



PESQUISA

SOCIAL CONTROL AS A TOOL FOR QUALITY OF CARE IN FAMILY HEALTH STRATEGY

O CONTROLE SOCIAL ENQUANTO INSTRUMENTO PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

EL CONTROL SOCIAL COMO UNA HERRAMIENTA PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Dulcian Medeiros de Azevedo¹, Luciana Azevedo de Lucena², Cristyanne Samara Miranda de Holanda³

ABSTRACT

Objective: To identify the knowledge of Family Health Strategy (FHS) professionals on social control, and understand its contributions in local instance. **Methods:** Exploratory and qualitative research, carried out in the FHS in the city of Ouro Branco/RN, with the approval of the Ethics in Research Committee (CEP / UERN - No. 081/10). Ten health professionals took part in the study, in October 2010. **Results:** Were constructed the following categories: Social control while guarantee of right to health; social control and intersectoriality; Health Council as a space for exercise of social control; and Social control and health education. **Conclusion:** Social control was designed as a tool that guarantees rights to health, represented by a set of basic actions that result in the welfare of the population. The integration between various social actors seems indispensable in the context of an ethical dimension, with equal protection of the right to health and strengthening of social control. **Descriptors:** Consumer Participation, Family Health Program, Community Health Nursing.

RESUMO

Objetivos: Identificar a compreensão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre controle social, e apreender as contribuições deste na instância local. **Métodos:** Pesquisa exploratória e qualitativa, realizada na ESF do município de Ouro Branco-RN, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UERN - nº 081/10). Participaram do estudo dez profissionais de saúde, em outubro de 2010. **Resultados:** Foram construídas as categorias Controle social enquanto garantia do direito à saúde; Controle social e a intersectorialidade; Conselho de saúde enquanto espaço para exercício do controle social; e Controle social e a educação em saúde. **Conclusão:** O controle social foi concebido como uma ferramenta que garante direitos à saúde, representada por um conjunto de ações básicas que resultam no bem estar da população. A integração entre vários atores sociais parece indispensável no contexto de uma dimensão ética, com defesa do direito igualitário à saúde e fortalecimento do controle social. **Descritores:** Participação Comunitária, Programa Saúde da Família, Enfermagem em Saúde Comunitária.

RESUMEN

Objetivos: Identificar la comprensión de los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) sobre el control social, incluyendo sus contribuciones a la instancia local. **Métodos:** Estudio exploratorio y cualitativo, realizado en la ESF de la ciudad de Ouro Branco-RN, con la aprobación del Comité de Ética (CEP/UERN - nº 081/10). Diez profesionales de la salud participaron del estudio, en octubre de 2010. **Resultados:** Se construyeron las siguientes categorías: Control social como garantía del derecho a la salud; Control social e intersectorialidad; Consejo de Salud como un área para el ejercicio del control social; y Control social y la educación para la salud. **Conclusión:** El control social fue concebido como una herramienta que garantiza derechos a la salud, representada por un conjunto de acciones básicas que resultan en el bienestar de la población. La integración entre los diversos actores sociales parece indispensable en el contexto de una dimensión ética, con defensa de la igualdad de derecho a la salud y el fortalecimiento del control social. **Descriptor:** Participación Comunitaria, Programa de Salud Familiar, Enfermería en Salud Comunitaria.

¹ Enfermeiro, Professor Assistente II, Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Caicó, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: dulcianenf@hotmail.com ² Enfermeira e Membro do Conselho Municipal de Saúde de Ouro Branco-RN. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem (UERN), Campus Caicó, Brasil. E-mail: lluazevedo@hotmail.com ³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem (PGENF-UFRN). Professora Assistente III do Curso de Graduação em Enfermagem (UERN), Campus Caicó, Caicó-RN, Brasil. E-mail: csmhn@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O movimento em busca de transformação do sistema de saúde brasileiro teve início nos anos de 1970, a partir da organização de categorias profissionais que se mobilizaram em busca de uma Reforma Sanitária. Esta trazia como objetivo a criação de novo sistema público que possibilitasse a resolução dos problemas existentes no atendimento à saúde da população. Defendia que todos teriam direito à saúde, no entanto, a conquista de um sistema pautado em princípios de igualdade, integralidade e equidade só foi construída no fim da década de 1980 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

A criação do SUS foi anunciada através da Constituição Federal promulgada em 1988, sendo instituído legalmente em 1990 com a criação da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.¹ Portanto, o SUS é estratégico na reorganização do Estado, garantindo o acesso equânime, com incentivo da participação da população na definição da política de saúde e no controle social.

