

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NA ORGANIZAÇÃO
DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA (ESF): IDENTIFICANDO
POSSIBILIDADES E LIMITES.**

ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Rosana Pilatti

Cachoeira do Sul/RS, Brasil

2014

**PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NA ORGANIZAÇÃO DAS
AÇÕES DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF): IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES E
LIMITES.**

Rosana Pilatti

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ethel Bastos da Silva

Cachoeira do Sul/ RS, Brasil

2014

**Universidade Federal de Santa Maria – UFSM Centro de Educação
Superior Norte do RS - CESNORS Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em
Gestão de Organização Pública em Saúde EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Artigo de Conclusão
de Curso**

**PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE
SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF):
IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES E LIMITES.**

elaborada por
Rosana Pilatti

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva (Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

Prof^ª. Msc. Caroline Curry Martins(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Prof. Dr^a Giovana Cristina Ceni (Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Cachoeira do Sul, 30 de agosto de 2014.

**PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NA ORGANIZAÇÃO DAS
AÇÕES DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF): IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES E
LIMITES.**

Rosana Pilatti ^a

Ethel Bastos da Silva ^b

^a Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde/EaD/Universidade Federal de Santa Maria/Cachoeira do Sul/RS/BR.

^b Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria/Palmeira das Missões/RS/BR.

Autor correspondente:

Prof^a Dr^a. Ethel Bastos da Silva

Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/ UFSM-CESNORS

Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, 98300-000. Palmeira das Missões, RS

Fone/Fax: (55) 3742-8884 ramal 88 61

e-mail: ethelbastos@hotmail.com

RESUMO

Artigo de Conclusão de Curso

Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de

Organização Pública em Saúde – EaD

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Centro de Educação Superior Norte do RS – Cesnors

Participação do Usuário na Organização das Ações de Saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF): Identificando Possibilidades e Limites.

AUTORA: ROSANA PILATTI

ORIENTADORA: ETHEL BASTOS DA SILVA

Data e local da defesa: Cachoeira do Sul, 30 de agosto de 2014

Com as mudanças ocorridas na saúde pública Brasileira a partir da implantação da nova constituição de 1988 e com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o povo passou a ter direito de voz ativa na tomada de decisões que dizem respeito ao funcionamento do novo sistema de saúde. O objetivo do trabalho foi descrever como ocorre a participação de usuários na gestão da ESF. Foi feita uma revisão narrativa de literatura em artigos dos anos de 1994 até 2014, escritos em Português, com disponibilidade de texto completo em suporte eletrônico, publicados em periódicos nacionais. Foi feita coleta de dados em ficha documental e para a análise dos artigos na íntegra, utilizou-se uma ficha de extração de dados composta das variáveis: objetivo; tipo de participação social; abordagem metodológica; cenário; sujeitos; resultados; categoria de análise (referencial). A partir daí foi desenvolvida a análise de conteúdo. Os resultados mostraram que a população não participa de forma plena da gestão do SUS em suas localidades e também trazem uma série de motivos para que isso ocorra.

Descritores: Programa Saúde da Família, atenção Básica, Participação social e Controle Social.

ABSTRACT

Article End of Course

Postgraduate Sensu Lato in Management

Public Health Organization - DL

Federal University of Santa Maria - UFSM

Centre for Higher Education of the North RS - Cesnors

User Participation in Shares of Health Organization in ESF: Potential and Limits.

AUTHOR: ROSANA PILATTI

ADVISOR: ETHEL BASTOS DA SILVA

Date and place of defense: Cachoeira do Sul, August 31, 2014.

With the changes that have taken place in Brazilian public health from the implementation of the new constitution of 1988 and the SUS one, the people have become to have the right to active voice in decisions which concern about the operation of the new health system.

The objective of the work was to describe how happen the users' participation in the management of ESF. It is well known that a literature narrative review of articles from 1994 to 2014 was made, written in Portuguese, with availability of full electronic media text, published in national journals. A data collection was done in documentary form and to analysis the full articles, were used a form of extraction of information compound of variables: purpose, type of social participation, methodological approach, scene, subject, results, analysis category (reference). Thereafter the content's analysis was developed. The results showed that the population does not participate fully in the SUS management in their localities and also bring us a lot of reasons to occur this.

