

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

RODRIGO SILVEIRA PINTO

**ASPECTOS DA SAÚDE DA COMUNIDADE E DO CONTROLE
SOCIAL COMO FERRAMENTAS DE OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Porto Alegre
2014

RODRIGO SILVEIRA PINTO

**ASPECTOS DA SAÚDE DA COMUNIDADE E DO CONTROLE
SOCIAL COMO FERRAMENTAS DE OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada por **Rodrigo
Silveira Pinto** para obtenção do grau de
Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Silveira de
Castro

Porto Alegre

2014

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, em nível de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 22.12.2014, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof^a. Dra. Denise Bueno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dra. Silvana Nair Leite

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Silveira Pinto, Rodrigo
ASPECTOS DA SAÚDE DA COMUNIDADE E DO CONTROLE
SOCIAL COMO FERRAMENTAS DE OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE / Rodrigo Silveira
Pinto. -- 2014.
101 f.
Orientador: Mauro Silveira de Castro.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de
Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto
Alegre, BR-RS, 2014.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Participação
Comunitária. 3. Conselhos de Saúde. I. Silveira de
Castro, Mauro, orient. II. Título.

Este trabalho foi desenvolvido na Faculdade de Farmácia da UFRGS e no município de Doutor Ulysses – PR. O autor recebeu bolsa de estudos da FAPERGS.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Antônio e Maria Aparecida, por serem meu pilar de sustentação, me motivando e apoiando meus passos.

Ao Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro, por sua visão transformadora sobre as relações humanas e sobre o cuidado do próximo, por ter me orientado neste trabalho e pelos longos debates filosóficos, contribuindo assim para meu crescimento profissional, acadêmico e humanístico.

Aos meus amigos de longa data, Victor e Magno, por me estimularem a seguir a carreira acadêmica e construir meu primeiro projeto de pesquisa.

Ao grande amigo Carlos Leopoldo, seu pai, Lídio Ferreira Nunes (*in memoriam*) e à família Nunes, pela acolhida em terras porto-alegrenses.

Ao prefeito José e a secretária de saúde Salete, do município de Doutor Ulysses, que sempre mantiveram a porta aberta para a realização deste trabalho.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Doutor Ulysses e especialmente aos conselheiros André, Juninho, Orlando, Ezequiel e Rozélio, por todo o aprendizado e vitórias do Controle Social.

Ao Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica, em especial aos Membros Agnes, Márcia e Gabriel, pelos debates e construção de uma visão diferente da atuação do profissional farmacêutico.

À minha amada Cristiane, por ter me dado um sentido de viver e por todo o apoio nos altos e baixos desta caminhada.

RESUMO

Desde 1978, o nível primário de saúde, conhecido como Atenção Primária em Saúde (APS) é colocado como a melhor forma para alcançar o objetivo de “saúde para todos no ano 2000” pactuado pelos países membros naquela época. Este nível de atenção preza pela orientação comunitária e familiar além do indivíduo, com foco maior na prevenção e promoção da saúde. Com o passar dos anos a APS foi aplicada de formas diversas nos países e também os desafios a serem enfrentados também mudaram, exigindo uma renovação na Atenção Primária. Em todos os documentos produzidos, a orientação e participação comunitária é tida como importante, mas pouco se tem de concreto de como realizar esta participação. No Brasil, existem duas instâncias responsáveis em parte para ampliar o controle da comunidade sobre as ações de saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde. Porém, a efetividade destes órgãos foi pouco avaliada por pesquisadores. Este trabalho possui dois objetivos que serão apresentados em dois artigos: ampliar a discussão sobre a Saúde da Comunidade e avaliar três gestões consecutivas de um Conselho de Saúde de um município de pequeno porte no Estado do Paraná, onde ocorreu um diagnóstico e uma intervenção para melhorar as suas funções. No primeiro artigo, com base na literatura atual, debate-se o que é Saúde da Comunidade, apresenta-se algumas ferramentas que podem ser utilizadas na APS, situa-se como estão sendo organizados os serviços voltados à Saúde da Comunidade e propõe-se um novo modelo neste enfoque para o Brasil. No segundo artigo, fez-se um estudo de caso das três gestões do conselho, extraindo dados dos documentos produzidos, entrevistas aos conselheiros e gestores além da identificação de fatores-chave pelos pesquisadores que foram atores do processo. A análise da resolutividade do conselho se fez pela triangulação dos métodos. Encontrou-se grande mudança na atuação do conselho com o passar das gestões, isso devido a presença de um líder, que conseguiu criar um ambiente de implementação entre os conselheiros, que se sentiram mais estimulados a participarem e mudarem o papel desta instituição no município.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Participação Comunitária. Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

