, evento que vem sendo realizado sempre na última sexta-feira do mês em um hospital do município com o objetivo de discutir temáticas que sejam comuns a todos os CLS, fortalecendo a formação política do conselheiro. Além disso, houve a formação do colegiado dos CLS, composto obrigatoriamente pelo coordenador e outro conselheiro qualquer de cada CLS, esse espaço tem como finalidade socializar cada dificuldade e facilidade vivenciadas nos CLSs.

Retomando a relevância social deste estudo entendemos que as ações da PNEPS deve estar cada vez mais consolidada dentro dos CLSs e após alcançado os objetivos de compreender os saberes dos conselheiros e suas especificidades e necessidades, consequentemente ofereça subsídios para que novas estratégias sejam desenvolvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo contribui com o registro histórico no sentido de compreender o processo de descentralização do controle social no município de Feira de Santana, tal experiência demonstra a grande dificuldade da participação social na gestão da saúde pública, ao mesmo tempo em que descreve a vitória da sociedade civil organizada sobre o enfrentamento dos interesses capitalistas que continua ameaçando a representatividade idônea dos espaços dos conselhos de saúde.

Consideramos que o empoderamento técnico e político inerente a alguns conselheiros são essenciais para responder aos anseios coletivos e representar suas entidades de bases e toda comunidade, porém contraditoriamente, percebeu-se que pouco foi à iniciativa e o empenho dos conselheiros municipais para a construção dos CLS e até mesmo na articulação com estratégias de educação permanente para fortalecimento do controle social, este foi um dos fatores que dificultaram a implantação dos CLS.

É inegável que o controle social descentralizado contribui para a integração dos movimentos sociais e facilita a construção de fóruns e espaços de discussões autônomos com militantes de todo o município.

Atualmente os conselhos locais veem resgatando e fortalecendo a integração entre todas as entidades e instituições que representa a sociedade civil em cada bairro, tornando relevante à consciência dos direitos e deveres de ser cidadão. Consequentemente, a participação dos diversos segmentos favorece a representatividade do maior número de pessoas da comunidade, configurando uma luta coletiva do bairro e não uma luta singular pessoal com interesses políticos acima do bem estar social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990.

_____. Diário Oficial da União. **Lei 8142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990.

_____. Diário Oficial da União. **Portaria nº 1.996**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Brasília, DF, 22 de agosto de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. 100p.

_____. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde/NESP**; UnB. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, 68p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 102p.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258**, que aprova a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/91, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545**, que aprova a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/93, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010, 127p.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, SP: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. 871p.

CARVALHO, A. I. de.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. 2. ed. Atual. ampli São Paulo: Hucitec, 1995. 394p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v. 9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 126º reunião ordinária realizada no dia 18 de janeiro de 2004**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 127º reunião ordinária realizada no dia 17 de março de 2004**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 53º reunião extraordinária realizada no dia 05 de abril de 2006**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 151º reunião ordinária realizada no dia 17 de maio de 2006**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 152º reunião ordinária realizada no dia 21 de junho de 2006**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 154º reunião ordinária realizada no dia 16 de agosto de 2006**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 158º reunião ordinária realizada no dia 22 de novembro de 2006**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 163º reunião ordinária realizada no dia 16 de maio de 2007**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 168º reunião ordinária realizada no dia 17 de outubro de 2007**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 175º reunião ordinária realizada no dia 16 de junho de 2008**. Feira de Santana, p. 03.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 176º reunião ordinária realizada no dia 23 de julho de 2008**. Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 179ª reunião ordinária realizada no dia 15 de outubro de 2008.** Feira de Santana, p. 03.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 180ª reunião ordinária realizada no dia 19 de novembro de 2008.** Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 181ª reunião ordinária realizada no dia 17 de dezembro de 2008.** Feira de Santana, p. 03.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 183ª reunião ordinária realizada no dia 18 de março de 2009.** Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 187ª reunião ordinária realizada no dia 15 de julho de 2009.** Feira de Santana, p. 02.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento dos Conselhos Locais de Saúde do Município de Feira de Santana.** Feira de Santana, 2008.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde.** Estabelecimentos de Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.pmf.digital.ba.gov.br/exibe_noticia.php?codnoticia=12767>. Acesso em: 29 ago. 2012.

IBGE. **Cidades@.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

PAIM, J. S. **Saúde:** política e reforma sanitária. Salvador, Ba: ISC., 2002. 447p.

RIBEIRO, F. de B. **Processo de implantação dos conselhos locais de saúde no município de Feira de Santana - Bahia:** a construção de uma nova práxis? Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010, 109 f.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da estratégia saúde da família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

VASQUEZ, M. L.; et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, mar./abr., 2003.