

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Social participation in primary health care: concepts and practices of users and workers of Family Health Program

Márcia Oliveira Coelho¹, Maria Salete Bessa Jorge², José Maria Ximenes Guimarães³

RESUMO

A pesquisa teve como objetivos analisar as concepções que os usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família de Fortaleza têm sobre participação social e identificar como a participação social se efetiva no contexto da atenção básica à saúde. Adotou-se a metodologia qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e o grupo focal. O estudo contou com 100 participantes, sendo 70 trabalhadores do Programa Saúde da Família e 30 usuários. A análise do material empírico foi orientada pela análise de conteúdo, na modalidade temática. Os resultados revelaram que os participantes compreendem a participação social de forma crítica, a qual configura uma nova forma de relação Estado/Sociedade, que possibilita a democratização das relações nos serviços de saúde, reconhecem os conselhos de saúde como espaços de gestão compartilhada e revelam limites e possibilidades nas práticas de participação social no âmbito da atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Social. Programa Saúde da Família. Conselhos de Saúde.

INTRODUÇÃO

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a materialização dos ideários do movimento de Reforma Sanitária, os quais tornaram prementes a (re) configuração dos modelos de atenção à saúde até então vigentes e da lógica de produção de serviços de saúde.

No cerne das mudanças ocorridas na política de saúde brasileira, após a instituição legal do SUS na Constituição

ABSTRACT

This research aimed to analyze the social participation concepts of users and health workers of the Family Health Program (FHP) of Fortaleza, CE, Brazil, and investigate how social participation comes into being in basic health care. Semi-structured interviews and focal groups were used for data collection in this qualitative study. The sample was composed of 100 participants (70 health workers and 30 users). Thematic modality content analysis was made. The results showed that participants have a critical perception of social participation. This makes up a new State/Society relationship that democratizes the relationships within the services. Participants also acknowledge health councils as shared management spaces and understand the limits and possibilities of social participation practices in basic care.

KEY WORDS: Consumer Participation. Family Health Program. Health Councils.

de 1988, reforçadas pela legislação que o regulamenta, tem-se redefinido as responsabilidades e competências de cada esfera de governo e conferido ao município papel central na gestão do sistema local de saúde. Neste cenário, a participação da sociedade na saúde constitui estratégia importante para fortalecer a descentralização e universalidade do SUS, bem como para viabilizar a municipalização da saúde (AMANTINO-DE-ANDRADE; ARENHART, 2005; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

¹ Márcia Oliveira Coelho, enfermeira. Mestra em Saúde Pública pela Universidade estadual do Ceará (UECE). Enfermeira do Programa Saúde da Família (PSF) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - Ceará E-mail: coelho.moc@oi.com.br.

² Maria Salete Bessa Jorge, enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da UECE. Líder/pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE). Pesquisadora CNPq.

³ José Maria Ximenes Guimarães, enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela UECE/UFC. Pesquisador do GRUPSFE. Bolsista CAPES.

Para tanto, o Ministério da Saúde tem empreendido esforços no sentido de avançar na consolidação do SUS, sobretudo no tocante à definição das bases de financiamento à municipalização e à ampliação da cobertura das ações e serviços de saúde, mediante o fortalecimento da atenção básica – proposta prioritária nas políticas de saúde.

Nesse sentido, ainda tem-se primado pela reorganização da atenção à saúde a partir da reestruturação da atenção básica, adotando, como fio condutor da mudança, a implantação, desde 1994 em nível nacional, do Programa Saúde da Família (PSF) (JORGE *et al.*, 2007; CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

O PSF, ao apresentar-se como estratégia de reorganização da atenção básica, toma como foco da atenção a família entendida e percebida a partir de seu território social. Pautado nas diretrizes do SUS, adota uma nova forma de organização do trabalho em saúde a ser produzido por equipe multiprofissional, tendo em vista o desenvolvimento de práticas de saúde mais integrais e resolutivas. Além disso, prevê a participação da comunidade junto à equipe na identificação dos problemas de saúde, das prioridades da comunidade, planejamento e avaliação do trabalho (CREVELIM; PEDUZZI, 2005; JORGE *et al.*, 2007; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

Desse modo, evidencia-se o emergente apelo à participação social no âmbito da Saúde Coletiva, na medida em que as diretrizes do SUS apontam para a importância da sociedade civil atuar na formulação e na fiscalização das políticas públicas, bem como controlar a oferta e a distribuição de serviços. Assim, a participação e o controle social representam estratégias democráticas capazes de promover a ruptura com a tradição centralizadora do Estado brasileiro.

Nesse contexto, convém destacar que a participação social é um dos princípios do SUS que implica a incorporação de aspectos de ordem organizacional, bem como a adoção de uma postura ético-política, de caráter democrático para sua concretização. Esse tipo de participação, conforme proposto pelo SUS, representa um avanço, pois expressa a possibilidade de participação da população na organização, gestão e controle de ações e serviços de saúde. Pode, ainda, expressar a possibilidade de definição conjunta entre população e poder público quanto à aplicação de recursos destinados à saúde, e também a sua fiscalização (ACIOLI, 2005).

A participação da população deve contemplar uma nova forma de atuação em saúde, através do estabelecimento de relações entre trabalhadores, usuários e comunidade. Envolve fatores inerentes à realidade individual e social

de diferentes culturas e modos de ver o binômio saúde/doença, pelo compromisso de cada sujeito em contribuir para a resolução de seus problemas de saúde.