Since 1978, the primary health care level, known as Primary Health Care (PHC) is placed as the best way to achieve the goal of "health for all by 2000" agreed by member states at that time. This level of attention stands for Community and Family Guidance beyond the individual, with greater focus on prevention and health promotion. Over the years the PHC has been applied in various ways in the countries and also the challenges to be faced also changed, requiring renovation in Primary Care. In all produced documents, community orientation and participation is seen as important, but little has been concrete on how to perform this participation. In Brazil, there are two institutions responsible in part for the improve community control over health actions, Conferences and Councils of Health. However, the effectiveness of these institutions was poorly evaluated. This work has two objectives that will be presented in two papers: expanding the discussion on Community Health and evaluate three consecutive administrations of a Council of Health of a small city in the state of Paraná, where a diagnosis and an intervention was to improve their functions. In the first paper, based on the current literature, debate is what is the Community Health, presents some tools that can be used in PHC, stands as being the organized services for the Community Health and proposes a new model in this approach to Brazil. In the second paper, it became a case study of three administrations of the Council, extracting data produced documents, interviews with councilors and public managers beyond the identification of key factors by researchers who were actors in the process. The analysis of the solving of the Council was made by triangulation of methods. Met great change in the performance of the Council over the management actions, that due to the presence of a leader who has managed to create an implementation climate among councilors, who felt more encouraged to participate and change the role of this institution in the city.

Keywords: Primary Health Care. Consumer Participation. Health Councils.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

9ª CMS	9ª Conferência Municipal de Saúde
APOC	Atenção Primária Orientada à Comunidade
APS	Atenção Primária em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAS	Sistemas de Atenção à Saúde
SCOC	Saúde Coletiva Orientada à Comunidade
SSAPS	Sistema de Saúde Baseado em Atenção Primária em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

Figura 1 – Processo da atenção primária orientada à comunidade	32
Figura 2 – Desenvolvimento da SCOC	34
Figura 3 – Fluxo de informações e ações da APOC e da SCOC no Sistema Único de Saúde	40

ARTIGO 2

Figura 1 – Triangulação de métodos para análise da intervenção realizada no Conselho Municipal de Saúde de Doutor Ulysses para aumentar sua resolutividade	56
Figura 2 – Categorização das Unidades de Contexto Elementares das entrevistas	64

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO 2

Gráfico 1 – Intervenções orais nas reuniões do conselho	62
Gráfico 2 – Intervenções orais dos conselheiros mais ativos	62
Gráfico 3 – Resolutividade do Conselho de Saúde de Doutor Ulysses	66

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Princípios da atenção primária orientada à comunidade	31
--	----

ARTIGO 2

Tabela 1 – Dados gerais da extração de dados dos documentos do CMS	61
Tabela 2 – Temas de debate pelo Conselho de Saúde	63
Tabela 3 – Fatores-chave identificados pelos pesquisadores	65