Descriptors: Family Health Program, Primary Attention, Scoail Participation and Social Control.

Participação do Usuário na Organização das Ações de Saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF): Identificando Possibilidades e Limites.

User Participation in Shares of Health Organization in ESF: Potential and Limits.

RESUMO:

Com as mudanças ocorridas na saúde pública Brasileira a partir da implantação da nova constituição de 1988 e com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o povo passou a ter direito de voz ativa na tomada de decisões que dizem respeito ao funcionamento do novo sistema de saúde. O objetivo do trabalho foi descrever como ocorre a participação de usuários na gestão da ESF. Foi feita uma revisão narrativa de literatura em artigos dos anos de 1994 até 2014, escritos em Português, com disponibilidade de texto completo em suporte eletrônico, publicados em periódicos nacionais. Foi feita coleta de dados em ficha documental e para a análise dos artigos na íntegra, utilizou-se uma ficha de extração de dados composta das variáveis: objetivo; tipo de participação social; abordagem metodológica; cenário; sujeitos; resultados; categoria de análise (referencial). A partir daí foi desenvolvida a análise de conteúdo. Os resultados mostraram que a população não participa de forma plena da gestão do SUS em suas localidades e também trazem uma série de motivos para que isso ocorra.

Descritores: Programa Saúde da Família, atenção Básica, Participação social e Controle Social.

Abstract:

With the changes that have taken place in Brazilian public health from the implementation of the new constitution of 1988 and the SUS one, the people have become to have the right to active voice in decisions which concern about the operation of the new health system.

The objective of the work was to describe how happen the users' participation in the management of ESF. It is well known that a literature narrative review of articles from 1994 to 2014 was made, written in Portuguese, with availability of full electronic media text, published in national journals. A data collection was done in documentary form and to analysis the full articles, were used a form of extraction of information compound of variables: purpose, type of social participation, methodological approach, scene, subject, results, analysis category (reference). Thereafter the content's analysis was developed. The results showed that the population does not participate fully in the SUS management in their localities and also bring us a lot of reasons to occur this.

Descriptors: Family Health Program, Primary Attention, Scoail Participation and Social Control.

1 INTRODUÇÃO

A partir dos anos 70 vivencia-se expressivas mudanças políticas que levam a uma nova visão/atitude no que se refere à participação popular e a democracia.¹ Aos poucos foi reconhecida a importância da voz do povo, que vem, desde então, passando da posição de simples espectador de sua história para a posição de transformador, que modifica em seu favor e de acordo com suas necessidades e anseios a comunidade a qual pertence e o local aonde vive.²

Juntamente com isso ocorre a transição de um sistema de saúde público médico-hospitalar para um sistema de saúde mais de acordo com os princípios da Constituição Federal (artigos 196 a 200), onde é preconizada a descentralização, a integral assistência e a participação da comunidade: nos anos 90, inicia-se a implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil. A ideia central do Programa de Saúde da Família – PSF é colaborar na organização do SUS e na participação da comunidade.

Uma das principais diretrizes do Programa de Saúde da Família(PSF)é a participação e o controle social que devem ocorrer em vários momentos. Os usuários intervêm desde o momento em que expõe suas ideias e reclamações até o momento em que participam na elaboração de estratégias para resolução dos problemas de maior impacto local ou mesmo quando fazem parte de conselhos. Os próprios agentes comunitários de saúde, integrantes obrigatórios das equipes de saúde da família, devem ter participação social a partir do momento em que repassam à equipe os anseios da comunidade com a qual tem estreito contato ou também como própria comunidade, já que fazem parte da comunidade em que trabalham: “... atuação do agente comunitário, elo mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, na medida em que esse profissional é morador da comunidade de referência da unidade de saúde da família e, portanto, em geral pertence ao mesmo grupo social dos usuários;”^{3:166}.