Contudo, deve-se considerar que as formas de efetivação da participação social na organização do SUS são concretizadas em instâncias que protagonizam a participação da comunidade na gestão do sistema. Significa, portanto, um processo de articulação entre atores sociais com olhares distintos sobre a realidade, sendo eles portadores de interesses diversos nem sempre convergentes e harmônicos, em que estão presentes disputas de poder, conflitos e negociação, ainda que os processos de discussão busquem o consenso em defesa dos princípios e diretrizes de um sistema de saúde público equânime e resolutivo (ASSIS; VILLA, 2003).

No âmbito do SUS, os espaços instituídos para o exercício da cidadania através da participação e do controle social são as Conferências e os Conselhos de Saúde, os quais se encontram regulamentados na Lei 8.142/90 (ASSIS, 2003; ACIOLI, 2005). No caso de Fortaleza, município onde foi realizado o presente estudo, o movimento de organização de conselhos de saúde desde o início do movimento sanitário foi muito dinâmico, contando com o protagonismo dos profissionais de saúde e dos movimentos populares (OLIVEIRA, 2006). Nesse município, a partir de 2000, foi iniciada a implantação de outros espaços de participação da sociedade: conselhos regionais e locais de saúde.

Na atenção básica, com equipes de PSF, é particularmente importante o papel de estimular a criação ou fortalecimento dos conselhos locais e distritais de saúde, porquanto é a partir da organização desses conselhos que a equipe do PSF pactua a programação da unidade e elabora o diagnóstico do território e uma agenda de seguimento e de avaliação das atividades e monitoramento dos indicadores.

De acordo com Oliveira (2006), os conselhos locais de saúde criados em Fortaleza têm o potencial de viabilizar a descentralização e democratização nos serviços de saúde. Destaca-se que os mesmos foram criados em todas as unidades de saúde da rede de atenção básica do município. Na composição dessas instâncias colegiadas, são respeitadas as regras estabelecidas na Lei 8.142/90. Cabe aos conselheiros desempenharem suas atividades em conformidade com as disposições legais, sendo que estas têm abrangência local, ou seja, na área adstrita da respectiva unidade de saúde.

Entretanto, a participação da comunidade pode apresentar, tanto para os usuários quanto para os trabalhadores de saúde, significações diversas e possuir uma natureza subjetiva no lidar com cada um dos diferentes interesses de natureza estética, emocional, moral e social, entre outros

fatores culturais de cada um dos sujeitos envolvidos na produção da saúde.

Partindo dessas considerações, esta pesquisa teve como objetivo analisar as concepções que os usuários e trabalhadores do PSF têm sobre participação social e identificar como a mesma se efetiva no contexto da atenção básica à saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa é de natureza descritiva, com enfoque de análise qualitativa, por valorizar a descrição do fenômeno social, que, para Minayo *et al.* (2002, p. 22), “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações [...]”.

O campo empírico do estudo foi o município de Fortaleza, o qual se encontra dividido geopolítica e administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER). Essa divisão ocorreu como estratégia de descentralização administrativa. Cada uma destas SER é responsável pela política e gestão de saúde no seu território de abrangência.

Os sujeitos do estudo foram trabalhadores e usuários das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) em todas as SER. Ressalta-se que, no período de realização do estudo, havia 102 equipes completas implantadas no município, correspondendo a uma cobertura de 18% da população. Destaca-se que os participantes foram selecionados de forma intencional, tendo como critério para limite da amostragem o processo de saturação teórico-empírica.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2006. Para tal, foram utilizados dois instrumentos: a entrevista aberta e o grupo focal. As entrevistas foram realizadas somente com os usuários - abordados enquanto aguardavam atendimento nas unidades de saúde das seis SER. Conforme solicitamos, os usuários assistidos pelo PSF trouxeram suas concepções sobre a participação da comunidade na atenção básica à saúde e como esta se efetiva na unidade de saúde da sua área.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete. O critério de escolha dos entrevistados foi intencional a partir das experiências vivenciadas por esses sujeitos sociais atendidos pelas equipes do PSF. Chegamos à exaustão com trinta entrevistas com os usuários das áreas de cobertura das equipes do PSF selecionadas para a pesquisa.

Quanto ao grupo focal realizado com os grupos de trabalhadores, o temário foi Participação social na atenção básica à saúde. Dividimos em dois grupos: no grupo 1 os representantes dos trabalhadores do Programa Saúde da Família com total de 47 pessoas.

Este grupo foi selecionado de forma intencional, utilizando-se como critério de inclusão na pesquisa o conceito de equipe completa e estendida de PSF do Ministério da Saúde: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS e ESB com um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário ou técnico de higiene dental, sendo uma equipe em cada Secretaria Executiva Regional, no total de seis equipes.

Em virtude do tamanho da área de abrangência das equipes que participaram do grupo focal em relação aos ACS, cinco eram compostas por quatro ACS e uma por seis ACS, no total de 26 ACS. Além dos ACS da equipe, participaram do estudo: um médico, cinco enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem, cinco cirurgiões-dentistas e cinco atendentes de consultório dentário sendo um de cada equipe, totalizando-se vinte e um profissionais.

