

A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo

The participation of users, workers and counselors of health:
a qualitative study

Márcia Grisotti¹
Zuleica Maria Patrício²
Andréia da Silva³

Abstract *This is a qualitative approach research that aimed to analyze the effectiveness and the resoluteness of SUS actions as well as the satisfaction of the users. The units analyzed were a community and the Municipal Health Council of Florianópolis city. All data were collected through documental analysis, interview and participative observation. The sources for the data were: official documents and field observation record; community residents (subjects and families users of SUS), health workers and the Municipal Health Counselors. The results shows different understanding of health among the three classes of subjects, as well as the distance between practices and the referential professed within the Family Health Strategies. The council shows deficiencies in its organization, referral of deliberations, composition and representativeness, and the role of the counselor and its relationship with the entity represented. The public participation and the social control as essential conditions for the effectiveness of SUS proposals, still remain as an expectation and a big challenge.*

Key words *SUS, Social Participation, Health Council, Health Team, Family Health Strategy*

Resumo *Pesquisa de abordagem qualitativa que teve como objetivo analisar a efetividade e a resolutividade de ações do SUS e a satisfação de usuários, tendo como unidades de análise uma comunidade e o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis. Os dados foram colhidos através de análise documental, entrevista e observação participante. As fontes de dados foram documentos oficiais e registros de observação de campo; moradores da comunidade (indivíduos e famílias usuários do SUS); profissionais da equipe de saúde e conselheiros de saúde do município. Os resultados mostram compreensões diferentes de saúde entre os sujeitos, bem como a distância que existe entre as práticas e o referencial preconizado nas Estratégias de Saúde da Família. Em relação ao conselho, evidenciou-se deficiências na sua organização, composição e representatividade, nos encaminhamentos das deliberações, no papel do conselheiro e na sua relação com a entidade que ele representa. A participação popular e o controle social, como condições essenciais para a efetivação das propostas do SUS, ainda permanecem como expectativa e um grande desafio.*

Palavras-chave *SUS, Participação Social, Conselho de Saúde, Equipe de Saúde, Estratégia de Saúde da Família*

¹Programa de pós-graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Trindade, Caixa Postal 476. 88040-900 Florianópolis SC. grisotti@fastlane.com.br

²Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Sul de Santa Catarina.

³Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional de Blumenau.

Introdução

As mudanças ocorridas na política de saúde brasileira após a Constituição de 1988, reforçadas pela implantação das Normas Operacionais Básicas (NOB)^{1,2} na década de noventa e pela Norma Operacional da Assistência à Saúde³, foram marcadas pelo esforço do Ministério da Saúde no avanço do processo de municipalização e de novas formas de financiamento das ações e serviços de saúde, priorizando a proposta de atenção básica.

Essa proposta vem orientando, de acordo com Marques e Mendes⁴, a lógica assistencial do SUS desde 1994, através da operacionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) e da incorporação da experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No entanto, o processo de implantação e consolidação das diretrizes oficiais do SUS, entre elas, a universalização do atendimento, a descentralização e a integralidade das ações de saúde, tem sido marcado por impasses e questionamentos apontados em vários estudos⁵⁻¹¹.

Até o início da década de noventa, o processo de implantação da nova política de saúde evidenciou mais uma desconcentração do que uma real descentralização. Muito aquém da necessária reforma sanitária, as mudanças no setor limitavam-se ao aspecto formal-administrativo, sem uma efetiva transferência de poder, sem autonomia política e financeira e principalmente sem democratização das relações sociais em todos os níveis territoriais¹².

Esse fato estava vinculado com a falta de uma tradição política de municipalização. Porém, com as Normas Operacionais Básicas de 1993 e a NOAS de 2001, essa situação foi sendo modificada, isto é, com essas normas, a transferência de poder aos municípios foi sendo normatizada, forçando cada vez mais esses municípios a assumirem a gestão plena da atenção à saúde, o que garantiu a consolidação, do ponto de vista institucional, do modelo descentralizado.

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF), bem como todos os movimentos de promoção da saúde, de um lado, e a criação dos conselhos de saúde de outro, são representativos da nova dinâmica do sistema a partir da década de noventa.

De acordo com Sisson¹³, o início da implantação do PSF assemelha-se ao de outros programas propostos nos anos setenta e oitenta, como, por exemplo, o da Saúde Comunitária, que objetivava a extensão de cobertura e ampliação de

acesso à saúde de populações pequenas ou rurais e/ou à margem do processo produtivo.

Nessa direção, Conill¹⁴ lembra, também, as diferentes denominações de programas anteriormente existentes até a emergência dos termos Saúde da Família e Vigilância em Saúde e que traduziam contextos sociopolíticos específicos: atenção e cuidados primários, medicina simplificada, saúde e medicina comunitária.