Com todas essas mudanças no cenário da saúde no Brasil, espera-se ter um quadro onde a população não mais apenas usufrua de um projeto que foi pensado por outros para ela, mas que ela usufrua de um projeto que foi pensado também por ela que conhece as reais necessidades de seu grupo social.⁴

“Estudo recente sobre o PSF aponta a ausência do usuário como protagonista de seu próprio viver e da produção de seu cuidado com o trabalhador e a equipe, visto que ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito”^{4: 3}.

Vista a importância de que a comunidade faça parte da construção de seu sistema de saúde e também devido a quantidade de mudanças e criações para que isso ocorra efetivamente, este trabalho tem como objetivo analisar na literatura como ocorre a participação da população (usuários) na gestão da Estratégia Saúde da Família (ESF).

2 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de revisão narrativa de literatura, realizada com base em artigos selecionados em que se destacou as maneiras de participação dos usuários na gestão das ESFs.

A busca bibliográfica foi feita na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), em abril de 2014, utilizando-se os descritores "Programa Saúde da Família" or " Atenção Básica" and " Participação social" and " Controle Social ". Foram selecionados artigos a partir do ano de 1994, ano de início do PSF no Brasil, até o ano atual de 2013 e que tinham um dos descritores.

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos em Português, com disponibilidade de texto completo em suporte eletrônico, publicado em periódicos nacionais e critérios de Exclusão: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais.

A Amostra se deu a partir da leitura do resumo dos artigos encontrados que responderam ao problema da pesquisa, totalizando 13 artigos. Dos 13 resumos lidos e selecionados foram encontrados 10 artigos com texto completo em suporte eletrônico e que se encaixaram nos critérios de inclusão/exclusão. Para acesso ao texto completo foram utilizados os recursos: link disponível diretamente na base de dados BIREME.

Para o mapeamento das produções científicas, utilizou-se uma ficha documental constituída das variáveis: ano de publicação; região da produção e tipo de estudo. Apresenta-se esse mapeamento na forma de frequências absoluta e relativa.

Foi desenvolvida a análise de conteúdo, que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Efetuou-se leitura flutuante e fichamentos (ficha documental e ficha de extração de dados), possibilitando uma visão

abrangente do conteúdo. A leitura integral do artigo possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. A leitura exaustiva se deu pela releitura dos textos, quando foi desenvolvida a codificação temática nos achados fichados. Emergiram as seguintes categorias temáticas: Ausência de participação do usuário na organização das ações de saúde na ESF, Participação dos usuários nos Conselhos Municipais de forma incipiente e desqualificada e Ausência de participação popular na organização das ações na ESF e nos Conselhos.

Os artigos são apresentados no texto como A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 e A10 e discutidos de acordo com a literatura.

Tabela 1-

| Artigo | Autores | Título |
|--------|-----------------------------------|---|
| A1 | Silva NC, Garnel L, Giovanella L. | Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. |
| A2 | Martins ALX, Santos SMR. | O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. |
| A3 | Aquino JM et al.. | Participação comunitária no contexto da atenção básica em saúde na perspectiva de usuários. |
| A4 | Silva MA. et al.. | Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. |
| A5 | Bodstein R. | Atenção básica na agenda da saúde. |
| A6 | Soratto J, Witt RR, Faria EM. | Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. |
| A7 | Arantes CIS. et al. | Controle Social na Saúde: discutindo resultados de uma pesquisa com enfermeiras. |
| A8 | Arantes CIS et al. | O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da Atenção Básica. |
| A9 | Stralen CJV et al. | Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. |
| A10 | Silva JM, Caldeira AP. | Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. |

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados para a análise, segundo os critérios de inclusão e exclusão, 10 artigos, dos quais 1 (10%) foi realizado na região Norte, 3 (30%) na região sudeste, 1 (10%) na região nordeste, 2 (20%) na região centro oeste, 1 (10%) na região sul e 2 (20%) não ficou claro em qual a região do país foi realizada a pesquisa. Destes, 2 (20%) eram estudos quali-quantitativos, 2 (20%) eram estudos quantitativos, e 6 (60%) eram trabalhos com análise qualitativa dos dados.