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	ARTIGOS	20
3.1	RENOVANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ENFOQUE VOLTADO À COMUNIDADE.	20
	INTRODUÇÃO	22
	SAÚDE DA COMUNIDADE	25
	FERRAMENTAS PARA USO NO PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE PARA DIAGNÓSTICO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	28
	Atenção primária orientada à comunidade	28
	A saúde coletiva orientada à comunidade	33
	SAÚDE DA COMUNIDADE NO BRASIL	35
	Utilizando a APOC e a SCOC no Sistema Único de Saúde	37
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	43
3.2	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DO CONTROLE SOCIAL: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, INTERVENÇÃO MONITORADA E RESULTADOS PARA O CONSELHO, SEUS MEMBROS E A COMUNIDADE	47
	INTRODUÇÃO	51
	MÉTODO	53
	Cenário	53
	Intervenção realizada	54
	Delineamento e coleta de dados	56
	Análise documental	57
	Entrevista de atores que vivenciaram as atividades do Conselho	58
	Percepção dos pesquisadores que participaram dos fatos	59
	RESULTADOS	60

	Dados sobre a atuação de conselheiros antes, durante e depois de intervenção buscando o aumento da corresponsabilidade.	60
	Entrevistas	64
	Participação dos pesquisadores	64
	Triangulação	66
	DISCUSSÃO	66
	CONCLUSÃO	73
	REFERÊNCIAS	74
4	DISCUSSÃO GERAL	76
5	CONCLUSÕES GERAIS	80
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICES	84
	APÊNDICE A – Temas de debate do Conselho de Saúde	85
	APÊNDICE B – Categorização das Unidades de Contexto Elementares	87
	APÊNDICE C – Resolutividade do Conselho	95
	APÊNDICE D – Ramificação dos debates no Conselho	97

1 INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Atenção à Saúde (SAS) constituem-se de respostas sociais deliberadamente organizadas, para atender demandas e preferências sociais que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares (Mendes, 2010). Durante o século XX, os SAS passaram por diversas mudanças na sua forma de planejar e gerenciar os serviços de saúde para acompanhar as transformações demográficas, epidemiológicas e políticas da sociedade. A principal mudança foi o maior enfoque no nível primário de saúde, conhecido como Atenção Primária em Saúde, onde a APS foi entendida como a melhor abordagem para se alcançar a meta proposta de “saúde para todos no ano 2000” (OMS, 1978).

Definiu-se APS como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu crescimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

A APS foi então aplicada nos países, mas não de uma maneira uniforme. Por meio de sua implementação nas Américas, um impacto positivo ocorreu na saúde da sociedade em muitos aspectos. Mas alguns problemas não foram superados e novos agravos surgiram, sendo demandada uma renovação na forma de entender e aplicar a APS nos países (OPAS, 2007).

Um dos focos de atuação da APS é a comunidade, além de indivíduos e famílias. Essa ação deve englobar a participação da comunidade nas decisões de saúde, ações e serviços diferenciados de acordo com suas características sociais e culturais, não somente em relação a características epidemiológicas (OMS, 1978). Comunidade não possui um conceito concreto no escopo das políticas e sistemas de saúde. Ela pode ser definida por características populacionais, geográficas ou epidemiológicas no planejamento em Saúde. Este conceito dinâmico gera

interpretações e ações diversas sobre a Saúde da Comunidade, que nem sempre causam impacto concreto em sua qualidade de vida (Merzel e D’Affiliti, 2003).

Dentro deste contexto, o Brasil trabalha continuamente o processo reorganização de seu sistema de saúde. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil), a saúde foi colocada como

direito de todos e um dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Ela também preza a organização de um sistema único, que seja organizado seguindo as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e a participação da comunidade (Brasil, 1988).

Com isso, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das leis 8.080 e 8.142 (Brasil 1990a, b), que traduzem essas diretrizes. O SUS se organizou inicialmente de forma fragmentada, através de três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), constituídos de pontos de atenção isolados e fracamente comunicados uns entre os outros e que por consequência não conseguiam prestar um cuidado contínuo a saúde da população (Mendes, 2010). Algumas estratégias foram essenciais para a mudança deste quadro.