De um programa isolado, o PSF evoluiu fortemente incentivado pelo governo federal, para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública¹³. No entanto, há divergências quanto a resolutividade desse programa. De acordo com Senna¹⁵, as análises realizadas sobre o PSF apontam o dilema existente entre a perspectiva de racionalização dos gastos e a busca de equidade e justiça social.

Além desse dilema, alguns analistas mencionam que *a capacidade de alteração do modelo assistencial não tem obtido sucesso ou mesmo que o PSF não tem garantido de forma sistemática o acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade da saúde, nem a universalização da cobertura*⁴.

Os Conselhos Municipais de Saúde, que teriam o papel de fortalecer as ações do SUS, também não conseguem atender as diretrizes. Estudos apontam os limites da participação e do controle social nesse contexto. Por exemplo, Wenhäusen¹⁶, em sua tese de doutorado desenvolvida em um Conselho Municipal de Saúde do Estado de Santa Catarina, aponta que a presença quantitativa dos representantes usuários não corresponde à qualidade de sua participação e questiona: será que eles são, de fato, representantes? Essa pergunta, em parte, está respondida neste estudo.

A análise da literatura sobre essa temática, associada à reflexão crítica sobre estudos e práticas em saúde coletiva que desenvolvíamos como grupo de pesquisa, junto a populações de Florianópolis, mostrou que havia problemas na aplicação das prescrições estabelecidas nos programas oficiais de saúde, talvez por conta de incongruências entre as práticas desenvolvidas pelas equipes e pelo conselho de saúde, legitimadas pela não participação social dos usuários.

Destas constatações, emergiu a necessidade de estudos que focassem as ações do SUS sob o ponto de vista tanto de quem é responsável quanto de quem recebe os serviços de saúde pública. Para tanto, com apoio do CNPq e de um grupo de trabalho interdisciplinar, decidimos realizar uma pesquisa de abordagem qualitativa, na expectativa de descobrir como as diretrizes do SUS

estão sendo consolidadas numa dada comunidade e qual a participação do Conselho Municipal de Saúde nesse processo.

Para responder essa questão, foi definido o objetivo geral de analisar a efetividade e a resolutividade das ações do SUS e a satisfação de usuários, tendo como unidades de análise uma comunidade e o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis. E como específicos, descrever o cotidiano de um centro de saúde e das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e identificar a representações dos sujeitos envolvidos sobre as atividades do SUS na comunidade e nas ações do conselho.

Método do estudo

Caracterizamos este estudo como qualitativo, por buscar responder a questões sociais através da participação direta dos sujeitos envolvidos no contexto estudado. Abordagens qualitativas investigam fenômenos de grupos humanos em seus significados, motivos; suas aspirações, crenças; seus valores, sentimentos e suas práticas, tendo como matéria prima cenas e cenários da vida desses sujeitos¹⁷⁻²³.

Especificamente, a pesquisa se caracterizou como estudo de caso. Esse tipo de abordagem possibilita conhecimento aprofundado sobre uma dada realidade e costuma responder questões de como ou por que determinado fenômeno ocorre com a utilização de diversas técnicas de colher dados^{19,23}.

O processo de pesquisar teve abordagem interdisciplinar com aproximação da triangulação de dados. A triangulação tem o objetivo de abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo e parte do princípio de que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma realidade social²³.

Particularmente, o olhar do pesquisador, desde a gênese do projeto, seguiu o referencial teórico-metodológico desenvolvido no Transcriar: Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável^{17,18,24}.

O estudo foi desenvolvido no ambiente de uma comunidade da região continental de Florianópolis, em residências de famílias usuárias do serviço de saúde, logradouros e no próprio Centro de Saúde; nas dependências no Centro de Ciências da Saúde da UFSC e nos locais onde ocorriam as reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Parte da análise documental foi realizada

no Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF).

Participaram do estudo trabalhadores do Centro de Saúde da comunidade; famílias residentes naquela comunidade e demais usuários (indivíduos e grupos) que buscaram atendimento naquele serviço durante o período de coleta de dados; e os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis.

As fontes de dados foram os sujeitos já apresentados; as situações sociais observadas nos logradouros e no Centro de Saúde da comunidade; prontuários relativos aos atendimentos dos usuários desse serviço; atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis e documentos do Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF).

Todo o processo da pesquisa foi guiado por princípios éticos que orientam a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, complementada por componentes do processo de cuidar, já referidos, que costumam aperfeiçoar a interação entre seres humanos, mas mantendo o rigor do método estabelecido na pesquisa.