Mediante o aparato legal, constituiu-se a descentralização das ações e serviços de saúde, entendida como um processo que implica na redistribuição de poder e de responsabilidades; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganizando institucionalmente a gestão pública em saúde; e reformulação das práticas de acordo com o controle social exercido pela comunidade na consolidação do SUS.²

Apesar dos avanços, o sistema de saúde necessita se estruturar para melhor assistir às necessidades da população. Esta organização depende da articulação entre sociedade, profissionais e gestão, com o intuito de

R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. out./dez. 4(4):2953-65

desenvolver uma gestão participativa e efetivar a regulação externa e democrática do SUS.³ É imperativo que se contextualize a participação da comunidade como integrante na constituição e planejamento das políticas públicas, como proposição na democratização do Estado e na busca de participação da sociedade nas políticas de saúde.⁴

Para regularizar e tornar concreto o projeto deste novo sistema de saúde e a efetivação das políticas públicas, através da participação popular, os conselhos foram incorporados à constituição, na suposição de que se tornariam canais eficazes para a participação da sociedade civil, como forma inovadora de gestão pública. Permitiria ainda o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-los.⁵

Para tanto, a sociedade passar a ser co-autora deste planejamento, apoderando-se das formas de participação no controle social nas políticas públicas de saúde. Esta atuação é possível na atividade dos conselhos de saúde, onde a participação social pode interferir no processo de gestão ou no aperfeiçoamento das ações e serviços prestados, contribuindo para os avanços do SUS.⁶

Além dos conselhos, a sociedade possui outros espaços importantes de participação nas decisões da gestão pública, como as conferências de saúde. Nesses locais a população deve estar munida dos conhecimentos pertinentes à sua capacidade de influir positivamente no processo decisório da área, na busca de melhor qualidade, e de acesso aos serviços oferecidos pelo SUS.⁷

Portanto, a participação da comunidade no controle social consiste no desenvolvimento da gestão participativa, que na saúde foi institucionalizada e regulamentada pela Lei nº

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.⁸

É importante enfatizar que ao longo dos anos, o SUS implementou políticas públicas com o objetivo de promover a saúde da população brasileira, a custos viáveis para os orçamentos públicos. Dentre estas políticas, encontra-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que surge como modelo de atenção à saúde, capaz de atender tanto às necessidades básicas da população, a nível individual e coletivo, como também um espaço facilitador do processo de participação da comunidade nas melhorias de assistência à saúde.⁹

O processo de participação popular é facilitado pelo vínculo que se estabelece entre os profissionais e os usuários adstritos na área de abrangência da ESF, instigando a população a participar da deliberação, avaliação e planejamento dos serviços a serem oferecidos à comunidade. No entanto, na contramão do texto constitucional e legal, e de várias iniciativas do Ministério da Saúde, essa ainda não é a realidade em boa parte das comunidades onde existe a ESF.¹⁰

No município de Ouro Branco-RN, a não consolidação da ESF, referente à participação da população no planejamento e desenvolvimento das políticas públicas de saúde, é um exemplo a ser ilustrado. Durante visitas às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) foram identificadas fragilidades estruturais e operacionais, constatando-se: ausência de articulação entre as equipes; desorganização na demanda específica da ESF; falta de elo entre equipe e comunidade; acesso aos serviços e práticas de educação em saúde prejudicadas; e o pouco conhecimento da comunidade e profissionais do serviço, acerca da importância das atividades do conselho municipal de saúde (CMS), para o controle social nesta instância.

Foi buscando um melhor entendimento sobre estes aspectos e com a finalidade de participar da construção de conhecimentos que possam servir de base propositiva, na busca de soluções viáveis para o problema, e contribuir na promoção de articulação entre controle social, equipe da ESF e comunidade, que se optou por escolher o controle social enquanto tema central desta pesquisa. Este, entendido como um instrumento de intervenção para a qualidade da assistência prestada na ESF.

Nesta perspectiva, objetivou-se identificar a compreensão dos profissionais da ESF sobre controle social, e apreender as contribuições deste na instância local.

METODOLOGIA

Estudo exploratório de natureza qualitativa, realizado a partir de entrevista direcionada aos profissionais de saúde da ESF do município de Ouro Branco-RN. Participaram do estudo dez sujeitos, das duas equipes de ESF que compõem a rede de atenção básica do município, sendo dois médicos, dois enfermeiros, dois odontólogos, dois agentes comunitários de saúde (ACS) e dois técnicos de enfermagem.

O critério de inclusão dos sujeitos foi trabalhar há pelo menos três meses na ESF do município, por entender que este seria o período mínimo para atender ao objeto de estudo proposto, além do vínculo necessário com a população no território. As entrevistas aconteceram nas próprias UBSF, em sala fechada de acordo com a disponibilidade de cada profissional, em outubro de 2010.