Quanto aos participantes dos estudos, 4 (40%) foram feitos com enfermeiros, 2 (20%) com a participação dos usuários, 2 (20%) com a participação dos profissionais que atuam nas ESFs, 1 (10%) com a participação de profissionais e gestores dos PSFs, e 1 (10%), foi uma avaliação de projetos e programas de saúde pública, logo não teve participantes. Quanto ao ano de publicação 3 (30%) foram publicados em 2010, 2 (20%) em 2006, 1(10%) em 2002, 1 (10%) em 2007, 1 (10%) em 2009, 1 (10%) 2012 e 1 (10%) 2014.

Ausência de participação do usuário na organização das ações de saúde na ESF

O artigo A1, evidenciou que não ocorre participação popular na gestão local das USF. Além disso, a pesquisa não encontrou provas de que as ações do PSF tenham contribuído para incrementar a participação social nos locais onde atua. A população não participou da elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade e do planejamento local. Também não existem ações regulares de educação em saúde nas USF, o que não colabora para que a população exercite o controle social. Os relatórios de Gestão e os relatórios de visitas de conselheiros, para o esclarecimento de denúncias envolvendo o programa parecem ser as únicas formas documentadas que auxiliaram no controle social.⁵

Segundo a 4ª edição do manual do Ministério da Saúde da Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições comuns a todos os profissionais promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.⁶Muitas vezes o controle social não ocorre efetivamente por falta de informação e estímulo por parte da própria equipe de saúde, que não segue os princípios dos documentos que regem o seu trabalho.

O artigo A6 deixa claro a pouca participação da população na gestão da ESF. Salienta que a população muitas vezes reclama muito e participa muito pouco. Não há um discurso de participação coletiva, na detecção, priorização e solução dos problemas cotidianos e da organização dos serviços de saúde.⁷

No Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde ficou deliberado que os conselhos de saúde deveriam estimular a articulação entre Conselhos, conselheiros e sociedade, deveriam também abrir suas reuniões à população, demonstrando publicamente seus gastos e suas ações, além de promover eventos e oficinas abertas visando informar aos usuários do SUS e instrumentalizá-los para o exercício da cidadania.⁸ Provavelmente, atitudes como essas, se adotadas, aumentariam a participação popular e diminuiriam o discurso reclamatório já que a população estaria melhor informada a respeito do que acontece nos conselhos.

Participação dos usuários nos Conselhos Municipais de forma incipiente e desqualificada

O artigo A2 demonstra que a população está apenas parcialmente inserida e participante na gestão da saúde pública. Chama a atenção para o fato de que a principal forma de gestão se dá pela participação dos enfermeiros, divulgando, informando, orientando e conscientizando a comunidade quanto ao serviço prestado pela UBS. O trabalho relata certa participação da comunidade nas reuniões dos conselhos, fato que leva à aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade e contribui para a melhoria das condições de saúde. Os enfermeiros entrevistados inclusive apontaram que o controle social pode ser ampliado através desta interação com a comunidade. Aparece também no trabalho, que falta definir exatamente qual é o papel dos conselhos e dos conselheiros de saúde que representam as comunidades. É mostrado também certo despreparo da população para participar dos conselhos, a pouca atividade dos conselheiros e a pouca participação da comunidade.⁹

O artigo A6 mostra a existência de conselho de saúde, mas a população vincula o controle social ao poder fiscalizatório. “Claro que a fiscalização por si própria é também o exercício do controle social, porém, não se restringe somente a isto.”⁷

O artigo A1 revela que no Conselho Municipal de Saúde, há uma baixa permeabilidade aos temas de interesse do PSF. Também a documentação acessada não

demonstrou a presença significativa de informações geradas em nível local para a tomada de decisão nos fóruns maiores de controle social.⁵

O artigo A7 concluiu que a participação popular ocorre muitas vezes como uma maneira de se fazer cumprir determinações burocráticas, não resultando em qualquer ação participativa efetivamente voltada para as necessidades da população. O trabalho observou que os conselhos de saúde que deveriam ser o principal meio de participação e controle social, ocorrem, mas desviam-se do interesse comum da comunidade, perdendo a credibilidade.¹⁰

