

ESTRUTURAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ NOS ANOS 2007-2008¹

Ana Vanessa Deffaccio Rodrigues*

Maria José Scochi**

Thais Aidar de Freitas Mathias***

RESUMO

Os conselhos de saúde são de grande importância na gestão da saúde municipal. O objetivo deste trabalho é conhecer a estrutura e parte da dinâmica de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) do Estado do Paraná nos anos 2007 e 2008. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo. Os dados utilizados foram os disponíveis no banco de dados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS). As variáveis exploradas foram a quantidade total de conselheiros, gestores, usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, a periodicidade das reuniões, os temas abordados nas reuniões e a capacitação dos conselheiros. O estudo propiciou conhecer a composição e a dinâmica de trabalho dos CMSs do Paraná e concluir que existem falhas nestas instâncias e que medidas devem ser adotadas com vista a corrigi-las.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Participação Comunitária. Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

De caráter permanente e deliberativo, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) são órgãos colegiados com composição paritária, constituindo-se de representantes dos respectivos governos municipais, prestadores de serviços públicos e privados, profissionais da saúde e usuários, os quais atuam de forma a garantir a participação da sociedade na administração do sistema de saúde pública⁽¹⁾.

Compete-lhes a formulação e execução de políticas voltadas à saúde do município, formulando estratégias de coordenação e gestão do SUS. A formação desses conselhos foi uma alternativa encontrada pela sociedade para intervir na gestão pública, de forma que os seus interesses sejam aliados com as ações do Estado. É nesta instância que é possível a fiscalização da elaboração e prática das políticas de saúde⁽¹⁾.

Sabe-se que o município é o mais adequado dos entes federados para o gerenciamento da saúde, pelo fato de deter informações sobre as prioridades e demandas locais, em vista de sua proximidade com a realidade existente. Além da descentralização de recursos e serviços de saúde, a participação social constitui-se como uma

condição indispensável para uma boa gestão dos recursos e a prestação de serviços de qualidade. Por isso é obrigatória a criação e manutenção dos CMSs, cuja função é garantir a participação social nas políticas de saúde, tanto em sua formulação quanto em sua execução⁽²⁾.

Neste contexto, algumas dificuldades são apresentadas quanto ao funcionamento dos conselhos de saúde, relacionadas, especialmente, à inconsistência de uma cultura política democrática e à persistência de uma tradição autoritária, presente na realidade do nosso país⁽³⁾, a certa falta de valorização enquanto fórum institucional e deliberativo por parte do poder público constituído e à falta de integração dentro do próprio serviço de saúde⁽⁴⁾. Alguns estudos apontam o desconhecimento das reais responsabilidades dos próprios conselheiros⁽⁵⁾ e a inadequação desses conselhos ao previsto pela legislação federal vigente^(2,4,5). Se essas questões fossem trabalhadas no cotidiano, poderiam contribuir e influenciar na qualidade de participação de seus membros.

Obstáculos como os citados não são encontrados apenas no Brasil. Problemas semelhantes existem independentemente do contexto nacional ou local, como prova um estudo⁽⁶⁾ sobre Portugal, a Itália e a Espanha.

¹Artigo extraído do projeto de pesquisa "Rede de Observatórios Sociais: estratégias para a construção da cidadania fiscal e exercício do controle social" financiado pela FINEP.

*Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá - UEM. E-mail: vanessa_deffaccio@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora da Graduação e da Pós-graduação em Enfermagem da UEM. E-mail: mjscochi@uem.br

***Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora da Graduação e da Pós-graduação em Enfermagem da UEM. E-mail: tafmathias@uem.br

Considerando-se a realidade do Estado do Paraná, realizou-se uma revisão bibliográfica no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde se percebeu a falta de estudos sobre todos os CMSs deste Estado. Isto leva a concluir que se desconhece a realidade da participação da sociedade na gestão da saúde de seus municípios e justifica a realização do presente estudo.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é conhecer a estrutura destes espaços e parte da din mica de seu funcionamento a partir de suas características e composição.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado com todos os 399 conselhos municipais de saúde do Estado do Paraná. Os dados utilizados foram aqueles disponibilizados no banco de dados do endereço eletr nico do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os anos de estudo foram os mais recentes disponíveis naquele cadastro, ou seja, 2007 e 2008.