O estudo seguiu os pressupostos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN - Protocolo nº 081/2010).

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

Os discursos foram gravados com auxílio de dispositivo de áudio MP3, transcritos na íntegra. A partir de um texto único, a leitura exaustiva foi realizada, sendo vistos temas de relevância e coerência com os objetivos da pesquisa, a partir da Análise de Conteúdo,¹¹ e consequente construção de categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A maioria dos sujeitos (70%) era do sexo feminino, com faixa etária predominante (50%) entre 30 e 39 anos, sugerindo feminilização dos trabalhadores e força de trabalho composta por adultos jovens.

Quanto ao tempo de serviço na ESF, a maioria (40%) tinha pelo menos cinco anos de atuação na ESF pesquisa, sendo o mínimo de três meses e máximo de 14 anos. O maior tempo de trabalho encontrado na realidade pesquisada (11 a 14 anos) é específico à categoria médica, que mesmo com vagas em concursos públicos nos municípios brasileiros, acabam não sendo preenchidas, em sua maioria, por questões salariais.

A realidade da maioria das cidades interioranas do país é a fixação de médicos veteranos, que decidiram se estabelecer na cidade mesmo antes da institucionalização da ESF, tendo que se adequar ao modelo de saúde vigente, com perfis e motivações distintas ao novo trabalho.

Se por um lado a dificuldade de encontrar um profissional médico para atuar nos serviços de saúde do município é sanada, por outro, ocorre a dificuldade de perfil para atuar no SUS, com princípios e diretrizes que não foram trabalhadas no processo formativo dos médicos. De fato, a filosofia de trabalho da ESF e a formação de vínculo com a população na ESF ficam fragilizadas.

Também foi identificada nesta pesquisa uma das várias questões trabalhistas no contexto da ESF no país, que é a heteronomia salarial, destacando-se maior importância salarial atribuída à categoria médica e de dentistas, em detrimento da equipe de enfermagem e ACS.

Um estudo sobre o perfil dos ACS constatou que 65,8% deles possuíam ensino médio, mas apesar da grande importância deste profissional dentro da equipe, incluindo o aumento significativo de trabalho e responsabilidade, a diferença salarial entre os membros da mesma equipe da ESF era assustadora, principalmente se comparado ao salário do médico.¹²

Com relação ao tempo que os profissionais trabalham nas equipes de ESF, ainda é considerado alto o índice de rotatividade profissional, especialmente dos enfermeiros e médicos. Quando existe estabilidade dos profissionais, ocorre paralelamente a constituição de vínculo com a população adstrita. Desta forma, é possível potencializar a capacidade político-social e econômica dos profissionais com relação à comunidade, facilitando o processo de criação de estratégias pertinentes de educação em saúde.¹³

Considera-se que o controle social representa a via de contribuição significativa na operacionalização da ESF, gerando melhorias na qualidade de vida de toda a população, além da satisfação dos atores envolvidos. A compreensão dos sujeitos acerca do controle social é apresentada a seguir, a partir da construção de quatro categorias discursivas.

Controle social enquanto garantia do direito à saúde

O controle social surgiu como apropriação do senso comum, a partir da luta da sociedade contra o Estado, com a premissa de que este desenvolvia interesses privatistas e práticas excludentes, sendo contraditório aos interesses da sociedade

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

que lutava por sua participação nas decisões públicas, tomando como princípio a coletividade.¹⁴

A ESF busca incentivar a participação da comunidade, no intuito de identificar as principais causas dos problemas de saúde, e definir as prioridades a serem trabalhadas. Esta participação da população no serviço também permeia a avaliação do trabalho.¹⁵

As dificuldades no processo de desenvolvimento do controle social podem ser superadas, a partir da compreensão e empenho dos profissionais inseridos na ESF. Processo que se inicia com o entendimento destes, com relação à garantia dos direitos e deveres da população, como se pode perceber nas falas.

Controle social, eu acho que é fazer cumprir os direitos e os deveres dos cidadãos dentro da saúde, né? Ou seja, já que a gente tá falando mais no sentido da saúde, no programa de saúde da família, então fazer valer os direitos dos cidadãos sem discriminação (E1).

O Controle Social pra mim é um conjunto de ações básicas que resultam no bem estar da população (E 4)

Controle Social! Bem eu acho assim, no meu entender é: eu acredito que é essa demanda das necessidades dessa população (E5).