No artigo A5 constata-se alguns pontos importantes a respeito da participação popular, como os conselhos municipais de saúde, que são dos principais meios de participação popular. O texto ressalta a baixa capacidade de controle social exercido a partir destes conselhos, que deveriam ser a principal ferramenta de participação popular, devido à falta de capacitação dos conselheiros e também por culpa da manipulação política que acontece, mesmo em locais com tradição na organização de movimentos sociais em geral. Ressalta a importância dos conselhos como local de interlocução entre o poder público e a sociedade levando ao fortalecimento do espaço público.¹¹

Estudo mostra que a manipulação/subordinação dos conselhos pelo poder executivo é um problema. Atitudes como manipulações políticas contribuem para desacreditar os conselhos além de coloca-los no centro de disputas políticas locais.¹² Esse tipo de comportamento por parte do poder executivo acaba afastando a população dos conselhos e da efetiva participação.

Quanto à falta de capacitação, relatório do Ministério da Saúde diz que para assegurar o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, estes devem promover a capacitação de seus Conselheiros. Capacitação esta custeada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.⁸

O artigo A8 mostra que o controle social na saúde ocorre principalmente por meio de representações nos conselhos de saúde. Foi observado também no artigo A8, que a criação dos conselhos gestores nas unidades de saúde do município de São Carlos mostrou-se muito significativo nas ações voltadas ao controle social das enfermeiras da atenção básica.¹³

Os Conselhos de Saúde estão presentes em mais de 5.500 municípios brasileiros e representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país.¹⁴

O artigo A9 ressalta a importância dos conselhos de saúde como locais de participação popular, mas chama a atenção para a institucionalização dos mesmos, o que estaria restringindo a participação direta dos cidadãos. O trabalho coloca que os conselhos de saúde

têm incluído novos sujeitos que estavam totalmente excluídos do processo de tomada de decisão, mas tem excluído setores não organizados, e também coloca que mesmo estando burocratizados não esgotaram seu potencial de promover controle social. O texto ressalta a dificuldade em identificar até onde os conselhos estão contribuindo para um processo de reestruturação do sistema de saúde e promovendo um sistema de saúde mais eficiente.¹⁵

Contrapondo-se a este trabalho, estudo indica que os conselhos abrem sim espaço para a participação da população não organizada e que conselheiros de todos os segmentos podem chegar à presidência do conselho.¹⁴

Ausência de participação popular na organização das ações na ESF e nos Conselhos

O artigo A3 identificou que mesmo com todo o aparato legal, há um entrave à participação popular nos conselhos. Não há identificação das lideranças por parte da comunidade. A população não participa como poderia e os serviços de saúde não facilitam essa participação. Outro ponto visualizado que também dificulta a participação dos usuários é a falta de humanização por parte de toda a equipe de trabalhadores, que acaba distanciando o profissional e a população. Também contribuindo para a “não” participação da comunidade, o trabalho aponta para a inflexibilidade das regras de funcionamento da unidade de saúde e a ausência de informações a respeito de como funcionam os atendimentos (cartazes, placas explicativas)¹⁶

Com relação à ausência de informações a respeito do funcionamento dos conselhos, o Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde recomenda que os Conselhos de Saúde, com apoio técnico e financeiro dos Gestores do SUS, devem buscar a criação de espaços na mídia escrita, falada, televisiva e eletrônica para divulgar deliberações e informações dos Conselhos de Saúde,⁸ facilitando o acesso a informação e proporcionando que a população se sinta segura para participar. Ainda, o mesmo texto aponta que para contribuir e facilitar a participação da comunidade, os Gestores do SUS, Prestadores de Serviços e Trabalhadores em Saúde devem simplificar o linguajar excessivamente técnico utilizado, para possibilitar melhor compreensão pelos Conselheiros de Saúde e Usuários do SUS.⁸ Novamente fazendo com que a população se sinta segura para participar e interferir quando achar necessário. Também no artigo A6 isso aparece: mesmo com todo o aparato legal que sustenta e ampara a

participação popular, percebe-se ainda no interior dos serviços de saúde um entrave à participação popular, por parte dos trabalhadores da saúde, que utilizam uma linguagem e tem um modo de se expressar demasiado técnico e científico, o que dificulta a comunicação, nega o saber popular e as subjetividades, seja nos encontros individuais ou coletivos, levando a população a não questionar ⁷