O CNCS foi criado pelo DATASUS no ano de 2005, sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde, como uma estratégia no processo de construção das políticas de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. É uma ferramenta que utiliza a internet para a atualização dos dados dos conselhos de saúde e disponibiliza essas informações para acesso irrestrito da sociedade⁽⁷⁾.

Com as informações geradas no Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde tem-se acesso a questões referentes à identificação e localização de cada conselho, assim como a dados para contato, sobre o funcionamento do conselho, sua atual composição e seu presidente⁽⁷⁾.

As variáveis escolhidas e exploradas para comparação e análise dos dados do presente trabalho foram a quantidade total de conselheiros, de gestores, usuários, trabalhadores, prestadores de serviços; a periodicidade das reuniões; temas abordados nas reuniões e capacitação dos conselheiros.

Para uma melhor análise dos dados e uma comparação entre os municípios do Estado, parte dos resultados obtidos foi agrupada por número

de habitantes, da seguinte forma: até 20 mil habitantes, entre 20 e 50 mil habitantes e acima de 50 mil. No Paraná 311 (77,94%) municípios possuem até 20.000 habitantes, 55 (13,78%) no segundo grupo e 33 (8,27%) no terceiro, sendo que o de menor porte possui 1.409 e o de maior 1.751.907 habitantes⁽⁸⁾.

Como técnica de coleta de dados foi realizada a exportação dos dados no formato de arquivo XLX (*software* Excel 2010) conforme alternativa de apresentação desses dados existente no endereço eletr nico do CNCS, e para a análise foi utilizada frequência absoluta e relativa, neste mesmo *software*. A coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2011.

Por se tratar de dados secundários e de domínio público, a pesquisa teve dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do Comit  de  tica e Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, através do CAAE 0191-11, conforme normas desta instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No banco de dados do CNCS referentes aos anos de 2007 e 2008 consta o Estado do Paraná tem 399 CMSs, porém aqui foram analisados os dados referentes à composição de 319 (79,9%) municípios, pois um (0,3%) não havia preenchido as informações e 79 (19,8%) estas estavam inconsistentes. Este dado expressa que no território do Paraná a criação destes órgãos é considerada importante, pois um número ainda expressivo de conselhos estava com os dados alimentados no sistema.

Estas informações foram cruzadas com a estratificação populacional dos municípios previamente estabelecida e observa-se que aqueles com população superior a 50 mil habitantes possuem 93,8% dos dados preenchidos de forma correta, enquanto a maior proporção de inconsistências (22,1%) esteve relacionada aos municípios com até 20 mil habitantes, diminuindo conforme aumenta o número de habitantes dos municípios (tabela 1). As principais inconsistências estão relacionadas ao número de conselheiros por segmento, que em alguns municípios não bate com a soma do total de conselheiros. Este  ndice de 22,1% de inconsistências nos municípios de menor porte

reflete padrões de comportamento tradicionais, clientelistas, autoritários ou mesmo patrimonialistas na cultura de nosso país, ainda enraizados⁽⁹⁾, especialmente nas pequenas cidades e nas áreas rurais menos industrializadas do país.

Inicialmente, a análise dos dados propiciou o diagnóstico das principais inconsistências na alimentação do sistema do CNCS, que,

conforme mostram as tabelas 1 e 4, são o preenchimento incorreto e ausência de preenchimento. Com a divulgação desta pesquisa, espera-se que haja uma atenção e um investimento maior na qualificação das informações desse cadastro, para seu uso com eficácia no monitoramento dos conselhos municipais de saúde do Estado do Paraná.

Tabela 1 – Composição dos conselhos municipais de Saúde segundo porte populacional dos municípios, 2007 e 2008, Paraná, 2011.

Preenchimento da composição	Até 20 mil habitantes		Entre 20 e 50 mil habitantes		Acima de 50 mil habitantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Incorreto	69	22,1	8	14,5	2	6,3	79	19,8
Correto	242	77,6	47	85,5	30	93,8	319	79,9
Não preenchido	1	0,3	-	-	-	-	1	0,3
Total	312	100,0	55	100,0	32	100,0	399	100,0

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007-2008.

Analisando os dados preenchidos de forma correta (319) no CNCS do Estado do Paraná, Sendo que, nos municípios com até 20 mil e entre 20 a 50 mil habitantes, o número de conselheiros é expressivo de 11 a 20, nos municípios com mais de 50 mil habitantes o maior índice é de 21 a 30 (tabela 2), sendo que a mediana do total de conselheiros nos municípios com população de até 20 mil habitantes é de 12, entre 20 e 50 mil é de 16, e acima de 50 mil, de 22.

