

CONTROLE SOCIAL E SAÚDE DA FAMÍLIA: A ANÁLISE DOS(AS) PROFISSIONAIS(AS) DE CAMPINA GRANDE/PB

Tháísa Simplício Carneiro¹, Kathleen Elane Leal Vasconcelos²

¹Universidade Estadual da Paraíba/Departamento de Serviço Social; Rua Antônio Guedes de Andrade, n. 114 – Catolé; thaisasimplicio@hotmail.com

²Universidade Estadual da Paraíba/Departamento de Serviço Social; Rua Antônio Guedes de Andrade, n. 114 – Catolé; kathyleal@yahoo.com.br

Resumo- O presente trabalho visa refletir sobre o controle social no Saúde da Família (SF), a partir da avaliação dos(as) profissionais de Campina Grande/PB. Nesse sentido, objetiva avaliar a forma estes tratam a questão da participação popular, avaliando o papel dos Conselhos Comunitários de Saúde, que se constituem em espaços de controle social em nível local. Para tanto, pauta-se na abordagem qualitativa e faz uso da pesquisa documental, bibliográfica e de campo, utilizando como instrumento a entrevista (gravada) com roteiro semi-estruturado junto aos profissionais de nível superior distribuídos nos seis Distritos Sanitários do município. Os resultados apontam que, apesar das múltiplas contribuições dos Conselhos Comunitários de Saúde para as comunidades onde é efetivado, o controle social no SF configura-se ainda de modo frágil e com inúmeros desafios a serem superados, dentre os quais destacam-se a necessidade de sensibilização/entendimento de gestores e profissionais do SF sobre o papel da participação social na gestão pública e a forma de participação da própria comunidade.

Palavras-chave: Controle social; Profissionais; Saúde da Família.

Área do Conhecimento: Ciências Sociais Aplicadas

Introdução

A partir de meados da década de 1970, a expressão *controle social* passou a ser alvo de discussões em diversos setores da sociedade brasileira, embora com significado diferente daquele que tinha na sociologia clássica (coerção do Estado sobre a sociedade): passa a ser utilizada como sinônimo da participação social nas políticas públicas (CORREIA, 2006). Isso ocorre em um contexto em que diversos movimentos populares lutaram pelo processo de redemocratização do país. Neste sentido, o termo é incorporado ao arcabouço jurídico da Constituição Federal de 1988, a qual passou a entender o controle social como instrumento de fiscalização e elaboração das políticas públicas por parte da sociedade civil organizada.

No setor da saúde, dentre as conquistas adquiridas na Constituição Federal de 1988, destaca-se o controle social na saúde, cuja regulamentação se deu através da lei 8.142/90, institucionalizando a participação popular em cada esfera governamental, por meio das Conferências e dos Conselhos do setor em destaque.

É importante explicitar que, além destes, existem outros espaços de participação que não estão previstas na citada legislação, a exemplo dos Conselhos Distritais, Conselhos Gestores de Unidades de Saúde e Conselhos Comunitários de

Saúde, sendo que estes últimos são os que priorizamos em nossa análise.

Nesta, nos voltamos para o Saúde da Família (SF), que passou a ser implementada, a partir de 1994, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorganizar o Sistema Único de Saúde e, portanto, de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. O seu eixo de abordagem se pauta na *família*, trabalhando com adscrição de clientela para uma equipe multiprofissional, cujas práticas devem enfatizar a promoção e prevenção em saúde.

Dentre os objetivos do SF destaca-se o estímulo ao controle social da população. Em alguns municípios, isso tem sido efetivado, conforme aponta Goulart (2007), através dos Conselhos Comunitários (ou Locais) de Saúde, que contam com o envolvimento dos diversos espaços de mobilização das comunidades atendidas, de modo a envolver os profissionais de saúde e membros da comunidade na busca por melhorias nas condições de saúde da população.