Diante dos discursos, é possível identificar que os profissionais compreendem a importância do controle social no que concerne à garantia do direito à saúde e ao acesso equânime.

O direito à saúde é concretizado pelo exercício da cidadania, num processo de inter-relação entre usuários, profissionais e conselheiros de saúde, para que os problemas trazidos sejam superados a cada dia, e de acordo com cada realidade.¹⁶

A efetividade da participação popular na busca e execução do controle social nas políticas públicas de saúde tem significado imprescindível, pois é a única forma de se aplicar as conquistas

dos movimentos sociais, transformando-as em mudanças necessárias e coerentes a cada realidade.

Outros sujeitos se apropriam de uma compreensão mais abrangente do controle social, compreendido como forma de interação entre gestão e sociedade, na busca de soluções que atendam às necessidades da população, proporcionem o bem estar e a prevenção de agravos.

O controle social é o que? É a integração da gente, da sociedade com o serviço público de uma forma geral (...) gestores, prefeitura municipal, controle social, onde a gente busca resolver os problemas de saúde do município, né isso? (...) principalmente prevenção de doenças, agravamentos de saúde (E 2).

É o paciente saber o que fazer no seu dia-a-dia, como prevenir as doenças. É a gestão, que tem papel importante quanto a garantia dos serviços prestados, na conservação do saneamento básico, serviço de saúde. (...) que a gestão tenha uma boa secretaria de saúde, recursos humanos, porque não adianta só ter o médico (E8).

É a integração da sociedade com a administração pública, com a finalidade de solucionar problemas e as deficiências sociais com mais eficiência (E 10).

Nas falas percebe-se a complexidade que constitui a participação do controle social nos serviços de saúde, em especial na ESF. É eminente a consolidação do setor saúde, apoiada numa dimensão ética, com a defesa do direito igualitário à saúde. A criação de mecanismos técnicos e sociais de gestão na ESF é importante, pois além de fortalecer o controle social, contribui para a consolidação do SUS, produzindo autonomia no direcionamento das ações em saúde.

Na prática, este é um processo de co-gestão onde é preciso que os sujeitos e segmentos sociais reconheçam os espaços institucionalizados enquanto locais nos quais seu saber e sua

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

experiência sejam requisitados como estratégia política de (re) constituição de realidades sociais. Sem estes, os serviços de saúde tendem a perdurar com o movimento de permanência dos limites de participação social, gerando um estado de exclusão.¹⁷

A partir desta primeira categoria, percebe-se que o controle social se baseia no conceito ampliado de saúde, considerando a preservação e/ou garantia dos direitos do cidadão para usufruto de saneamento básico, pavimentação das ruas, coleta de lixo, segurança pública, serviços de saúde, educação, atividades de lazer, dentre outras necessárias para a população.

Portanto, a noção de controle social expressa vai além da participação popular, com a contribuição de vários atores sociais, advindos de diversos setores públicos, realizando um serviço integrado, objetivando o atendimento das necessidades sociais e de saúde, caminhando na direção da intersetorialidade.

Controle social e a intersetorialidade

Essa categoria apresenta a realidade social das demandas em saúde e serviços das equipes da ESF, e sua articulação com os demais setores públicos, na busca de soluções para os problemas relacionados à saúde. Os sujeitos admitem que quando tais problemas são refletidos e trabalhados numa ótica intersetorial, o controle social se torna efetivo.

Porque o controle social não é só a saúde (...) você busca: educação, moradia, lazer, educação de uma forma geral. Entendeu? Então a partir do momento em que os gestores, serviços públicos se unem pra fazer isso, a melhoria seria bastante agradável pra todos (E 2).

Controle social é assim, eu acho que tá voltado pra o monitoramento das questões sociais do município. Monitoramento das questões da saúde, de educação, de moradia, de renda (E 6).

Se realmente esse controle social funcionar como deve, ou seja, todos os setores unidos, toda a população participando (...) todas as instâncias devem funcionar para que haja controle social de fato (...) coisas simples que pode fazer um efeito muito grande na saúde coletiva (E 8).

Os sujeitos enfatizam que a parceria entre gestores, serviços públicos e a população, pode contribuir na melhoria da qualidade de vida em sua complexidade. Ainda destacam que estas parcerias geram um duplo processo, ou seja, um efeito de retroalimentação, onde ao se efetivar o controle social são geradas demandas, e ao mesmo tempo com propositura de soluções.