As técnicas mais utilizadas para colher dados foram análise documental, observação participante com entrevista e entrevista semiestruturada em profundidade.

A análise documental foi realizada nos registros dos atendimentos de rotina do Centro de Saúde e do Programa de Saúde do Escolar, desenvolvido com a população daquela comunidade, na época do estudo. Também foram analisados os registros das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis e dos dados socioeconômicos da comunidade, disponibilizados pelo IPUF.

A observação participante, com entrevista, foi aplicada nas visitas domiciliares, junto a famílias usuárias do Centro de Saúde e no cotidiano dos atendimentos desse Centro de Saúde da comunidade; nas oficinas de saúde, das quais participaram trabalhadores da equipe de saúde e usuários; e nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis que ocorriam na sede do conselho ou nas dependências das diversas associações de moradores. A aplicação dessa técnica envolveu 217 sujeitos referentes às categorias citadas acima.

A entrevista em profundidade foi aplicada em visitas domiciliares com membros de dezesseis famílias que haviam participado do Programa de Saúde Escolar e que eram usuários sistemáticos do Centro de Saúde da comunidade; com todos

os trabalhadores da equipe do Centro de Saúde e com catorze representantes do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis. Foram feitas, também, várias entrevistas coletivas realizadas durante os trabalhos de grupo na oficinas de saúde.

A análise dos dados, focada na identificação de categorias e temas emergentes, desde os primeiros levantamentos, foi baseada em estudos de Elsen²⁰, Patrício^{17,18}, e Strauss e Corbin²⁵.

Resultados

A análise das diferentes representações identificadas nos discursos dos sujeitos do estudo possibilita uma melhor compreensão da realidade dos serviços oferecidos e, inclusive, justifica as dificuldades de comunicação entre as diversas categorias profissionais, pois, mesmo dentro de uma mesma categoria, encontramos diferenças de referenciais sobre saúde-doença. As representações caracterizam-se pela multidimensionalidade, envolvendo fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e psicoespirituais.

Os usuários, quando falam em doença, remetem as significações diretamente aos sinais e sintomas que costumam apresentar, representadas por expressões construídas no senso comum. Já os trabalhadores da saúde e os conselheiros expressam “saúde” e “doença” de forma mais conceitual, mostrando elementos teóricos de origem acadêmica, ampliando o significado da saúde e da doença para além dos “sinais e sintomas”, incorporando outros conceitos como, por exemplo, o de qualidade de vida, e evidenciando a experiência subjetiva do processo adoecer-curar.

Embora as representações de saúde-doença dos trabalhadores e dos conselheiros indiquem a relação da saúde com as condições de vida, incluindo a melhoria dos serviços de saúde pública, a realidade desses atores mostra uma distância entre o discurso e sua aplicação. Acentua-se, nesse contexto, a pouca participação dos mesmos nas reivindicações e nas práticas de cidadania, de direito e de dever, inerentes ao cotidiano das suas ações.

A dissonância de representações sobre saúde e doença entre os sujeitos desse estudo mostra o que identificamos em outras pesquisas desenvolvidas na região de Florianópolis: a existência de diferentes crenças, valores, conhecimentos e práticas sobre saúde e doença que guiam os serviços prestados pelos profissionais do SUS^{9,18,26-28}.

Em relação às percepções dos usuários acerca do atendimento prestado no seu Centro de Saú-

de, identificaram-se situações que não diferem muito daquelas relatadas na literatura sobre o tema e daquelas que experimentamos em atividades de pesquisa e extensão universitária no cotidiano de outros Centros de Saúde: insatisfações constantes demonstradas por queixas e críticas sobre determinadas rotinas e com a qualidade do atendimento dos profissionais. Neste caso, em especial, a crítica refere-se à competência humanística e ao exercício da ética profissional.

A insegurança e a insatisfação da população com o atendimento oferecido pelo Centro de Saúde estão relacionadas especialmente com as faltas e atrasos constantes dos profissionais no trabalho (principalmente da medicina e da odontologia) e, também, com relação aos momentos em que chegavam para serem atendidos e encontravam os funcionários “tomando café” na cozinha.

Essa última queixa dos usuários precisa ser relativizada: primeiro, porque é preciso considerar até que ponto essa situação é rotina no cotidiano do serviço; segundo, porque talvez os usuários desconheçam que os trabalhadores têm direito a períodos de descanso, para alimentação e momentos de lazer, inclusive para inibir ou amenizar problemas de saúde originados do trabalho.