Proporcionalmente ao número de habitantes, a composição dos conselhos de Saúde, seja em nível federal, estadual ou municipal, deve ser invariável, de forma que os usuários devem ocupar 50% das vagas, enquanto os representantes dos trabalhadores da Saúde devem ocupar 25% e os prestadores de serviço e gestores, juntos, os restantes 25%⁽²⁾; no entanto esses deveres e/ou direitos sinalizados nas leis existentes não podem ficar no papel, precisam ser construídos e conquistados cotidianamente para que se traduzam em benefícios para o próprio conselho e sociedade.

Nota-se que nos anos de 2007-2008 os municípios ainda não contavam com esta forma de representação. Aqueles com até 20 mil habitantes apresentaram maior inadequação ao estabelecido do que os outros de maior porte. O grupo de trabalhadores foi o que se mostrou em menor consonância com o que é postulado: dos

242 municípios com até 20 mil habitantes, 95 (39,3%) não contavam com o mínimo de 25% nos conselhos, sendo os usuários os que tinham a conformação mais adequada em todos os portes populacionais (tabela 2).

A conformação percentual mínima exigida para a composição do conselho e, ainda, uma democracia com poucos representantes nesta instância podem culminar em uma representação deficitária da população e dos outros segmentos de um modo geral, pois a individualidade e os interesses desses conselheiros podem pesar durante as discussões e votações, não ocorrendo o efetivo controle social⁽⁹⁾.

Os dados encontrados referentes à baixa adesão dos trabalhadores nos conselhos são confirmados por um estudo realizado com 20 municípios da Região Sul do País, o qual mostra que nos municípios com até 200 mil habitantes, 83% referiram não participar, apesar de conhecerem o funcionamento de conselhos locais de Saúde⁽¹⁰⁾.

É comum a composição do Conselho de Saúde não seguir o princípio da paridade e os critérios de escolha do representante serem pouco conhecidos. Existem casos em que um mesmo conselheiro representa segmentos com interesses opostos ou é um político em cargo eletivo⁽¹¹⁾, o que compromete sua participação e representatividade.

Existem duas vertentes de pensamento em relação aos fóruns participativos. Uma diz respeito aos grupos com interesses comuns, representados pelos movimentos sociais e pelas associações da sociedade civil; e a outra, aos grupos com interesses individuais e com um núcleo de demandas particulares e específicas. Ambos os tipos de grupos podem ter efeitos positivos, contribuindo distintamente para o bem

da população, a depender do interesse buscado⁽¹²⁾.

Não obstante, quanto ao grupo dos usuários, importa saber quais entidades estão sendo representadas por eles e como estas são indicadas, pois as regras de representação v o delimitar as possibilidades de articulação entre democracia representativa e democracia participativa⁽¹³⁾.

Tabela 2 – Composição dos conselhos municipais de Saúde, por grupo de participantes, nos anos 2007-2008, Paraná, 2011.

Composição dos CMS	Até 20 mil habitantes		Entre 20 e 50 mil habitantes		Acima de 50 mil habitantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Usu�rios								
Menor que 50%	30	12,4	2	4,3	1	3,3	33	10,3
Igual a 50%	197	81,4	43	91,5	28	93,3	268	84,0
Maior que 50%	15	6,2	2	4,3	1	3,3	18	5,6
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0
Trabalhadores								
Menor que 25%	95	39,3	12	25,5	5	16,7	112	35,1
Igual a 25%	118	48,8	31	66,0	24	80,0	173	54,2
Maior que 25%	29	12,0	4	8,5	1	3,3	34	10,7
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0
Prestadores de Serviço								
Menor que 12,5%	87	36,0	13	27,7	9	30,0	109	34,2
Igual a 12,50%	76	31,4	23	48,9	15	50,0	114	35,7
Maior que 12,5%	79	32,6	11	23,4	6	20,0	96	30,1
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0
Gestores								
Menor que 12,5%	55	22,7	9	19,1	4	13,3	68	21,3
Igual a 12,50%	73	30,2	22	46,8	15	50,0	110	34,5
Maior que 12,5%	114	47,1	16	34,0	11	36,7	141	44,2
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0
Total de Conselheiros								
04 a 10	81	33,5	8	17,0	-	-	89	27,9
11 a 20	142	58,7	26	55,3	11	36,7	179	56,1
21 a 30	14	5,8	7	14,9	12	40,0	33	10,3
31 a 40	5	2,1	4	8,5	5	16,7	14	4,4
41 a 50	-	-	2	4,3	1	3,3	3	0,9
51 a 56	-	-	-	-	1	3,3	1	0,3
Total	242	100,0	47	100,0	30	100,0	319	100,0

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007-2008.