Para desenvolver uma assistência eficaz e de qualidade, com resposta aos problemas sociais e agravos à saúde da população, a equipe da ESF deve desenvolver ações além dos muros de suas unidades, buscando parceiros advindos da rede social do território. Os usuários trazem consigo um contexto histórico, social, cultural, político e econômico, onde apenas o setor saúde não produz a potência necessária no atendimento das demandas, sendo imperativa a criação de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, na busca pela intersetorialidade.¹⁸

A intersetorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão em sua totalidade. Para tanto, as redes sociais são ferramentas fundamentais para a realização da promoção da saúde e para a efetivação da ESF.

Os discursos remetem ao entendimento de que basta uma das necessidades básicas estarem afetadas, para que haja desequilíbrio direto na saúde do indivíduo e coletividade. Assim, o monitoramento das condições de vida da população, desenvolvido através do controle social, pode interferir positivamente na promoção da saúde de forma integral.

Nessa perspectiva, a promoção à saúde requer ações que busquem se não à erradicação,

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

pelo menos a minimização de situações de riscos que desencadeiam o processo de adoecimento. É importante que se amplie o leque de intervenções e prescrições para que os fatores causais da doença sejam resolvidos e/ou prevenidos.¹⁴

Os sujeitos também apontam questões do atendimento em saúde e classes sociais, específicas à realidade de trabalho da ESF pesquisa.

(...) o atendimento aqui, é geral. (...) As pessoas que vem ao posto de saúde, não só são as pessoas de baixa renda, mas aquelas pessoas que estão buscando os serviços, tão vendo a necessidade e atuação dos profissionais como um todo (E 2).

(...) são pessoas que têm um nível de vida simples, que trabalham muito, de uma forma até mesmo perigosa, né? (...) trabalham duro com uma renda pequena, e reflete na qualidade de vida dele. (...) a saúde que eles podem ter acesso é a saúde que nós oferecemos, entendeu?(E 6).

(...) atende mais o centro da cidade, né? Não eu dizendo que Ouro Branco tenha pessoas diferenciadas, classe baixa, classe média e classe alta, mas assim, existe a mistura da classe, menos da pobreza em si, uma parte da população com recursos melhor, né? (E 7).

Os discursos apresentam realidades sócio-econômicas diferentes da população adstrita na ESF, de forma que as desigualdades vivenciadas representam fatores importantes na prática do controle social e do conselho de saúde.

Destaca-se a importância de ações de promoção da saúde num processo de capacitação do indivíduo e do coletivo, com necessidades de mudanças no modo de vida. Para que os indivíduos ou o coletivo tenham saúde, é necessário que sejam capazes de identificar e realizar suas necessidades básicas, transformar suas realidades sociais, e/ou adaptar-se, de acordo com o meio. Isto garantiria oportunidades e recursos iguais a todos, possibilitando que as pessoas alcancem a

saúde, com competência para fazer suas próprias escolhas.¹⁴

Outro destaque diz respeito à fragilidade das ações de promoção da saúde, enquanto preocupação de um dos sujeitos de pesquisa, apontando para a necessidade do trabalho em equipe, como uma forma de transformar essa realidade.

(...) só se preocupam em cuidar da parte curativa, né? E o nível da promoção à saúde, de prevenir?Então, existem vários problemas aqui na unidade, devido esse mau entendimento do que é saúde da família. É difícil de lidar com isso, mas agente tá tentando, educar (...) como é pra funcionar a unidade, como é o trabalho da ESF (E 1).

Para se tornar possível a realização de uma prática que atenda à integralidade do cuidado é preciso tornar concreto o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. Estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais, que contribuam para as ações de promoção de saúde individual e coletiva.¹⁹

O principal potencial da ESF, no processo do controle social, é o de estimular a comunidade para a organização e participação no planejamento das ações e atividades. Neste processo, o trabalhador tem fundamental importância, enquanto mediador entre o levantamento de seus problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades, criando condições pertinentes para que se levantem e defendam as idéias de modo participativo.¹⁵

Portanto, o controle social é identificado enquanto uma possibilidade para o enfrentamento dos problemas que desencadeiam o processo saúde/doença, e a consolidação da intersetorialidade depende da efetividade deste controle.

Conselho de saúde enquanto espaço para exercício do controle social

A importância dos conselhos de saúde no desenvolvimento do controle social se deve ao fato de que são nestes espaços que a sociedade desempenha de forma efetiva sua cidadania, constitui um processo de aprendizagem, onde os participantes, usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços de saúde interferem na implantação do SUS, dentro da perspectiva de uma relação de cooperação com os gestores, e não mais de passividade.²⁰

Diante disso, o controle social é uma ação complexa que provoca melhorias para a vida e para a saúde. As falas a seguir enfatizam a relevância do conselho como um espaço para refletir sobre as possibilidades de saúde integral.