Patrício *et al*²⁹, com base em Maffesoli³⁰ e diversos estudos empíricos relativos à qualidade de vida do trabalhador, consideram que esses encontros no ambiente de trabalho promovem interações entre trabalhadores que representam verdadeiros momentos de “respiradouros”, funcionando como autocuidado, com o poder de recompor energias, e também como promotor de um espaço de socialidade entre os membros da equipe. Essa socialidade pode ter um significado especial para a saúde social dos trabalhadores, a ponto de contribuir para melhorar a qualidade da vida do grupo e do trabalho desenvolvido por este³¹.

Havia, também, grande insatisfação da população com o serviço público em razão das longas filas de espera para marcação de consultas, o que provocava maior demanda desses usuários para os serviços de emergência dos hospitais da região, além de promover o absenteísmo no local de trabalho.

Identificou-se, também, uma grande rotatividade de profissionais na equipe daquele Centro de Saúde em curtos períodos de tempo. Isso pode explicar por que a maioria dos usuários mencionava a equipe anterior como se fosse a atual. Observou-se que a maior parte dos usuários, tanto nas visitas domiciliares quanto nas salas de espera do Centro de Saúde, procurava

este local quando estava doente. Exceto durante as campanhas de vacinação, esse serviço não era procurado para ações de prevenção.

Além disso, como já mencionado anteriormente, várias usuárias reclamaram das atividades de grupo oferecidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), alegando que as mesmas impediam a realização de consultas e atendimentos curativos e não promoviam, em seu contexto, espaço para falar sobre suas queixas. Essa reclamação contradiz o que foi enfatizado por usuários, em algumas visitas domiciliares, sobre a necessidade de o “paciente” ser ouvido pelos profissionais de saúde, já que, teoricamente, as atividades de grupo do PSF preconizavam esse tipo de interação mais próxima e efetiva entre usuários e profissionais de saúde.

Esse quadro poderia ser revertido se os mecanismos de controle social fossem efetivados. Apesar de esses mecanismos de participação social, nesses últimos anos, serem enfatizados tanto na literatura acadêmica quanto nas políticas públicas (muitas vezes pressionadas por agências internacionais), observa-se que os mesmos permanecem ainda como um ideal a ser atingido. Mesmo que tenham ocorrido no Brasil várias experiências de participação popular, muitas não tiveram continuidade devido à falta de uma estrutura institucional que as apoiasse numa perspectiva de longo prazo e, também, à falta de uma cultura participativa no interior da sociedade.

Os motivos da pouca participação se devem à justaposição, ao desperdício de esforços, à falta de integração nas várias políticas públicas setoriais, ao peso de pressões de determinados interesses particulares sobre os setores públicos setoriais, tudo isso aliado ao clientelismo e paternalismo, que ainda são muito marcantes na cultura política brasileira⁹.

Para Ugalde³², as iniciativas institucionais para promover a participação teriam resultado na destruição das organizações de base e em manipulações políticas. Por outro lado, Cortes³³ observa que os fóruns participativos não existiriam se não houvesse uma estrutura institucional que os criassem. De acordo com essa autora, em alguns casos e conjunturas, os Conselhos Municipais de Saúde têm participado do processo decisório no setor e têm contado com a participação de representantes dos usuários de serviços de saúde.

Nosso ponto de vista em relação a esse debate é que os Conselhos Municipais de Saúde representam um processo diferenciado no conjunto das políticas públicas, mesmo que sua implementação tenha sido originada a partir de uma forte

indução, legal e administrativa, na esfera federal, num contexto de “remodelagem institucional”³⁴.

Outro estudo³⁵ sobre as mudanças no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil também evidenciou que as estratégias políticas na área da saúde pública no Brasil são intensamente induzidas e comandadas pelos governos centrais, por meio da criação tanto de instrumentos, normas e ações públicas quanto de capacidades gerenciais, sendo o grande desafio, para esses autores, a constituição de responsabilidades gerenciais regionais ou locais.

Marques e Mendes⁴ também evidenciaram que o Ministério da Saúde, enquanto parte da estrutura do governo, foi a instância que mais influenciou na determinação das políticas de saúde.

É interessante observar que mesmo que os conselhos sejam fruto de uma indução legal e administrativa originada na esfera federal, como referido anteriormente, a “obrigatoriedade legal” da participação da população configura um quadro de ambiguidade. Luchmann³⁶, em seu estudo sobre as experiências dos conselhos gestores de políticas públicas, aponta que, *por um lado, essa obrigatoriedade é responsável pela implementação de uma série de experiências conselhistas que se institucionalizam sem ou com reduzido respaldo de mobilização e participação social, o que os torna espaços com caráter meramente formal-legal. Por outro lado, essa obrigatoriedade permite, por não depender única e exclusivamente do projeto político do governo, uma maior explicitação dos conflitos sociais. O embate entre a sociedade civil, ou setores desta, e o Estado no interior de várias experiências conselhistas é um indicador importante de que, ancorados em um estatuto legal, os conselhos podem não apenas provocar importantes ruídos tendo em vista questionar os mecanismos de poder tradicionais, como alterar condições e realidades sociais*.