Contudo, não aceitaram participar do grupo focal cinco médicos, uma enfermeira e dois cirurgiões-dentistas. Diante disso, como mostram os dados, a maior dificuldade foi a de conseguir a participação dos médicos, pois apenas um deles participou do grupo focal e sua contribuição foi muito valiosa.

Apesar da ausência de oito profissionais na pesquisa, não houve nenhum prejuízo na coleta de informações, já que a discussão dos participantes do grupo focal foi rica e cheia de significados.

Quanto ao número total de equipes de PSF estendida (Saúde da Família e Saúde Bucal) por UBASF, é o seguinte: a UBASF A tem quatro equipes, mas somente duas estão completas. São quatro agentes de saúde por equipe; a UBASF B tem quatro equipes, mas somente duas estão completas, há dois atendentes de consultório dentário e um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde por equipe; a UBASF C tem duas equipes completas que possuem o número máximo de seis ACS, um atendente de consultório dentário e um auxiliar de enfermagem por equipe; a UBASF D dispõe de quatro equipes. Destas, três estão completas, há um auxiliar de enfermagem e quatro agentes de saúde por equipe; a UBASF E tem quatro equipes, mas somente duas estão completas, tem um auxiliar de enfermagem e quatro agentes de saúde por equipe; a UBASF F tem quatro equipes, mas duas estão incompletas.

No grupo 2, os representantes dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde tem o total de 23 pessoas. Para essa representação nas UBASFs onde foram selecionadas as seis equipes do PSF, fizeram parte do estudo os seguintes trabalhadores de saúde: dois agentes administrativos que trabalham na recepção, um vigilante e um zelador de cada

UBASF. No total eram doze agentes administrativos, seis vigilantes, cinco zeladores, ou seja, 23 participantes.

Em relação aos agentes administrativos, esses trabalhadores estão envolvidos no processo de produção da saúde mediante serviços que favorecem o atendimento como, por exemplo, a recepção, têm acesso aos registros de todos os usuários e são responsáveis pela marcação e agendamento de consultas e exames. Nas UBASFs A, B, C e E, trabalham dois agentes administrativos; nas UBASFs D e F, trabalham quatro agentes administrativos.

Além de zelarem pela segurança, os vigilantes prestam informações e geralmente são os primeiros a receberem os usuários na unidade de saúde: nas UBASFs A, C, D, E e F, trabalham um vigilante no período diurno e um no período noturno e na UBASF B, trabalha apenas um vigilante no período noturno.

Os serventes promovem a limpeza da unidade e prestam informações aos usuários quanto ao funcionamento do serviço. As UBASFs A, B, C, D, E e F têm um servente no período diurno.

A técnica de grupo focal visa o controle da discussão de um grupo de pessoas, conforme ressaltam Ressel *et al.* (2002, p. 2), em suas experiências com grupo focal, esta “[...] pode ser empregada em tema específico, cuja finalidade é deixar emergir as diferentes visões de mundo ou de determinados temas [...]”. Ocorreu um encontro com cada grupo de discussão sobre o tema.

Cada grupo esteve reunido por um período de uma hora no máximo, previamente agendado, conforme a conveniência dos participantes. Todas as narrativas foram gravadas em fita cassete e transcritas após os encontros.

Para efeito de análise, os discursos foram organizados por grupo de trabalhadores. Desse modo, formaram-se seis grupos com as equipes de saúde da família (ESF) e seis com os trabalhadores de apoio (GT), ambos enumerados de um a seis de acordo com a ordem de realização dos grupos focais. Na demonstração das falas dos usuários, para preservar o anonimato, utilizou-se a letra (U) seguida da numeração de 1 a 30, correspondente à sequência de realização das entrevistas.

Como técnica de análise, adotou-se a análise de conteúdo na sua modalidade categorial temática (BARDIN, 1977). Assim, após as transcrições das fitas, os dados obtidos nas entrevistas e nos grupos focais foram classificados e agrupados em categorias empíricas.

Em respeito às questões éticas referentes às pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, do qual obteve parecer favorável.

Aos participantes foram explicados os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios, bem como foi garantida a preservação de suas identidades. Todos os participantes expressaram o desejo de serem inseridos na pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa etapa do estudo, sistematizou-se a síntese dos principais resultados a partir da estruturação das seguintes categorias temáticas: 1. Participação social na atenção básica: concepções dos usuários e trabalhadores do PSF; 2. Participação social na atenção básica à saúde: práticas, limites e possibilidades nos espaços instituídos.

Participação social na atenção básica: concepções dos usuários e trabalhadores do PSF

Os discursos dos trabalhadores e usuários do PSF de Fortaleza evidenciam o entendimento acerca de participação social como o exercício de cidadania na medida em que se constitui como possibilidade de atuar no planejamento e organização dos serviços de saúde.

Desse modo, a participação social representa uma nova forma de relação Estado/sociedade, a qual vem sendo vivenciada na área da saúde a partir da década de 1980. De acordo com a legislação vigente, pode ser caracterizada pela abertura de espaços para intervenção da sociedade civil, mediante a elaboração de políticas de saúde, fiscalização e avaliação dos serviços (BRASIL, 1988; 2001).