(...) quando se pensa em controle social agente tem que também refletir a questão do conselho de saúde porque o conselho de saúde está voltado pro bem-estar físico, mental e social (E 6).

Maior participação dos usuários em palestras, reuniões dos conselhos municipais de saúde, bem como assiduidade nas conferências de saúde, em prol de melhorias, buscando seus direitos (E 10).

Observa-se nas falas que há compreensão de que o controle social através do conselho de saúde pode intervir positivamente no bem estar do indivíduo, admitindo sua importância no que se refere à busca de melhorias para a qualidade de vida.

A proposta da ESF, desde sua idealização, já previa a participação de toda a comunidade, como parceira da equipe, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades e no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de atuação, pois são sujeitos capazes de colaborar com a ESF, e elaborar projetos de intervenções, dignos de

desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo.²¹

Não participar no desenvolvimento do controle social em nossa sociedade, acrescido do medo de discriminação, contribui para a tímida participação nos conselhos e conferências de saúde em muitas realidades brasileiras. Atrelado a isso, existe o desconhecimento de como funcionam estas instâncias e qual a função dos conselheiros.

Assim, os usuários e os demais participantes exercem esta atividade com críticas e reclamações, que em nada contribuem para o fortalecimento do controle social. Esta atitude pode ser compreendida como parte do processo de amadurecimento da participação social, além de poder causar ansiedade nos profissionais e gestores, por possuírem uma expectativa no recebimento de sugestões e não críticas.

A participação da população em movimentos organizados da sociedade civil é restrita, e em decorrência disso os voluntários não associam diretamente sua prática às questões políticas que perpassam os problemas pertinentes ao SUS. A atuação dos representantes nos conselhos não é planejada em espaços coletivos, o que prejudica a representatividade dos usuários dentro destes espaços.²²

A pouca participação dos usuários torna a efetivação do controle social no campo dos conselhos limitado, gerando tensionamento. De um lado estão os gestores com a não transparência das informações e da própria gestão, muitas vezes manipulando os dados epidemiológicos, os recursos de saúde, a escolha dos conselheiros e a aprovação dos processos. Do outro, os usuários com suas fragilidades políticas, desorganização entre representantes e representados, além da desarticulação de propostas.²³

É necessário envolver a população nas decisões e ações locais e acreditar na capacidade dos setores sociais organizados em compreender e

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

influir nas decisões, na elaboração e na fiscalização das políticas. Reforçando que o controle social, através do conselho de saúde, é uma forma de intervir nos serviços de saúde, exercida não somente pelos usuários, mas pelos diferentes segmentos representativos, pautado no compromisso e empenho legítimo.

Assim, os conselhos têm suma importância para a ESF, pois é através da participação de diversos atores sociais que pode ocorrer a reestruturação da atenção à saúde, através de momentos educativos, tanto a nível técnico como de atenção à subjetividade apresentada pelas demandas.

O controle social é muito importante em toda e qualquer área de trabalho. Pode cobrar melhoria nas condições de trabalho, bem como melhor nível de atendimento por parte dos profissionais. Exigência de palestras de esclarecimento, educativas, para melhores resultados no futuro (E 9).

(...) a partir do momento que os serviços públicos, eles entendem das necessidades de saúde dos municípios, da sociedade, população, nós podemos melhorar bastante (E 2).

Refletindo na perspectiva exposta, de que o conselho de saúde também é um espaço para educação na saúde, é importante que se reforce o objetivo do controle social, em toda sua complexidade, pois não é apenas uma maneira de se verificar o quantitativo dos gastos públicos, mas principalmente uma forma de contribuir na avaliação e proposta de idéias no setor.

Neste contexto, o trabalhador é sujeito fundamental, pois proporciona mudanças nas práticas de saúde, possibilitando transformações no processo de trabalho e no desenvolvimento das políticas públicas.²⁰

Na busca por melhores condições de trabalho em saúde e uma assistência humanizada, os ACS assumem seu papel de elo entre a comunidade e o serviço de saúde, posicionamento que é reforçado pelos entrevistados.

(...) mais esclarecimento à população, né? Que isso é uma coisa que parte da nossa categoria [ACS] (...) somos a peça chave do Programa. Então cabe a nós primeiramente tá conscientizando a população, de cronograma (...) E hoje tá sendo um programa realmente que tá atuando e que tá exigindo, justamente pra agilizar esse controle social (E 7).

(...) eu acho que muito mais próximo da população está o ACS, e cabe a este e ao médico orientar sobre ações em saúde no dia-a-dia, como por exemplo: como lavar bem as mãos, água tratada, fruta bem lavada, essas orientações que mudam de fato a realidade das pessoas. E além de prevenir doenças, próprias da pobreza (...) (E 8).