A partir da remodelagem institucional, houve um deslocamento da política de saúde para o nível local num país com uma estrutura federativa, resultando na transferência, para o município, nas figuras do prefeito e do secretário de saúde, das principais decisões sobre essa política. Assim, introduziram-se atores como prefeitos, vereadores e deputados nas arenas decisórias das políticas de saúde³⁷.

A diversidade desses atores e os interesses envolvidos implicaram a emergência de uma relação desigual entre eles, o que ficou bastante claro em nosso estudo de caso, especialmente no que se refere à representatividade desigual entre os segmentos do setor da saúde (gestores, trabalhadores de saúde) e usuários.

Dal Poz e Pinheiro³⁸ também identificaram que a participação dos usuários nos conselhos constitui-se numa tarefa complexa, especialmente pela diversidade de linguagem que há entre o setor saúde (prestadores de serviços privado e público e os trabalhadores de saúde) e aqueles que utilizam os serviços.

A remodelagem institucional propiciou, também, uma difusão e ampliação das possibilidades do controle dos gastos públicos. O governo federal, os estados e municípios passaram a concorrer mutuamente, seja pelo controle dos recursos aplicados (governo federal), seja pela aquisição de recursos financeiros (estados e municípios).

Isso criou um impasse peculiar: se, por um lado, a fragilidade da participação popular pode ser vista como positiva para os gestores de saúde no nível municipal, haja vista a possibilidade de aquisição e uso de recursos sem consulta prévia, sem conflitos e debates subsequentes, por outro lado, pode ser vista como negativa para os gestores do SUS em nível federal, na medida em que a falta de participação impede o controle sobre os recursos públicos destinados ao município. Os conselhos de saúde, portanto, foram criados para propiciar a participação visando ao controle social no uso dos recursos públicos.

Entretanto, no contexto em estudo, encontramos deficiências na sua dinâmica de funcionamento, nos encaminhamentos das deliberações, no papel do conselheiro e na sua relação com a entidade que ele representa, e até na composição e representatividade dos conselheiros.

Em relação à dinâmica de funcionamento do conselho, percebe-se uma frustração em relação aos resultados obtidos (a resolutividade de suas atividades) diante do longo tempo despendido em reuniões demoradas e dispersas, especialmente aquelas sobre prestações de contas, cujos relatórios, geralmente, vinham prontos da Secretaria para serem aprovados na reunião.

Sobre essa questão, os conselheiros afirmaram sua impotência para aprovar as prestações de contas e planos de aplicação dos recursos sem um conhecimento prévio. Por isso, a formação de comissões técnicas, jurídicas e similares foi apontada em depoimentos neste estudo como uma possível solução para tal problema.

Esse aspecto é reforçado desde a X Conferência Nacional de Saúde³⁹, conforme as proposições que destacamos de seu relatório: os conselhos devem dispor de dotação orçamentária própria; dispor de espaço físico permanente e de órgãos de assessoramento técnico e dispor de programas de educação continuada para os conselheiros.

Em relação aos encaminhamentos das deliberações realizadas nas reuniões do conselho, ficou bastante claro, a partir da análise das atas oficiais, dos registros das observações realizadas nesse espaço e da análise das entrevistas realizadas com os conselheiros, que nem sempre houve resgate dos encaminhamentos de reuniões anteriores; nem sempre houve encaminhamento das deliberações; e, nos momentos em que houve encaminhamentos, não se observou uma avaliação de sua resolutividade.

Essa deficiência é percebida pelos conselheiros através de suas críticas quanto ao caráter puramente formal e instrumental do conselho. Portanto, não existe acompanhamento e não existe continuidade das ações deliberadas por aquele conselho.

Em relação ao papel do conselheiro e sua relação com a entidade que representa, observamos que há um limite no repasse das deliberações do conselho à respectiva entidade. Alguns deles admitem que participam pouco e que não têm preocupação com o retorno das deliberações, e os que admitem repassar as informações não deixam claro como é feito esse repasse.

O retorno das deliberações do conselho às entidades/comunidades que representam, significou, em muitas oportunidades, somente o conhecimento informativo. Além disso, como vimos, há conselheiros que desconhecem as bases das políticas públicas, o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde e mesmo o papel de representante no conselho.

No contexto das reuniões do conselho e nas entrevistas, praticamente inexistiu uma discussão mais profunda sobre o que é o conselho, sobre suas atribuições e limites, temas estes que possibilitariam aos conselheiros uma atuação mais consciente e eficaz.