Metodologia

O presente estudo pauta-se numa abordagem qualitativa. Tem como *locus* o município de Campina Grande/PB e como sujeitos os profissionais de nível superior atuantes no SF (profissionais de enfermagem, medicina, odontologia e serviço social). Como amostra,

delimitou-se uma equipe básica completa de cada um dos seis Distritos Sanitários do município em tela, totalizando 23 sujeitos.

Para o trabalho de campo, realizado no período de dezembro de 2006 a junho de 2007, utilizou-se a entrevista com roteiro semi-estruturado, gravada em MP3 player.

Ressalta-se que foram seguidas as exigências contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196/96, referente à assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos entrevistados, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba.

Para análise dos dados, lançou-se mão da técnica de análise de conteúdo.

Resultados

Partindo das questões acima evidenciadas, buscou-se, no atual estudo, analisar a concepção dos profissionais do SF de Campina Grande sobre o controle social; avaliar a forma como os profissionais tratam a questão do controle social; bem como verificar a efetivação dos Conselhos Comunitários de Saúde no cotidiano das equipes.

A partir da indagação sobre a concepção de controle social e a importância dos CCS para o SF, as(os) profissionais entrevistados sinalizaram duas tendências. A primeira delas entende os Conselhos como espaços de interlocução entre usuários e profissionais, onde se discutem os problemas da comunidade, inclusive aqueles relativos às unidades de saúde, funcionando também como um canal de avaliação dos serviços em saúde em nível local.

Em uma concepção mais ampliada, parcela considerável dos sujeitos entrevistados considera que os Conselhos Comunitários funcionam como verdadeiro canal de reivindicações, organização e mobilização popular, trazendo conquistas que vêm a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, conforme resume o seguinte depoimento:

“Eu acho que através do Conselho, [...] a comunidade pode estar se juntando, pode estar se organizando, se mobilizando, reivindicando, com relação não só a, especificamente, à Unidade de Saúde da Família, mas [aos problemas da] comunidade como um todo” (ENTREVISTADA 11).

Quando indagados sobre a existência dos conselhos nas comunidades atendidas, apesar de todos(as) entrevistados(as) reconhecerem a necessidade e importância destas entidades, diversas equipes, especialmente aquelas formadas por profissionais que entraram no SF

após o último concurso², alegam que este ainda não foi formado na área onde trabalham, mesmo após 09 meses de atuação.

Já os profissionais que estão em equipes que existiam responderam que o CCS vem funcionando, embora com diversas dificuldades, dentre as quais eles(as) enfatizaram os desafios na mobilização e envolvimento da população nos Conselhos. Segundo algumas entrevistadas, as debilidades na participação popular acontecem porque a comunidade ainda não despertou para a necessidade da organização e mobilização popular, conforme sintetiza uma entrevistada ao afirmar que “a comunidade ainda não está com essa consciência de buscar os seus direitos” (Entrevistada 04). Desse modo, a condução e organização dos CCS acabam ficando mais a cargo das equipes, o que remete a uma série de indagações sobre a efetividade da participação social no atual cenário. Nesse sentido, vale pontuar que

“As fragilidades no tocante à participação comunitária e ao processo organizativo não são exclusivas dos Conselhos Comunitários de Saúde: as transformações societárias em curso têm fomentado a descrença em projetos coletivos, afetando sobremaneira as organizações populares e movimentos sociais, refletindo-se na debilidade da participação, na desmobilização e no enfraquecimento de suas lutas” (SILVEIRA, SILVA e VASCONCELOS, 2005, p.08).

Em outro ângulo de análise, alguns(as) profissionais entrevistados(as) apontaram que a experiência de organização dos CCS depende também da própria compreensão da **equipe** sobre o processo de controle social. Ou seja, por ainda não haver um maior entendimento por parte dos profissionais acerca do significado do termo controle social, os mesmos não o identificam enquanto instrumento democrático e viabilizador do controle social no âmbito local. Dentre as entrevistas, encontramos uma colocação justamente neste sentido: questionando o papel de avaliador das ações das equipes de saúde que o CCS tende a assumir e afirmando que o CCS deveria se constituir “apenas” em um espaço de luta mais geral e não em um instrumento de avaliação do trabalho desenvolvido pelas equipes:

“E a gente vê como ele [o CCS], um local que tão importante, como eles [os usuários] usam com **denúncias vagas** [sobre o trabalho da equipe]...”