O profissional de saúde é a peça chave no processo de educação e informação em saúde, seja na conscientização referente ao funcionamento do serviço, seja na atuação junto à comunidade.

Por isso, o conselho de saúde é um espaço onde se desenvolve a cidadania, desde que haja participação ativa de toda sociedade. Concebe-se que esta participação requer um processo de (re) educação tanto para os profissionais, referente a uma atenção humanizada e clínica, quanto para a população, com relação ao empoderamento do controle social e princípios da ESF.

A educação em saúde é uma necessidade real para que este processo participativo possa ser fortalecido. Para tanto, os conselhos de saúde devem funcionar não apenas como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão das demandas do serviço de saúde. A categoria a seguir reforça o papel da educação em saúde neste processo.

O controle social e a educação em saúde

A concretização e sustentabilidade do processo educativo na ESF, em especial no controle social, necessitam de empenho interdisciplinar e intersetorial, destacando-se a educação em saúde

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

como forma de melhorar a qualidade de vida da população e as condições de trabalho dos profissionais da saúde.

Os sujeitos de pesquisa apontam para um processo educativo capaz de melhorar o processo de trabalho em saúde no contexto da ESF, além de ser imprescindível no direito à informação em saúde.

A realidade social tem melhorado bastante nos últimos anos, à medida que o nível de cultura das pessoas se eleva, fica mais fácil lidar com a referida população. Quanto melhor o nível de esclarecimento da população, mais fácil pra se lutar, orientar, bem como cobrar os direitos merecidos (E 9).

É indispensável o apoio e parceria das instituições de ensino e da gestão defendendo uma política de educação permanente em saúde (EPS), para atender aos anseios daqueles que se interessam pela melhoria do atendimento e do processo de trabalho em saúde.

A EPS constitui estratégia fundamental nas transformações do trabalho no setor, com atuação crítica, reflexiva, propositiva e compromissada com a transformação local. Entretanto, há necessidade de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre os trabalhadores e gestores, para que sejam eles próprios os formadores da compreensão do controle social em saúde.²⁴

Neste sentido, os sujeitos demonstraram interesse e entusiasmo com relação à aquisição de mais conhecimentos acerca do objeto de estudo.

(...) eu gostei muito desse tema controle social, e eu quero estar a par, porque eu quero saber de tudo a respeito do controle social, pra buscar melhorias pra o nosso município e principalmente pra nossa vida, como ser humano, como pessoa, como família (E 3).

(...) achei interessante sua pesquisa, até lhe parabênzico por essa feliz idéia da universidade. Que isso só vem a cada vez mais engrandecer e enaltecer o nosso trabalho, né? Quer dizer, isso

passa também a ser uma reciclagem pra nossos próprios profissionais. Quer dizer aonde podemos melhorar? Onde estamos errando (...) (E 7).

As atividades da ESF emergem na perspectiva de que as ações educativas sejam ferramentas essenciais para a formação continuada dos trabalhadores, além do autocuidado do indivíduo, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos dos atores dentro do convívio coletivo em saúde.¹⁹

Favorece ainda a oferta de esclarecimentos referentes ao funcionamento do serviço de saúde, estimulando um bom relacionamento entre usuário e equipe de saúde. Na busca de consolidação da ESF no município, e de melhorias na assistência à população, um dos sujeitos de pesquisa sugere capacitações com abordagem do curso introdutório (CI) para profissionais da ESF.

Minhas sugestões são capacitações, cada vez mais capacitações, e condições de trabalho (...) a gente precisa ter o introdutório quando entra na unidade básica de saúde, e a maioria dos profissionais não têm (...) não tem a capacitação de atender bem a população, capacitação de humanização (...) não tem condições de trabalhar (E 1).

Considerado que os entrevistados são profissionais ligados ao município por concurso público, com todas as garantias trabalhistas, ainda não receberam o treinamento requerido e garantido por lei para trabalhar nos serviços de saúde do SUS. Esta capacitação é a premissa básica para a atuação do profissional de saúde na ESF, garantida através de incentivos específicos para treinamento de pessoal e EPS.

Em pesquisa realizada acerca da implementação da visita domiciliária na ESF, 78% dos enfermeiros entrevistados receberam o CI por ocasião do ingresso na ESF do município de Caicó-RN.²⁵

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

O controle social, através do conselho de saúde, pode sugerir e deliberar por recursos financeiros a serem aplicados em EPS e em atividades de educação em saúde voltadas para o direito à informação dos usuários, atendendo à necessidade da comunidade e dos profissionais de saúde.