Além da crítica à dinâmica das deliberações e à falta de organização e objetividade durante as reuniões do conselho, os conselheiros destacaram que há pouca visibilidade do Conselho Municipal de Saúde perante a população do município e que as repercussões das deliberações e o conhecimento do Conselho Municipal de Saúde pela população somente são possíveis por que muitos conselheiros são médicos e enfermeiros que atuam em comunidade. Para eles, não há repercussão das ações do Conselho Municipal de Saúde na comunidade que representam e o conselho é somente reconhecido pelos próprios conselheiros.

Em relação à composição e representatividade dos conselheiros, é importante mostrar que, no relatório da X Conferência Nacional de Saú-

de³⁹, já constava a necessidade de aprofundamento e fortalecimento do controle social, no que se refere ao caráter permanente e deliberativo dos conselhos de saúde.

Nessa conferência, foi reforçada a necessidade dos gestores dos SUS em garantir o cumprimento, entre outros aspectos, das seguintes regras: obedecer à proporcionalidade de 50% dos usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços; e que os representantes dos trabalhadores de saúde, de órgãos do Legislativo, do Executivo e do Judiciário, de entidades patronais, do Lions e do Rotary ficam proibidos de representar os usuários.

Porém, os dados do estudo evidenciam que alguns profissionais de saúde representavam parcela dos usuários. Além da ilegalidade de sua função, essa situação pode explicar as dificuldades de retorno das deliberações do conselho à comunidade que eles representam, na medida em que não residem na comunidade e nem sempre possuem vínculos por causas comuns e comprometidas com os moradores.

A limitação que os conselheiros apresentaram na sua atuação junto ao conselho mostra que a institucionalização da participação não garante a sua efetivação. Essa situação pode voltar-se contra a democracia, tornando o conselho um instrumento popular que apenas legitima as decisões governamentais¹⁶.

Síntese final e conclusões: o poder em participar e o poder que se adquire participando

A compreensão sobre a construção do processo saúde-doença e das diretrizes para as ações de saúde pública, expressas na Constituição Federal e viabilizadas, entre outras ações, nas estratégias de atenção à saúde da família, mostra a complexidade na transposição de um “ideal” para a realidade concreta.

Por um lado, há nos organismos oficiais responsáveis pela implementação das atividades do SUS, dificuldades em viabilizar os programas conforme determinação, seja porque há limitação na “vontade política” de administradores e gestores do sistema de saúde, seja porque não encontram recursos para viabilização concreta, ou também, porque alguns destes ainda não aprenderam como implementar essas atividades.

Por outro lado, há profissionais da saúde, responsáveis pelo desenvolvimento direto das atividades propostas, que não estão preparados para

trabalhar segundo os princípios teórico-práticos preconizados pelos programas de saúde pública, especialmente naqueles relacionados à saúde de grupos, famílias e comunidades, que demandam ações mais voltadas à promoção da saúde, para além de medidas puramente curativas.

Essa complexidade não é um fenômeno localizado. É comum no cenário brasileiro. Além do problema da falta de recursos humanos e financeiros, a formação dos profissionais, especialmente do profissional médico, ainda é fundamentada no modelo mecanicista: focado na doença e não no indivíduo, em tratamentos especializados, no atendimento individual restrito ao ambiente do Centro de Saúde, descontextualizado dos determinantes socioeconômicos, afetivos, culturais e ambientais do processo saúde-doença do ser humano.

A questão é que, apesar de todos os esforços políticos e práticos para a efetivação das linhas desses programas, os contextos de ações diretas de saúde junto à população e de gestão de políticas públicas mostram que a base das dificuldades de implementação efetiva dos mesmos está calcada no impasse entre a ampliação das ações de atenção básica e a garantia de acesso do usuário aos serviços de alta complexidade e também nas relações que envolvem fatores relativos ao referencial teórico-metodológico e ético que orienta as ações dos profissionais da saúde e dos conselheiros, bem como fatores relacionados à compreensão da população sobre saúde-doença e suas expectativas relacionadas à prestação dos serviços.

A limitação na consolidação das ações de saúde coletiva, em especial aquelas dirigidas à família, chama atenção para a necessidade da constante análise crítica das propostas de mudança curricular das escolas médicas e dos conteúdos para os novos modelos de atendimento à saúde, bem como dos princípios que orientam as associações de classe, que também precisam estar mais integradas às especificidades das práticas profissionais dessa natureza. Sabemos que os currículos das áreas da saúde, em particular o da medicina, ainda estão em processo de desenvolvimento e aplicação de conteúdos teórico-metodológicos focalizados na “promoção da saúde” que abrangem ações comunitárias por processos participativos. O foco no trabalho interdisciplinar com famílias, grupos e comunidade, apoiados por participação política da sociedade e instituições afins, ainda é o grande desafio da promoção da saúde.