Verificar se as reuniões funcionam de forma regular é uma das maneiras de averiguar se um conselho de saúde funciona adequadamente⁽¹⁴⁾. Em 72,2% dos municípios do Estado do Paraná as reuniões acontecem com periodicidade mensal (tabela 3), porém este percentual é inferior   m dia nacional encontrada no banco de dados do CNCS, que foi de 84,31%. Isto tem que ser mudado, em prol de um melhor funcionamento dos conselhos.

Além da periodicidade das reuniões dos conselhos, é importante discutir a frequência dos participantes nessas reuniões, uma vez que são os conselheiros que possuem o papel de defender os interesses das entidades e participar do processo de formação das políticas de saúde e do controle social da população, através de suas representações. A falta de participação dos conselheiros pode indicar uma falta de prestígio da entidade, o que desestimularia o restante dos

participantes e contribuiria, até mesmo, para a decisão. falta de quórum, prejudicando as tomadas de

Tabela 3 – Periodicidade das reuniões dos conselhos municipais de Saúde do Estado do Paraná nos anos 2007-2008; Paraná, 2011.

Periodicidade das Reuniões	Até 20 mil habitantes		Entre 20 e 50 mil habitantes		Acima de 50 mil habitantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quinzenal	-	-	-	-	2	6,3	2	0,5
Mensal	211	65,7	47	85,5	30	93,8	288	72,2
Bimestral	64	19,9	5	9,1	-	-	69	17,3
Trimestral	35	10,9	3	5,5	-	-	38	9,5
Outro	1	0,3	-	-	-	-	1	0,3
Nenhum	1	0,3	-	-	-	-	1	0,3
Total	312	97,2	55	100,0	32	100,0	399	100,0

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007-2008.

As pautas das reuniões dos conselhos indicam a dinâmica de funcionamento destes e são muito específicas para cada município, por isso é importante a discussão de assuntos que os conselheiros julgarem importantes e emergenciais, com o intuito de gerar o cumprimento das funções deliberativas já previstas na legislação.

O principal tema abordado nas reuniões dos municípios do Paraná é referente ao “orçamento, financiamento e prestação de contas” (94,6%), o que demonstra forte preocupação com a questão financeira e os aspectos econômicos dos municípios. Ainda, este tema ocupa o primeiro lugar na pauta das reuniões dos municípios brasileiros, com 88,92%, conforme dados do CNCS. Este fato mostra parte do exercício prático do controle social, visto que se trata de um tema extremamente pertinente às competências atribuídas aos conselhos.

As conferências municipais de Saúde ocupam o segundo lugar como tema mais discutido nas reuniões dos CMSs (93,4%), fato que expressa a importância dada a esta forma de controle social, uma vez que este é uma das maneiras de participar da elaboração e implementação das políticas públicas de Saúde. Não obstante, é impossível determinar se essas discussões tratam da organização ou da temática da conferência, pois se trata de uma pesquisa que aborda um banco de dados elaborado previamente e disponibilizado via internet.

Em qualquer município a realização da conferência deve ser uma decisão política do secretário municipal de Saúde, do CMS e,

principalmente, do Prefeito. Em situações em que o Prefeito não se envolva diretamente nessa realização, o Conselho deve se empenhar para que este evento seja uma estratégia de aproximação do Prefeito e de outras pessoas do poder local com as questões ligadas à saúde, principalmente as de atuação intersetorial⁽¹⁵⁾.

A capacitação destes conselheiros é outra questão que merece uma atenção especial, principalmente após a verificação de que estes, em 131 municípios (50,6%), não receberam nenhuma preparação para assumirem a responsabilidade de controle social na área da saúde. Observa-se também que, quanto maior o número de habitantes do município, mais atividades de capacitação para os conselheiros são realizadas (tabela 4).