A humanização deveria ser eixo articulador de todas as práticas em saúde e destaca o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana: olhar cada sujeito em sua história de vida e como sujeito de um coletivo. Esse é o princípio norteador da política de humanização: Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização. ¹⁹ A humanização parte do princípio de que não se pode “ter” algo que não nos pertença e que não compreendamos. Não se pode querer que a população trate como seu um SUS que fala o que o povo não entende.

No que se refere à inflexibilidade das regras de funcionamento, segundo o manual do Ministério da Saúde “Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. ¹⁷

De nada adianta existirem encontros nos conselhos nos horários em que a população não pode participar ou num local sem acesso ou onde o povo não se sinta a vontade para frequentar.

O artigo A4 não esclarece se há participação popular na gestão da Estratégia de Saúde da Família, mas deixa clara a falta de estímulo à participação popular. Observou-se que mesmo com o aumento da cobertura populacional devido à implantação da estratégia, persistiram obstáculos para que houvesse efetiva participação popular, controle social e cumprimento de outros princípios do SUS. ¹⁸

Faz parte do trabalho dos profissionais de saúde estimular a participação popular. Instâncias formais (como Câmaras de Vereadores e Associação de Moradores) e informais devem facilitar e estimular a população a exercer o seu direito de participar da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor. ¹⁷

O artigo A7 observou que os conselheiros representantes dos usuários não têm orientação alguma a respeito do seu papel, gerando mal entendidos como a utilização do cargo para conseguir consultas médicas entre outros pormenores ou até mesmo para terem visibilidade política. Suas reivindicações seguidamente são por mais consultas denotando que

também precisam saber mais sobre o modelo assistencial do SUS. Não há orientação sobre o funcionamento do conselho e sobre o papel dos conselheiros, também há muita rotatividade. A cultura da não participação, a falta de consciência política e o medo de discriminação levam a isso.¹⁰

Quanto à questão da visibilidade política almejada por muitos que se dispõem a participar dos conselhos, citada no artigo A7, estudo diz que a participação em conselhos não confere visibilidade política, e que mesmo que isso ocorresse, (o crescimento de alguma liderança política) não seria condenável sob nenhum ponto de vista.¹²

O trabalho apresentado no artigo A8 relata que enfermeiras, no exercício de suas funções, estão realizando ações que auxiliam a promoção e o fortalecimento do controle social na saúde, tais como: orientação aos usuários, convite para participarem das reuniões do conselho gestor local, leitura de sugestões deixadas em caixas específicas e divulgação das reuniões do conselho gestor. Essas várias ações mostram que a prática de enfermagem voltada ao controle social na atenção básica já é uma realidade, ainda que precise ser aprofundada e ampliada.¹³

A ligação com os usuários dos serviços de saúde aumenta eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes.²⁰ No caso do artigo A8, isso acontece das duas formas: as enfermeiras utilizam sua autonomia na prática das ações mencionadas e conseqüentemente levam a uma maior autonomia da população, que esta melhor informada e incluída.

Respalhando o trabalho das enfermeiras, relatado no artigo 8 temos entre as características do trabalho das equipes de Atenção Básica, o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida e a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento.⁶ Isso demonstra que o trabalho da equipe de enfermeiras vem ao encontro das características descritas no manual.