O paradigma do processo saúde/doença, e seus determinantes, deu origem ao desafio de se construir novas possibilidades de trabalho para responder às demandas de saúde da população. Enquanto estratégia destinada a reorientar o modelo de assistência, através da prestação de uma prática pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social, a ESF se configura como espaço capaz, tanto de promover a saúde, prevenção de agravos e doenças, quanto de viabilizar o controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle social foi concebido pelos sujeitos como uma ferramenta que garante direitos à saúde, representada por um conjunto de ações básicas, que quando desenvolvidas resultam no bem estar da população. O controle social intersetorial foi identificado como uma forma eficaz de enfrentamento dos problemas coletivos ligados ao processo saúde/doença.

Já o conselho de saúde, seria um órgão articulador do controle social e facilitador de ações, melhorando a qualidade de vida da população e as condições de trabalho dos profissionais da saúde. Além disso, o serviço de saúde local necessita efetivar o processo de educação em saúde, a fim de construir na ESF espaços comunicativos que permitam a definição de conceitos e objetivos comuns entre comunidade e profissionais, viabilizando o planejamento participativo das ações de saúde.

Como resposta ao desafio de efetivação do controle social em saúde na realidade pesquisada, a integração entre vários atores sociais parece se mostrar indispensável para que se contextualize uma dimensão ética, com defesa do direito igualitário à saúde e fortalecimento do controle social. A criação de mecanismos técnicos e sociais de gestão na ESF tem importância no fortalecimento do controle social e da consolidação do SUS, produzindo autonomia no direcionamento das ações em saúde.

Os resultados desta pesquisa não encerram a busca pelo entendimento acerca do controle social em saúde, pois o cotidiano da vida em sociedade é um processo de constantes mudanças e transformações. Tampouco encerram os determinantes e a compreensão acerca do controle social, considerando a representação local e regional dos sujeitos no contexto de um sistema grandioso e complexo como é o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O sistema único de saúde: para entender a gestão do SUS. Brasília (DF): CONASS; 2009.
2. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília (DF): CNS; 2003.
3. Schuabb GLS, Seabra VL, Souza FBA, Cunha FTS, Villa TCS, Ruffino Netto A. Atuação de movimentos sociais e comunitários no controle da tuberculose no município do Rio de Janeiro. Rev. Pesq: Cuidado é Fundamental On line [periódico on line] 2010 Out/Dez; [citado 08 mar 2012]; 2(Supl):248-52. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/895/pdf_312.

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

4. Oliveira VC. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde Soc.* 2004 Maio/Ago.; 13(2):56-69.
 5. Gerschman S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública* 2004 Nov./Dez.; 20(6):1670-81.
 6. Costa AM, LIONÇO T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde Soc.* 2006 Maio/Ago.; 15(2):47-55.
 7. Cortês SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC. (organizadoras). *Participação, Democracia e Saúde.* Rio de Janeiro: CEBES; 2009. p.102-28.
 8. Teixeira ML. Participação em saúde: do que estamos falando. *Sociologias* 2009 Jan./Jun.; 11(21):218-51.
 9. Ministério da Saúde (BR). *Saúde da família: panorama, avaliação e desafios.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
 10. Aleixo JLM. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública* 2002 Jan./Jun.; 1(1):1-16.
 11. Minayo MCS (organizadora). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 23ª ed Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
 12. Santos KTS, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(Supl. 1):1023-8.
 13. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(Supl. 1):1521-31.
 14. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. saúde coletiva* 2004; 9(3):669-78.
 15. Campos L, Wendhausen G. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2007 Abr./Jun.; 16(2): 271-9.
 16. Bravo MIS, Meneses JSB. Participação popular e controle social na saúde. *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.* Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius; 2011. p. 29-34.
 17. Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10(2):323-31.
 18. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2010 Set./Out.; 63(5):762-9.
 19. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(2):335-42.
 20. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto Contexto Enferm* 2007 Jul./Set; 16(3):470-8.
 21. Ministério da Saúde (BR). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
 22. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(3):797-805.
- R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. out./dez. 4(4):2953-65

Azevedo DM, Lucena LA, Holanda CSM.

23. Correa MVC. Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
24. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva* 2004; 14(1): 41-65.
25. Azevedo DM, Costa RKS, Holanda CSM, Azevedo IC. The practice of domiciliary visit in the family health strategy. *Rev Enferm UFPE On Line* [periódico on-line] 2012; [citado 03 mar 2012]; 6(1):179-87. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2052/pdf_773.

Recebido em: 24/05/2012

Aprovado em: 25/10/2012