Nesse sentido, seria ainda a possibilidade de trabalhadores e usuários expressarem suas opiniões com vistas à construção de um serviço de saúde adequado à realidade local, conforme demonstrado a seguir:

Cada um dá a sua opinião daí dizer no que pode melhorar no ambiente de trabalho [...]. A gente participa com nossas idéias, no atendimento, saber aproveitar a idéia de cada um de alguma forma no que for positivo nela. (GT2)

É a comunidade participando, dando opinião [...]. (ESF3)

[...] importante, eles estão usando o serviço, tem direito de dar opinião. (ESF 2)

É todo mundo se reunir e falar o que está acontecendo de errado e de certo e o que está acontecendo no posto. (U25)

Dos discursos dos entrevistados, emerge o entendimento de que tanto os trabalhadores quanto os usuários do PSF devem ocupar posição central na formulação/construção de novas formas de organização dos serviços, o que torna premente a compreensão de que os serviços de saúde devem tomar como norteador da sua estruturação as propostas apresentadas pela comunidade, visto ser ela a destinatária das ações/serviços ofertados.

Diante disso, apreende-se que a participação social se apresenta como estratégia para a democratização do setor saúde, na medida em que trabalhadores e usuários são considerados sujeitos/cidadãos responsáveis pela construção/consolidação de um serviço de saúde coletiva, equânime e resolutivo. Essa estratégia deve ser operada por meio de processos de interação contínua entre os diversos atores sociais envolvidos. Implica, portanto, um processo contínuo de democratização nas três esferas de governo, o que conforma o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania. Desse modo, o sujeito/cidadão deve estar no centro do processo que orienta a organização do sistema e avaliação das ações nos serviços de saúde (ASSIS; VILLA, 2003; ASSIS, 2003).

Quando o usuário, ao falar sobre o seu entendimento acerca da participação social, assevera que a participação é “falar o que está acontecendo de errado e de certo e o que está acontecendo no posto”, denota, de acordo com Jorge *et al.* (2007), o exercício do controle social, instituído legalmente como princípio do SUS, expresso na possibilidade de intervenção nos serviços de saúde por parte dos usuários. Por conseguinte, o seu fortalecimento no âmbito do SUS, particularmente na atenção básica à saúde, pressupõe a atuação do usuário como corresponsável pela gestão do sistema de saúde e com competência para nele intervir, avaliar e transformar. Convém assinalar, que na unidade de saúde na qual esse usuário foi entrevistado, há conselho local de saúde. Assim, acredita-se que o mesmo está se referindo aos espaços formais de participação social. De acordo com a fala, esses espaços se configuram como arenas nas quais é possível avaliar os serviços apontando suas deficiências e potencialidades tendo em vista a sua reorganização e construção de um serviço de saúde resolutivo.

Não obstante, usuários e trabalhadores também consideram a participação social como um espaço no qual a população possa apresentar suas demandas, expressas em necessidades de saúde. Corroboram com essa assertiva os discursos demonstrados a seguir:

Deveriam participar através de sugestões realmente ouvidas, o que a comunidade necessita. (U26)

O povo sabe das suas necessidades [...]. (U10)

É a comunidade [...] dizendo o que precisa. (ESF 3)

[...] vem as comunidades e falam de seus problemas. (ESF 6)

No intuito de favorecer a participação popular, Campos e Wendhausen (2007) advogam a importância de os trabalhadores do PSF atuarem como mediadores no momento em que a comunidade apresenta seus problemas e demandas prioritárias, como mecanismo para a transformação das práticas sanitárias. Contudo, esses trabalhadores não devem desconsiderar seu papel específico na participação social, ou seja, na formulação de políticas de saúde, na execução e fiscalização dessas.

Conforme pode ser apreendido dos discursos, a participação poderá possibilitar a estruturação de um sistema de saúde coletivo, no qual se resgate a premissa da resolubilidade, ao se considerar que as necessidades de saúde são inerentes ao ser humano.

De fato, as necessidades de saúde, segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), configuram o aspecto mais importante, quando lidamos com a organização de serviços, pois suscitam a oferta de serviços e embasam a conformação de sua estrutura.

Entende-se que as necessidades de saúde da população emergem no próprio modo de andar a vida de cada indivíduo e na sua interação com o mundo e a coletividade, portanto são construídas de acordo com o contexto histórico, político, sócio-cultural e econômico (FRANCO; MERHY, 2006).

Assim, as necessidades de saúde são modificadas por um conjunto de elementos, de caráter político, social e econômico, os quais também exercem pressão para que as políticas públicas voltadas para o setor contemplem a satisfação dessas carências gerando pressões para modificações e organização de ações com esta finalidade, inclusive, no espaço micropolítico dos serviços de saúde.

Desse modo, no processo de construção de uma prática de participação social democrática no SUS, na qual se viabiliza o exercício da cidadania, abrem-se espaços para a reivindicação de direitos e proposição de políticas públicas voltadas para a satisfação das necessidades de saúde da população, os quais podem ser amplamente fortalecidos nos sistemas locais de saúde.

Nesse contexto, deve-se considerar que a participação social emerge como uma prática capaz de estabelecer uma contraposição ao poder do Estado, devido ao fato de reunir condições presentes na constituição de um contrapoder

na medida em que admite a proposição de interesses por parte da sociedade, os quais podem ser antagônicos àqueles *a priori* adotados pelo poder público.