Em 2002, o Conselho Nacional de Saúde, junto com representantes do Programa de Educação em Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, formulou algumas diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde. Esse órgão discute a importância de gerar processos de capacitação de conselheiros de Saúde que proporcionem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de formulação do modelo assistencial adequado a seus princípios e diretrizes, também uma ampla compreensão de saúde, que possibilite uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do CMS possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida. Ademais, recomenda que o processo de

capacitação ocorra de forma descentralizada, locais, com vista a uma maior efetividade⁽¹⁶⁾.
respeitando as especificidades e condições

Tabela 4 – Capacitação dos conselheiros municipais de saúde do Estado do Paraná, nos anos 2007-2008, Paraná, 2011.

Capacitação	Até 20 mil Habitantes		Entre 20 e 50 mil habitantes		Acima de 50 mil habitantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	84	44,0	23	59,0	21	72,4	128	49,4
Não	107	56,0	16	41,0	8	27,6	131	50,6
Fichas preenchidas	191	61,2	39	70,9	29	90,6	259	64,9
Fichas não preenchidas	121	38,8	16	29,1	3	9,4	140	35,1

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007-2008.

Os dados levantados mostram que o funcionamento de um CMS apresenta diferenças conforme os portes populacionais dos municípios. Os resultados apresentados referentes à composição dos conselhos,   periodicidade das reuniões e   capacitação dos conselheiros sugerem que quanto maior o número de habitantes dos municípios, maior a consolidação dos respectivos CMSs, principalmente em se tratando daqueles com mais de 50 mil habitantes. Mostram também que,   medida que aumenta o porte populacional há uma tendência de melhoria dos resultados, e que os municípios menores possuem menos autonomia e estabilidade ou menor qualificação⁽¹⁷⁾. Isso pode indicar que os municípios maiores apresentam condições mais adequadas para o exercício do controle social e de implementação das políticas públicas de saúde, na medida em que possuem maior competência para formular e efetivar diferentes tipos de intervenção.

Destarte, o cumprimento legal dos conselhos não seria o único fator para um controle social efetivo e de qualidade; para isso, uma alternativa sugerida é que os municípios menores recebam apoio dos que possuem uma estruturação mais sólida, assumindo um papel fundamental no desenvolvimento das condições necessárias para a melhoria da eficiência destes conselhos. A esse fator deve ser somada a qualificação dos participantes para o exercício de suas funções, de forma que estes possam colocar em prática a defesa dos seus direitos de seus representados e influenciar o Estado nas tomadas de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma limitação do estudo foi o banco de dados escolhido para a pesquisa, pois sabe-se da importância da consistência dos dados em um trabalho de cunho quantitativo, e o CNCS apresenta algumas falhas de informações, tanto de contradição quanto de ausência de preenchimento de muitas variáveis. Apesar disso, optou-se por utilizar as informações contidas nesse cadastro com vista a conhecer e tornar este recurso do Conselho Nacional de Saúde disponível a todos os interessados, e, principalmente, para que este d  uma atenção maior e invista mais no preenchimento das informações, pois estas são uma ferramenta para o monitoramento dos conselhos de saúde de todo o país.

A análise aqui empreendida permitiu conhecer a composição e a din mica de trabalho dos conselhos municipais de Saúde do Estado do Paraná, possibilitando concluir que estão avançando quanto à sua estruturação, mas que estão apenas parcialmente de acordo com o que estabelece a legislação vigente. Esses fatos demonstram que a conscientização dos indivíduos sobre o papel que ocupam enquanto cidadãos participativos vem crescendo com o passar dos anos.

A implantação de medidas destinadas à melhoria dos CMSs necessita de um olhar amplo de todos os atores envolvidos, desde gestores a usuários, para que assumam o controle social como uma vigilância sobre o Estado, com vista ao benefício de toda a sociedade. Merecem atenção especial os municípios menores, ou seja, aqueles com até 20 mil habitantes, pois, como demonstrado, são estes que estão mais sujeitos a inconformidades e mais necessitam de melhorias em sua din mica de trabalho.

O controle social por meio dos CMSs contribui para a estabilidade política e econômica de um governo, assim como para o bem-estar da população⁽¹⁸⁾; mas para que isso ocorra é necessário o fortalecimento do papel dos envolvidos no processo de luta e conquista, individualmente e por intermédio de outros conselhos mais influentes e consolidados, de forma a disseminar a prática de qualidade do controle social.