² Para maior compreensão do(a) leitor(a), destacamos que em junho de 2006 houve o primeiro concurso público para o Saúde da Família no município, causando mudanças no quadro de profissionais.

Que era um local que, ao meu ver, seria assim, um local assim [trataríamos de questões como] 'Nós temos muita poeira aqui, então vamos reivindicar calçamento'" (ENTREVISTADA 18).

Outro fator relevante que aparece em algumas entrevistas é a maneira como a própria gestão municipal concebe e trata o controle social. Em relação a isso foi destacada, pelos(as) entrevistados(as), a questão do retrocesso em relação à composição das equipes na atual gestão: como fruto de uma intensa mobilização em nível local, o profissional de serviço social passou a compor as equipes básicas do SF local, na proporção de um profissional para duas equipes. Uma de suas maiores atribuições era incentivar a mobilização popular e o controle social, especialmente através dos CCS. Entretanto, com a mudança da gestão municipal, esses profissionais só permaneceram no programa em virtude de reivindicações locais, mas em uma proporção extremamente maior (um profissional para entre 4 e 7 equipes), o que certamente compromete o trabalho que vinha sendo realizado, especialmente no que se refere ao controle social.

No tocante, ainda, à compreensão da gestão municipal em relação a tal princípio constitucional, vale relatar a situação vivenciada em uma das equipes: praticamente desde a implantação do SF no município, as equipes são orientadas a incentivarem a criação e fortalecimento dos CCS, como anunciamos em momento anterior. Em termos operacionais, havia no planejamento das equipes um turno mensal destinado às reuniões do CCS, com participação de todos profissionais. No entanto, a atual gestão decidiu modificar o turno de encontro e autorizar a participação nele de apenas *um* membro da equipe, enquanto o restante ficaria realizando atendimento clínico. O Conselho do referido bairro, entretanto, decidiu questionar a postura da Secretaria Municipal de Saúde e, após alguns embates, conseguiu a manutenção da forma como o processo vinha ocorrendo.

Além disso, chamou a atenção a denúncia feita por um dos entrevistados ao discorrer sobre seu interesse em iniciar juntamente com a equipe, o processo de mobilização popular para a criação do CCS:

Aqui não tem ainda [CCS], a gente está tentando lutar, montar esse Conselho, que a Secretaria não quer que a gente articule isso e que monte [...] (ENTREVISTADO 19).

Diante dos fatos acima sinalizados, se pode perceber que a postura explicitada pela gestão sinaliza a (in)compreensão sobre o significado do controle social e de sua importância para a construção de um novo modelo de atenção à

saúde, quando requisita das equipes do SF apenas a ênfase no atendimento clínico, mais uma vez afirmando um modelo voltado para o atendimento curativo.

Discussão

A pesquisa ora exposta mostra que o exercício do controle social em Campina Grande, através dos Conselhos Comunitários de Saúde, configura-se ainda, de modo frágil e em têm inúmeros desafios a serem superados, como se percebe em estudos sobre a referida temática (SILVEIRA, SILVA e VASCONCELOS, 2005; SILVA 2005; LACERDA, 2005).

Em relação às dificuldades e desafios para a consecução do controle social nas áreas atendidas pelo SF, dentre os quais se destacam a necessidade de sensibilização da gestão; a premência de maior envolvimento e compreensão dos profissionais e usuários, uma das profissionais elaborou uma análise profunda sobre a realidade vivenciada pelos CCS:

"É outro desafio pra o programa [SF], essa questão do controle social. Então essa **questão da organização é muito complicada**, não é? Assim, existem vários fatores que podem possibilitar essa organização ou não. (...) Então eu acho que o conselho realmente, se ele acontecer e se a comunidade realmente participar e se organizar, se mobilizar, que isso **é um processo longo**, ele não acontece de um dia pra o outro. (...) Mas eu acho que é um processo longo, demorado, mas que a gente precisa está, esforçando mesmo. Eu acho que só através do controle é que a gente consegue realmente ter uma saúde melhor e as pessoas conseguem, também, ter uma melhor qualidade de vida (ENTREVISTADA 11).