Tal possibilidade pode ser materializada mediante a efetiva atuação dos diferentes atores nos espaços decisórios. Nesse sentido, os usuários participantes do estudo demonstram o entendimento de que devem participar dos processos decisórios, conforme pode ser visualizado nas falas:

O povo [...] deveria fazer parte das decisões. (U10)

É a participação de todos nas tomadas de decisões. (U2)

A partir das falas, evidencia-se a compreensão dos usuários acerca da participação social como prática pautada na democratização das relações no âmbito do SUS que, nesse momento, opera mediante a sua horizontalização. Desse modo, busca-se a ruptura com as práticas de organização dos serviços de saúde pautadas na centralização, verticalização e burocratização, nas quais o poder decisório encontrava-se no nível central do sistema, ou seja, nos órgãos do poder executivo, característica marcante dos regimes autoritários vigentes no Brasil até a década de 1980.

Esse espaço de participação, por meio da representação dos diversos sujeitos sociais, no exercício da cidadania, deverá atuar tendo em vista o estabelecimento de negociações e construção de consensos na tomada de decisões em que prevaleça o interesse coletivo.

Participação social na atenção básica à saúde: práticas, limites e possibilidades nos espaços instituídos.

A participação social favorece a construção de espaços de gestão compartilhada, os quais protagonizam a inserção da sociedade civil na gestão do sistema de saúde. Esses espaços instituídos são representados conforme mencionado pelos Conselhos e Conferências de Saúde, que vêm acumulando experiências de articulação entre os diferentes sujeitos sociais nos municípios, nos estados e no âmbito nacional. Entretanto, esses espaços são atravessados por conflitos e tensões ainda que se busquem negociações em defesa de interesses individuais e/ou coletivos.

Desse modo, apontam-se as formas de participação e os espaços instituídos legalmente para que isso ocorra. Consoante ao enunciado, os trabalhadores do PSF mencionam algumas práticas de participação vivenciadas no cotidiano de suas unidades de saúde. Inicialmente reconhecem os espaços institucionalizados para a prática participativa:

[...] através do conselho, as pessoas falam dão sua proposta. (GT5)

A participação no conselho de saúde, que deve ser bem organizado. (ESF1)

O conselho local tem que participar [...], aqui o conselho funciona e vêm às comunidades falam de problemas. (ESF6)

Segundo Lopes e Almeida (2001), os Conselhos Municipais de Saúde são instâncias colegiadas e de caráter permanente e deliberativo, com a função de atuar na proposição e controle de políticas de saúde nessa esfera de governo. Representam, portanto, instâncias com o potencial de modificar as relações do Estado com a sociedade, promovendo uma ampliação e reordenamento dessas relações, com vistas a implementar as políticas do setor saúde.

Os discursos dos trabalhadores revelam, ainda, a existência dos Conselhos locais de saúde, os quais podem fortalecer a descentralização do poder e propiciar maior envolvimento da comunidade com a unidade de saúde.

Os usuários apontam, ainda, que esses espaços devem ser bem estruturados e que as práticas de participação da comunidade, nesse momento, voltam-se para a defesa do acolhimento às demandas ou necessidades de saúde da comunidade por parte dos serviços de saúde. Acredita-se que essas demandas poderão subsidiar a formulação de propostas de intervenção na saúde dessa população, ou seja, impulsionar a organização dos serviços de saúde em conformidade com os anseios da comunidade. Consoante a esse pensamento, os trabalhadores asseguram: “[...] a partir das reuniões, discutindo o que vai ser realizado, o cronograma da semana, planejamentos.” (GT6)

Assim, estabelece-se uma ampliação da relação Estado/sociedade, pautada numa nova “ordem” ético-política, a qual se efetiva pela integração da sociedade no processo de governabilidade e na definição de metas coletivas em que se sobrepõe o interesse público. Desse modo, a participação social adquire forte relevância na condução das políticas públicas (AMANTINO-DE-ANDRADE; ARENHART, 2005).

Os usuários, por sua vez, não fizeram referência aos conselhos de saúde como espaços instituídos para a participação popular. No entanto, referem-se à possibilidade de outras práticas participatórias, segundo revela a fala: “participar, ajudando, zelando pelo posto, valorizando.” (U22)

A fala do usuário aponta para práticas de participação social as quais podem ser efetivadas por meio da inserção da comunidade nos serviços de saúde com a finalidade de executar tarefas e ações tendo em vista a sua preservação/

manutenção. Nesse contexto, participação social poderá ser entendida como expressão de desenvolvimento comunitário, cuja proposta foi introduzida no Brasil, a partir de 1950, como parte das estratégias para a manutenção da ordem capitalista (ACIOLI, 2005; SILVA *et al.*, 2006)

No cerne desse processo, buscava-se a participação direta da população nos programas sociais desenvolvidos, no intuito de melhorar as condições de vida de determinados segmentos sociais. Dessa maneira, tinha-se um deslocamento da responsabilidade do Estado na resolução de problemas ligados aos serviços básicos, para grupos sociais de caráter popular, ou seja, a população era convocada a executar tarefas para promoção do desenvolvimento local ou manutenção de conquistas da comunidade.

Contudo, percebe-se que a modalidade de participação referida pelo usuário desloca-se para a perspectiva de participação voltada para o controle social, conforme estabelecido na legislação brasileira. Nesta, a participação social é referendada como exercício da cidadania, mediante a atuação de representantes da sociedade civil em instâncias instituídas para este fim, na perspectiva de reivindicação de direitos, proposição de políticas públicas de saúde e de fiscalização do poder público.