Por outro lado, a criação de mecanismos participativos pelos conselhos de municípios mais representativos não deve intervir na dominância, processo decisório e características individuais dos conselhos de municípios que necessitam deste suporte. Futuros estudos poderão verificar como se dão a influência e o processo decisório destes conselhos considerados influentes sobre os outros.

MUNICIPAL HEALTH COUNCILS OF THE STATE OF PARANÁ IN THE YEARS 2007-2008

ABSTRACT

Health councils have wide importance in the management of municipal health. The objective of this study was to identify the conformation and work dynamic of Municipal Health Councils (CMS) in Paraná during years 2007-2008. It is a descriptive and quantitative study. The data used were obtained from the database of the National Register of Health Councils (CNCS). The variables explored were the total number of directors, managers, users, workers and service providers, the frequency of meetings, the topics discussed at meetings and counselor training. The study made it possible to understand the composition and work dynamic at CMSs in Paraná State, and conclude there are shortcomings requiring measures in order to correct them.

Keywords: Health Councils. Community Involvement. Health Policies.

ESTRUCTURACIÓN DE LOS CONSEJOS MUNICIPALES DE SALUD DEL ESTADO DE PARANÁ EN LOS AÑOS 2007-2008

RESUMEN

Los consejos de salud son de gran importancia en la gestión de la salud municipal. El objetivo de este trabajo es conocer la estructura y parte de la dinámica de funcionamiento de los Consejos Municipales de Salud (CMS) del Estado de Paraná en los años 2007-2008. Se trata de un estudio cuantitativo y descriptivo. Los datos utilizados fueron los disponibles en la base de datos del Catastro Nacional de Consejos de Salud (CNCS). Las variables exploradas fueron la cantidad total de consejeros, gestores, usuarios, trabajadores y proveedores de servicios, la frecuencia de las reuniones, los temas tratados en las reuniones y formación de los consejeros. El estudio proporcionó conocer la composición y la dinámica de trabajo de los CMSs de Paraná y concluir que existen huecos en estas instancias y que medidas deben ser adoptadas, pretendiendo corregirlos.

Palabras clave: Consejos de Salud. Participación Comunitaria. Políticas Públicas.

REFERÊNCIAS

1. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, Skupien JA. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(5): 2431-6.
2. Matuoka RI, Ogata MN. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Rev APS*. 2010 out./dez.; 4:396-405.
3. Escorel S e Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 229-47.
4. Wendhausen ALP, Rodrigues IF. Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da amfri/ SC e a relação com a prática no conselho. *Cienc Cuid Saude*. 2006; 5(2):166-74.
5. Saliba NA et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Rev Adm Pública*. 2009; 43(6): 1369-78.
6. Serapioni M, Sesma D. A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo. *Sociologia [online]*. 2011; (2):599-629.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde; 2007.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. Banco de dados: Estado; 2010. [acesso em 14 mar 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>.
9. Côrtes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 102-28.

10. Scochi MJ et al. Estudo de linha de base em 20 municípios da região Sul na implanta o do Proesf: avaliando a aten o básica. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2007. 146 p.
11. Labra ME. Conselhos de Saúde: Visões "macro" e "micro". Civitas. 2006; 6:199-221.
12. Cortes SV, Gugliano A. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpreta o sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. Sociologias. 2010. 12 (24):44-75.
13. Van Stralen CJ, Lima AMD, Fonseca SD, Saraiva LESanto, van Stralen TBS, Belisário SA. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11(3): 621-32.
14. Zambon VD, Ogata MN. Configura es dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP. 2011; 45(4):890-7.
15. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Conferências Municipais de Saúde passo a passo; 2003 [acesso em 20 de julho de 2011]. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/ConferenciaPassoaPasso.pdf>>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para capacita o de conselheiros de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
17. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratiza o da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciênc saúde Coletiva. 2009; 14(3): 795-805.
18. Schneider AM, Baquero M. Institui es governamentais e participa o cidadã: finanças públicas inclusivas em Porto Alegre – Brasil. Revista Debates. 2009; 3(2):183-212.

Endereço para correspondência: Ana Vanessa Deffaccio Rodrigues. Avenida Tancredo Neves, 841. CEP: 86.900-000. Jandaia do Sul, Paraná.

Data de recebimento: 28/10/2011

Data de aprova o: 13/08/2012