Vale ressaltar que, apesar das limitações, os sujeitos apontam que a experiência vivenciada nos Conselhos Comunitários de Saúde têm trazido múltiplas contribuições para as comunidades atendidas, seja através de melhorias trazidas para o bairro, seja na organização de eventos de promoção à saúde, citados por boa parte dos(as) entrevistados(as). Em alguns depoimentos, aparecem referências a experiências³ de "Capacitações para Conselheiros Comunitários de Saúde"⁴, bem como "Rodas de Diálogos"⁵ e as

³ Trata-se da organização de momentos de formação para os(as) conselheiros(as) comunitários(as), onde se discutem temáticas como o significado do controle social, a política de saúde, os direitos dos usuários do SUS.

“Reuniões Itinerantes”⁶, todas geralmente conduzidas por assistentes sociais. Além disso, os CCS também têm contribuído com o trabalho das equipes, quando reivindica condições de trabalho e insumos para as equipes junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Conclusão

Em meio a esta breve discussão do presente trabalho, percebe-se a grande fragilidade do estímulo ao controle social no cotidiano das equipes de Saúde da Família em Campina Grande/PB.

Neste sentido, há um longo percurso a ser seguido, que vai desde a forma de participação da popular nos espaços de controle social, passando pela sensibilização/entendimento de gestores e profissionais do SF sobre o papel da participação social na gestão pública.

Além disso, como afirmam Silveira, Silva e Vasconcelos (2005), a consolidação do SUS impõe como desafio o exercício cotidiano do controle social por parte dos sujeitos que acessam os serviços de saúde e não deve se restringir aos espaços formais dos conselhos e conferências. Daí a necessidade de fortalecer os conselhos comunitários, bem como de articulação dessas instâncias com as representações da sociedade civil nos diversos conselhos setoriais, já que os CCS's se encontram, em tese, mais próximos do cotidiano dos usuários.

Pode-se perceber, então, que a experiência de concretização deste princípio constitucional requisita da população e dos profissionais de saúde um aprendizado político para que se possa, através de práticas democráticas e participativas, construir de fato um novo modelo de atenção à saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al (orgs) **Serviço Social e**

Saúde – Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006.

FARIAS, A.F.da M.R. **Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família em Campina Grande**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, 2005.

GOULART, Flávio. **Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos**. Uberlândia: EDUFU, 2007.

GUIMARÃES, E.D. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande: origem, implantação e seu papel na atenção básica à saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, 2006.

LACERDA, W. A. de. **A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande-PB: a efetividade do processo na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais**. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Sociedade). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, 2005.

PÉRET, T. C. **O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas**. A experiência desenvolvida no município de Campina Grande – 1994- 1999. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica – PUCRJ, Rio de Janeiro, 2001.

SILVEIRA, S. A. S.; SILVA, M. J. M.da; VASCONCELOS, K.E.L. **Conselhos Comunitários de Saúde: espaços de ampliação da democracia participativa?** Campina Grande, 2005. Mimeografado.

SOUZA, 2006. Participação e Controle Social. SALES, A. P.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (Org.). **Política social, Família e Juventude**. São Paulo, Cortez, 2004.

⁵ Experiência vivenciada por uma das equipes, que consistiu na descentralização das reuniões do CCS, ocorrendo em ruas do bairro, envolvendo diversos usuários e a equipe do SF na discussão dos problemas de saúde.

⁶ Tal experiência se deu em determinada comunidade, onde algumas das reuniões do Conselho foram realizadas com grupos educativos organizados pelas equipes, como o de hipertensos e diabéticos, e não apenas num turno específico para tais reuniões.