Ainda referente às práticas de participação, os trabalhadores revelam a ausência de sistematização nas discussões desenvolvidas nos espaços institucionais:

[...] Algumas vezes só criticam e não resolvem nada, existe uma guerra, sempre um querendo derrubar o outro. Acabamos sem interesse em participar [referência às reuniões do conselho local]. (ESF6)

[...] só vai funcionar quando existir um interesse de lutar pelos direitos da comunidade e não só pessoal [...]. (ESF1)

Os discursos revelam que os espaços de participação democrática, representados pelos conselhos, têm se configurado como arenas nas quais predomina o jogo de interesses, ou seja, existem conflitos de interesses. Nesse sentido, percebe-se que nesses espaços institucionais de gestão compartilhada, ocorre a demarcação de distintos olhares sobre as realidades em que estão presentes conflitos, disputas de poder e de interesses (ASSIS, 2003). Por conseguinte, pode-se ponderar que os representantes que participam dos conselhos, muitas vezes, defendem interesses particulares, pessoais ou de corporações em detrimento da vontade da coletividade.

Dessa forma, torna-se premente considerar que os conselhos se conformam como espaços de poder nos quais,

necessariamente, ocorrem lutas e conflitos. Ao considerar a existência de disputas de poder, se aposta na existência de negociações com vistas ao consenso nas quais vencem aqueles com maior potencial de barganha.

Nesse contexto, parece que essas disputas são capazes de gerar nos grupos menos articulados um “sentimento de impotência” que os conduz à perda do interesse na participação enquanto estratégia legitimada para a intervenção da sociedade nos espaços públicos de saúde. De acordo com Stotz; Araújo (2004, p.14), como estratégia de artilações dos conflitos sociais, as equipes de PSF, como promotores de saúde, têm papel de descobrir novas “habilidades e competências” comuns no decurso da “ação coletiva”, ou seja, conscientização sobre os problemas postos através dos interesses específicos diferentes.

Não obstante, os trabalhadores do PSF sinalizam a existência de dificuldades no tocante às práticas de participação, particularmente no que diz respeito à condução das deliberações do conselho. Nesse sentido asseguram: “o conselho local só vai funcionar [...] quando o que propor não ficar só no papel” (ESF1).

Esse discurso está fazendo referência à não observância das deliberações do conselho por parte do poder público, ou seja, o discurso aponta dificuldades relacionadas à articulação com a administração pública. Neste sentido, assim como no estudo de Lopes e Almeida (2001), os participantes apontam para a falta de respeito em relação às decisões dos conselhos e da comunidade.

Convém destacar que essa dificuldade concernente à atuação dos conselhos locais não foi referida por todos os participantes do estudo. Dessa forma, ela parece ser uma particularidade da unidade de saúde onde atua essa equipe de saúde da família, a qual não se reproduz nas demais secretarias executivas regionais do município.

Diante dessa realidade, pode-se inferir que alguns conselhos de saúde têm se conformado como mera formalidade no cumprimento da legislação vigente, ou ainda, espaços burocráticos que funcionam como extensão do poder executivo, na medida em que atuam somente para legitimar as decisões dos gestores do SUS e estes desconsideram a representatividade e legitimidade dos conselhos para deliberar a partir das necessidades da população.

Nesse contexto, embora se reconheça que a legalização da participação da população represente um avanço no processo de democratização da saúde no Brasil, o seu efetivo desenvolvimento encontra muitos fatores limitantes, os quais podem ser determinados pela cultura política local.

Desse modo, considera-se que a abertura e o respeito à participação social, por parte do poder público, representa

uma opção política de administrações públicas progressistas, visto que aqueles gestores descomprometidos com a participação popular acabam dificultando o seu exercício. Porém, a participação tornou-se um imperativo aos gestores que pretendem ser bem sucedidos, por constituir uma estratégia que contribui para a unificação dos serviços de saúde, bem como para a descentralização das ações e serviços (FREIRE; MACIEL, 2002). Entretanto, a participação social não encontra os limites impostos somente pelo poder público, mas também existem limites intrínsecos da população e do modo como esta atua, conforme demonstram os discursos:

[...] *quando tem reunião do conselho as pessoas nem aparecem*
[...] (ESF3).

Quase ninguém participa, nas assembleias quase ninguém participa, tem como consequência a saúde precária. (U6)

Nunca participei e não me interessa não tenho tempo.
(U12)

Os discursos, tanto dos trabalhadores como dos usuários, revelam a “fragilidade” da comunidade na participação expressa pela sua ausência nas reuniões dos conselhos.

Percebe-se que, embora o processo tenha avançado na direção da democratização, com abertura às práticas de controle do aparelho estatal, ainda subsiste a incipiente reivindicação dos direitos por parte da população, ainda carente de politização, no que se refere à apropriação de suas conquistas de cidadania para fazer valer o seu poder participativo.

Por outro lado, os usuários revelam que “*quando o povo participa muito dá bagunça?*” (U3), o que denota uma falta de sistematização nas discussões, bem como demonstra uma desorganização da comunidade no sentido de exercer seu direito de participar nos espaços decisórios do SUS.