O artigo A10 relatou que os profissionais entrevistados (todos de nível superior e mais da metade deles com formação específica, com residência em medicina da família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família) consideram que a participação popular é mais dependente da comunidade do que das suas ações, o que demonstra que as equipes de saúde da família ainda não compreendem a interface entre suas ações e o papel político e ideológico da participação comunitária para a consolidação do novo modelo assistencial²¹

O conceito de humanização é propriamente o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos e mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.¹⁹

Estudo mostra a fragilidade da relação entre equipe de saúde e usuários e a falta de conhecimento e qualificação dos profissionais para o trabalho. “...a relação usuário e profissional está muito abaixo daquela esperada pelo objetivo da Estratégia de Saúde da Família, caracterizando a necessidade de uma qualificação diferenciada dos profissionais, com aquisição de novos saberes, valores e práticas e estabelecimento de vínculo entre a equipe e população para a construção de modelos de atenção voltados para a qualidade de vida.”^{20: 7.}

A educação permanente deve compor permanentemente o conteúdo profissionalizante na graduação, na especialização e nos demais cursos vinculando-a aos polos de educação permanente e às instituições formadoras.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos selecionados e analisados neste trabalho nos levam a concluir que a população não participa de forma plena da gestão do SUS em suas localidades e também traz uma série de motivos para que isso ocorra. Provavelmente os resultados encontrados nestes artigos se repitam na maior parte dos municípios Brasileiros e pelos mesmos motivos. Não pode-se deixar de observar que existem muita legislação e documentos que regem a criação e a implantação do SUS e que deveriam levar a uma participação da população que não ocorre. Essa legislação toda na maioria das vezes não é colocada em prática ou quando é isto não ocorre de forma plena. Problemas de comunicação devido ao linguajar técnico das equipes de saúde, conselheiros e trabalhadores da saúde que não sabem exatamente seu papel ou como deveria funcionar o SUS, a educação permanente que deveria levar a um melhor entendimento população/SUS consequentemente facilitando e estimulando a participação popular não surte o efeito desejado já que o discurso dos trabalhadores da saúde ou mesmo dos conselheiros de saúde não fecha com princípios básicos do SUS. Também não existem

ações regulares de educação em saúde nas USF para a população para que também esta saiba qual o seu papel: participar da implantação e fortalecimento do SUS.

Outro ponto de vista a respeito das leis que regem o SUS é que algumas vezes, a pouca participação popular que se ve acontece apenas para fazer cumprir determinações, não resultando em qualquer ação participativa efetivamente voltada para as necessidades da população. Aliado a tudo isso e também contribuindo negativamente para a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde tem-se nos trabalhos apresentados, relatos de casos em que os conselheiros representantes da população utilizam seus postos nos conselhos para obtenção de favores, consultas médicas e até mesmo para terem visibilidade política.

Referencias:

1 Fuhrmann NL. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. 2003.

2 Rolim BC, Serra CG. Participação popular em saúde: análise do trabalho desenvolvido por Equipes de Saúde da Família no Município de Duque de Caxias/RJ. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2010, p. 658-671, out./dez.

3 Escorel S et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007. 21(2/3).

4 Crevelim MA, Peduzzi MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciência & Saúde Coletiva, 2005, 10(2): 323 a 331.

5 Silva NC, Garnel L, Giovanella L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. Saúde Soc.2010;19 (3):592-604.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 4ª ed. Brasília, 2007.

7 Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2010; 20(4): 1227-1243.

8 Brasil. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996.

9 Martins ALX, Santos SMR. O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. *Saúde Soc.* 2012; 21(supl.1):199-209.

10 Arantes CIS. et al. Controle Social na Saúde: discutindo resultados de uma pesquisa com enfermeiras. *Acta Paul Enfermagem*,2009, 22(4): 417-421..

11 Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002; 7(3):401-412,.

12 Dombrowski O. Os conselhos vistos por fora: um estudo sobre a institucionalização dos Conselhos Municipais. *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia* 25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis, Brasil.

13 Arantes CIS et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da Atenção Básica. *Texto Contexto Enferm*, 2007; 16(3): 470-478.

14 Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(3):795-805.

15 Stralen CJV et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006;11(3):621-632,.

16 Aquino JM et al.. Participação comunitária no contexto da atenção básica em saúde na perspectiva de usuários. *J. res.: fundam. care.* 2014; 6(1):364-377.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília. 1997.

18 Silva MA. et al.. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm*, 2006; 11(2):143-149

19 Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003.

20 Júnior AJF et al. A importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde. *Investigação*, 2008; v. 8; n. 1-3: p. 11–18.

21 Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(6):1187-1193.