É importante ressaltar que, mesmo aqueles profissionais da saúde e gestores da saúde públi-

ca que aprenderam e incorporaram essas concepções, são impedidos de aplicá-las no cotidiano de suas práticas, em razão de fatores⁴⁰.

O resultado dessa situação, na maioria das vezes, tem sido o enfraquecimento das atividades ligadas às ações de promoção à saúde em favor do retorno a um tipo de tratamento puramente “curativo”. Isso ficou evidente neste estudo quando, embora os usuários do serviço de saúde pública reconhecessem a existência de um novo sistema, eles desconheciam o funcionamento desse sistema, assim como desconheciam os seus direitos como cidadãos.

No caso do PSF, mesmo reconhecendo a importância da prevenção, os usuários priorizavam os serviços tradicionalmente realizados, especialmente os curativos, seja pelo fato de historicamente o Centro de Saúde ser percebido como local de procedimentos curativos, seja pela descontinuidade das atividades, a falta de sincronia entre o lançamento de campanhas publicitárias governamentais para a prevenção das doenças e a capacidade dos Centros de Saúde para atendê-las, e a insuficiência de recursos humanos e materiais.

Isso tudo acaba gerando descrédito por parte da população e um ciclo de ineficiência, descontentamento e crise.

A mudança nas práticas dos profissionais e gestores de saúde pode ser tão mais efetiva quanto mais houver conhecimento e mudança de concepções dos usuários sobre o verdadeiro papel dos serviços na promoção da saúde coletiva. Isso sugere a necessidade de desenvolver, no conjunto dos meios de comunicação, estratégias que subsidiem a população a rever o seu referencial de promoção à saúde e de ampliar sua participação nesse contexto, posto que a demanda que essa leva aos serviços costuma legitimar a qualidade da atenção oferecida pelos profissionais.

Com base no referencial que orientou o caminho desse estudo, esse conceito de participação está vinculado ao poder e a capacidade do(s) participante(s) em tomar parte de todo o processo, começando pelo diagnóstico da situação, do planejamento, implementação, acompanhamento e controle das ações de saúde pública.

O poder de participar como direito, como possibilidade, e até como dever de cidadão, nos remete a Foucault, quando designa o poder tanto como “uma instituição ou uma força quanto uma estratégia complexa e multiforme que excede a esfera política”⁴¹.

A prática de “Poder Participar” tende a estimular o processo dialético que favorece a emergência do “Poder que se Adquire Participando”. Todo esse processo participativo depende do conhecimento que a população tem sobre as políticas públicas em saúde e seus direitos e deveres nesse contexto. Conhecer é o primeiro passo para que a população desenvolva seu poder de controle sobre a efetivação das políticas públicas e, ao mesmo tempo, incremente o poder das comunidades - *empowerment*⁴².

Nessa dimensão, os Conselhos Municipais de Saúde, além de serem percebidos como agentes de controle social, tanto na formulação das políticas quanto na aplicação dos recursos públicos investidos na saúde, como já analisamos anteriormente, também poderiam ser percebidos como intermediários nas relações de poder entre as comunidades e os profissionais de saúde.

Consideramos importante ressaltar que, imerso em todos os problemas apontados nesse estudo, mesmo ainda de forma desintegrada, existe um movimento, por parte de alguns trabalhadores e representantes, na busca da efetividade e resolutividade das ações dos serviços e do conselho de saúde e a satisfação dos usuários com esses serviços.

Essa situação pode ser compreendida quando se percebe que ainda estamos reconstruindo o sistema de saúde no Brasil. Isso vale dizer que estamos tendo que repadronizar referenciais teórico-metodológicos, especialmente aqueles que orientam o trabalho interdisciplinar e sistêmico. Entendemos que esse processo de efetivação do SUS possa ser consolidado se houver um reforço integrado entre os serviços públicos de saúde e os diversos setores que têm participado de ações de saúde nas comunidades, como aquelas desenvolvidas por projetos universitários, pela Pastoral da Saúde e por outras associações não governamentais.