Dessa forma, acredita-se que a falta de organização da comunidade expressa na dificuldade de sistematização nas discussões comunitárias, conforme demonstra a fala, termina por reforçar a posição de subordinação e de controle do poder público sobre as ações de saúde, pois a criação do conselho pautada estritamente em critérios legais, não é por si só suficiente para garantir o controle social (AMANTINO-DE-ANDRADE; ARENHART, 2005).

A existência de limites à participação social no âmbito do SUS é reconhecida inclusive pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), o qual considera que, a despeito do cumprimento das normas legais pelos estados e municípios, no

referente à constituição dos conselhos de saúde, alguns elementos, entre eles a representatividade e a efetiva participação da sociedade, ainda estão abaixo do nível necessário para a consecução plena do direito estabelecido. Essa realidade pode ser resultado da formatação das políticas desenvolvidas a nível local em que prevalece uma cultura política que não favorece a participação.

Diante dessa realidade, emergiram no discurso dos trabalhadores possibilidades para o fortalecimento da participação social. Nessa perspectiva, sinalizam que “*deveriam ser tecnicamente capacitados* (referindo-se aos usuários), *até os profissionais que participam deveriam ser capacitados.*” (ESF4).

O discurso dos trabalhadores do PSF aponta para capacitação da comunidade, sejam representantes dos usuários ou dos profissionais, como estratégia para superar alguns limites na atuação desses sujeitos e, conseqüentemente, fortalecerem a participação social no SUS. Pode-se inferir que a capacitação dos conselheiros é uma necessidade real dentro do SUS, a qual também foi descrita por Jesus (2006), ao construir um modelo de gestão pautado na participação democrática em um município do interior da Bahia.

Sem desconsiderar o exposto por esses trabalhadores, acredita-se que a capacitação da comunidade não deve ser pautada apenas nos conteúdos técnicos necessários ao exercício do controle social. Deve estar voltada também para a concepção de saúde como direito e conseqüentemente, para o exercício da cidadania na defesa desse direito social.

Portanto, requer o desenvolvimento de uma consciência política nos cidadãos, capaz de conduzi-los a uma participação ativa na reivindicação de direitos e proposição de mudanças na organização das ações e serviços de saúde. De acordo com Costa (2002), deveriam ser criadas condições para qualificar a participação e o acesso às informações necessárias para o acompanhamento das decisões em âmbito local.

Nesse contexto, a qualificação da participação social poderá ser feita através de atividades de educação em saúde pelas equipes de PSF que, de acordo com Silva (2006), os grupos de educação em saúde, ao articular as diferentes dimensões de transformação conjuntural, constituem espaços potencialmente privilegiados para o empoderamento individual e coletivo que poderá definir uma nova concepção social de democracia.

Outro aspecto a ser discutido é que, não obstante o reconhecimento das instâncias constituídas legalmente para a participação da sociedade, ou seja, os conselhos, os trabalhadores registraram que a participação social também “*deveria ser através de uma roda de gestão, [...] eles viriam aqui e participariam da roda de gestão*” (ESF5).

A possibilidade levantada é a participação da comunidade durante as reuniões das rodas de gestão que acontecem em algumas unidades de saúde do município. Desse modo, tanto usuários quanto trabalhadores de saúde atuam conjuntamente na construção de propostas de ações e políticas de saúde no âmbito local.

Por conseguinte, a participação social estaria voltada para a atuação deles diretamente na gestão dos serviços e das práticas sanitárias operadas no interior das unidades de saúde da família, caracterizando a cogestão em saúde defendida por Campos (2007) como estratégia capaz de promover a democratização das relações sociais no contexto dos serviços de saúde. Nesse contexto, os trabalhadores de saúde poderiam assumir o papel fundamental no sentido mobilizar a comunidade e intermediar processos discursivos e até mesmo decisórios no âmbito das arenas de participação social.

Assim, a participação da comunidade tem, como princípio, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos no tocante à responsabilidade assumida pelos gestores, usuários e trabalhadores da saúde para o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos de gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão acerca da participação social remonta ao movimento de reforma sanitária e ganhou corpo normativo na legislação vigente no Brasil a partir de 1988, como estratégia de assegurar as mudanças na reconfiguração da atenção à saúde, no contexto da implantação/consolidação do SUS.

O estudo permitiu a análise das concepções dos trabalhadores e usuários do PSF sobre a participação social, os quais revelam compreendê-la como possibilidade de atuação/intervenção da comunidade nos serviços de saúde e o seu exercício como instrumento de controle social, o qual representa uma conquista de cidadania.

Desse modo, a participação social, instituída legalmente, promove uma nova forma de relação entre o Estado e a sociedade civil, instaurando uma nova ordem política efetivada pela integração da sociedade nos processos de gestão pública e, conseqüentemente, na formulação de políticas, execução e fiscalização destas. Viabiliza o exercício da cidadania na medida em que abre espaços para a reivindicação da saúde como direito.

No âmbito da atenção básica à saúde, o PSF constitui estratégia prioritária na reordenação da lógica de atenção à saúde mediante o trabalho em equipe e à implementa-

ção dos princípios e diretrizes do SUS, no nível local. Sua operacionalização requer, portanto, uma maior atuação com foco na família, num determinado território social, o que pressupõe uma maior aproximação da equipe de saúde com a comunidade, permitindo a criação de espaços para a participação da população nos serviços de saúde.

Assim, o estudo com os trabalhadores e usuários do PSF evidenciou algumas práticas de participação social, sendo os conselhos de saúde reconhecidos pelos participantes do estudo como espaços de participação democrática. Entretanto, essas instâncias têm-se conformado como arenas nas quais há disputas de poder em que, muitas vezes, os representantes defendem os interesses privados ou de corporações em detrimento dos interesses coletivos. Constituem-se, portanto, em espaços contraditórios e permeados por forças distintas e, por vezes, conflitantes, o que torna premente a necessidade de negociações com vista ao estabelecimento de consensos.

Apesar de a participação social representar uma conquista de cidadania, ainda existem limites na sua operacionalização na realidade concreta dos serviços de saúde. Entre esses limites a serem superados, estão: a falta de sistematização nas discussões dos conselhos; a falta de respeito às deliberações dos conselhos, por parte do poder público; e, a possível ausência de uma cultura de participação social em espaços instituídos nos serviços de saúde, expressa na falta de motivação dos usuários em participar desses espaços de gestão compartilhada, a qual pode ser consequência dos longos períodos de exceção que vigoraram no país, os quais eram marcados pelo autoritarismo, verticalização e centralização das políticas públicas.

Acredita-se que a superação desses limites requer, por um lado, uma maior conscientização política dos cidadãos, capaz de conduzi-los a uma participação ativa na reivindicação de direitos e proposição de mudanças na organização das ações e serviços de saúde. Por outro lado, a atuação do poder público no sentido de que a construção de espaços de participação social não seja mero cumprimento da determinação legal, a qual pode ser expressa no incentivo à participação dos segmentos sociais representativos da população e no respeito às deliberações dos respectivos conselhos.

Algumas possibilidades foram apresentadas pelos trabalhadores e se configuraram como mecanismos para o fortalecimento da participação social, como a realização de capacitação dos conselheiros e, possivelmente, da comunidade. Além disso, apontam para a construção de outros espaços de participação no âmbito dos serviços de saúde, voltados diretamente para a cogestão dos serviços e das práticas sanitárias. Sendo que, para a construção desses

espaços, a equipe de saúde da família tem papel fundamental no sentido de mobilizar a comunidade bem como intermediar discussões e negociação com vistas ao estabelecimento de consenso na proposição de ações e políticas de saúde no âmbito local, voltadas para a organização de um serviço de saúde universal, equânime e resolutivo.

Contudo, a participação social, apesar dos limites encontrados na sua efetivação, representa um avanço no campo da saúde coletiva brasileira, na medida em que promove o fortalecimento da política de descentralização, a universalização da atenção à saúde e a sua municipalização.

Finalmente, ressalta-se que a participação da comunidade supõe troca de saberes, diálogo entre os diversos atores envolvidos, particularmente entre trabalhadores, usuários e gestores. Nesse sentido, destaca-se a referência não a um conjunto de pessoas reunidas em algumas ocasiões para discutir e tentar resolver um problema, mas à produção de uma grupalidade como o conjunto formado por usuários, trabalhadores, gestores e familiares, entre outros sujeitos que estabelecem conexão para as construções coletivas que suponham mudanças no âmbito do sistema de saúde, a partir dos encontros entre seus componentes.

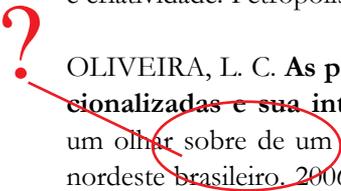
REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.
- AMANTINO-DE-ANDRADE, J.; ARENHART, A. J. Participación social en el Sistema Único de Salud: una utopía por cumplirse en municipios de pequeño porte del Valle del Taquari. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Orgs.). **Gestión local de salud: practica y reflexiones**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.
- ASSIS, M. M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 324-335, 2003.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-382, maio/jun. 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**. Texto Técnico para Conselheiros de Saúde. Brasília: IEC, 1994.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2001. p. 35- 38.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.2, p. 271-279, 2007.
- COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v.18, n.18, p.49-71, jun. 2002.
- CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.323-331, 2005.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E., *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- FREIRE, M. L. A.; MACIEL, R. H. M. O. Participação Popular e Conselhos de Saúde. In: Silva MGC, Jorge MSB (Org.). **Construção do saber em Saúde Coletiva: transição epidemiológica, saúde mental e diversidades**. Fortaleza: INESP/EDUECE, 2002. p. 305-317.
- JESUS, W. L. A. SUS-Alagoínhas: um modelo de gestão/atenção para a (trans) formação de sujeitos e coletivos. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.1, n.36, p. 61-75, 2006.

JORGE, M. S. B. *et al.* Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos Usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n.2, p. 256-266, 2007.

LOPES, M. L. S.; ALMEIDA, M. J. Conselhos locais de saúde em Londrina (PR): realidade e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 16-28, 2001.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

 OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política**: um olhar sobre de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro. 2006. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 2006.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZÁLES, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **International Journal of Qualitate Methods**, Nova Iorque, Article 5, 2002. Dis-

ponível em: <<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 25 set. 2005.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na atenção básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SILVA, M. A. *et al.* Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidades para participação social. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.11, n.2, p.143-149, maio/ago., 2006. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/revista.htm>.>. Acesso em: 10/10/2008.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso **Saude e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.5-19, Maio/Ago., 2004.

Submissão: agosto de 2008

Aprovação: dezembro de 2008