Colaboradores

M Grisotti e ZM Patrício trabalharam juntas em todo o processo da elaboração do artigo, desde a concepção até sua redação final. A Silva participou da coleta de dados e organização do relatório da pesquisa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203 de 5 de novembro 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União** 1996; 6 nov.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre as NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União** 2001; 29 jan.
4. Marques RM, Mendes A. A Política de incentivos do Ministério de Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad Saude Publica** 2002; 18(Supl.):163-171.
5. Teixeira SF, Oliveira JAA. **Previdência Social: 60 anos de história de Previdência Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco; 1985.
6. Faveret P, Oliveira JP. A universalização excludente. **Revista DADOS** 1990; 33(2):257-283.
7. Cohn A, Nunes E, Jacobi PR, Karsch US. **Saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez/CEDEC; 1991.
8. Muller Neto JS. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em debate** 1991; 31:54-65.
9. Grisotti M. **Sistemas médicos oficial, familiar e paralelo: estudo de percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em comunidades de baixa renda** [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina; 1992.
10. Grisotti M. Políticas de Saúde e Sistemas Médicos. **Revista Katálisis** 1998; 3:49-62.
11. Fleury S. Equidade e Reforma Sanitária:Brasil. **Saúde em Debate** 1994; 43:44-52.
12. Jacobi P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. **Revista Lua Nova** 1990; 20:121-143.
13. Sisson MC. **Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família no Programa Docente-Assistencial de Florianópolis** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina; 2002.
14. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saude Publica** 2002; 18(Supl.):191-202.
15. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa da Saúde da Família. **Cad Saude Publica** 2002; 18(Supl.):203-211.
16. Wendhausen A. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde** [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
17. Patrício ZM. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica** [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Saúde/Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.

18. Patrício ZM. *A prática do cuidar-cuidado com famílias de adolescentes grávidas: um enfoque sócio-cultural* [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1990.
19. Bogdan R, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora; 1994.
20. Elsen I. *Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village* [thesis]. San Francisco: University of California; 1984.
21. Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. New York: John & Wiley; 1978.
22. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.
23. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas; 1995.
24. Patrício ZM, Loffler CI, Faria TMA, Silva MIP, Silva A. *Da compreensão do processo de adolescer num contexto rural à cidadania no lar e nas instituições: transformando a realidade da saúde individual e coletiva* [projetos de pesquisa CNPq]. Florianópolis: UFSC-Transcriar; 1996.
25. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. California: Sage; 1990.
26. Patrício ZM, Elsen I, Borenstein M. Compreendendo questões de saúde-doença de adolescentes de famílias açorianas: sexualidade e reprodução. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 1991; 12(2):8-11.
27. Patrício ZM, Andrade T, Loeffler C, Silva A. *Construindo estratégias para atenção à saúde do adolescente com a comunidade: um movimento participante com indivíduo, família e grupos*. Florianópolis: UFSC-Transcriar; 1996.
28. Patrício ZM, Guerra AF, Maia P. De dentro para fora, de fora para dentro: a qualidade de vida na reconstrução do corpo individual-social. In: Patrício ZM, Casagrande J, Araújo M, organizadores. *Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas*. Florianópolis: PCA; 1999.
29. Patrício ZM, Casagrande J, Araújo M, organizadores. *Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas*. Florianópolis: PCA; 1999.
30. Maffesoli M. *A conquista do presente*. Rio de Janeiro: Rocco; 1984.
31. Patrício ZM. É possível a felicidade na socialidade num mundo de narcisos? questões para a saúde social a partir de Agnes Heller e Michel Maffesoli. In: Rezende ALM, Ramos FRS, Patrício ZM, organizadores. *O Fio das Moiras: afrontamento do destino no cotidiano da saúde*. Florianópolis: UFSC, 1995b. p.96-115.
32. Ugalde A. Un acercamiento teórico a la participación comunitária en salud. En: Menéndez EL, editores. *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso de Nicaragua 1978-1989*. México, D.F.: Instituto Mora; 1999.
33. Cortes SMV. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Cien Saude Colet* 1998; 3(1):5-17.
34. Carvalho IA. Comentários sobre o artigo de Soraia Maria Vargas Cortes. *Cien Saude Colet* 1998; 3(1):23-25.
35. Viana ALD, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde. *Cad Saude Publica* 2002; 8(Supl.):139-151.
36. Luchmann LHH. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. *Revista de Ciências Sociais Unisinos* 2002; 161:43-79.
37. Barros ALD. Comentários sobre o artigo de Soraia Maria Vargas Cortes. *Cien Saude Colet* 1998; 3(1):20-22.
38. Dal Paz MR, Pinheiro R. Comentários sobre artigo de Soraia Maria Vargas Cortes. *Cien Saude Colet* 1998; 3(1):28-30.
39. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório da X Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
40. Grisotti M, Patrício ZM, Silva A. Sistema Único de Saúde: avaliação e fomento à participação comunitária no Conselho Municipal de Saúde. In: *Anais da 50ª SBPC*; 1998; Natal; 1998.
41. Russ J. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Scipione; 1994.

Artigo apresentado em 16/04/2007
Aprovado em 13/12/2007