A reorganização do SUS no Brasil se deu por fortalecimento da APS, a criação de maneiras mais eficientes de relacionamento entre os níveis de atenção e a ampliação da participação da comunidade nas decisões em saúde. O fortalecimento da APS se deu por meio da criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e a unificação das resoluções relacionadas ao tema com a Política Nacional de Atenção Básica. A ESF foi implementada como uma estratégia de reorganização do SUS, focado na descentralização das ações de saúde e de mudança da visão biologicista de profissionais e gestores, para uma visão voltada para a família e seus determinantes. Cada ESF é constituída por uma equipe de profissionais de saúde definida, que se responsabiliza pelas necessidades de saúde de uma determinada população. (Brasil, 1997, 2011b) Em 2008, a portaria 154 (BRASIL 2008), estabelece os NASFs, tendo como objetivo ampliar a abrangência da atenção básica, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços. Uma das características do NASF é que ele é constituído por equipes de profissionais de diversas áreas do conhecimento, podendo ser elencadas conforme as necessidades das comunidades, e não devem servir como porta de entrada do sistema, mas sim

atuar a partir de demandas encontradas pelas equipes das ESF. Todas as portarias que regiam a APS no Brasil também foram unificadas, criando a Política Nacional de Atenção Básica em 2006, que sofreu atualizações e nova publicação em 2011 (Brasil). Esta Política norteia todas os conceitos, objetivos e estratégias para implementação e funcionamento da APS no país.

Para a finalidade de reorganizar os níveis de atenção entre si, estão sendo implementadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, 2011a). Nas RAS, a relação hierárquica entre os níveis de atenção à saúde é substituída por uma relação horizontal, com a APS tendo posição central de todo o cuidado prestado (Mendes, 2010). Porém a implantação destes serviços não está garantindo todo o potencial de benefícios para a comunidade (Roncali, 2011).

A participação da comunidade nas decisões de saúde no Brasil se dá de diversas formas. Institucionalmente, a comunidade tem participação assegurada por lei nas decisões de saúde no Brasil por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (Brasil, 1990b). Estes órgãos têm a função de analisar e propor diretrizes para a política de saúde, acompanhar seu andamento e fiscalizar, inclusive nos aspectos financeiros da União, dos estados e dos municípios. Eles têm formação paritária, em que 50% de seus membros com direito a voto devem ser representantes dos segmentos sociais, 25% de profissionais de saúde e 25% dos gestores juntamente com os prestadores de serviços. Existem outros canais que possibilitam a participação, como os conselhos locais de saúde, fóruns de trabalhadores, Ministério Público, as ouvidorias, a pressão popular e a judicialização (Coelho, 2012). Existe um debate sobre a efetividade desta participação, principalmente em relação ao Conselho Municipal de Saúde e sua real contribuição para a melhoria dos serviços (Lyra, 2007) e na própria atuação da comunidade pelos demais canais citados (Coelho 2012).

Torna-se necessário realizar uma discussão sobre o papel de uma comunidade no sistema de saúde, bem como a avaliação do principal instrumento de inclusão desta nas decisões do SUS. O presente estudo foi desenvolvido utilizando a leitura crítica dos principais documentos norteadores e legislações pertinentes da APS e do Controle Social no Brasil e alguns dos produzidos pelas Organização Mundial de

Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, aliado aos trabalhos acadêmicos que discutem o papel da comunidade e os serviços focados na Saúde da Comunidade.

O foco deste trabalho é apresentar intervenções aplicadas à Saúde da Comunidade, além de identificar os fatores que transformaram o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de um pequeno município do Estado do Paraná em um órgão representativo da comunidade de sua jurisdição.

Esta dissertação está organizada em capítulos, sendo apresentados dois artigos, discussão geral e considerações finais sobre o tema.

O Artigo 1, **“RENOVANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ENFOQUE VOLTADO À COMUNIDADE”**, traz a discussão sobre a Saúde da Comunidade por meio de um resgate dos principais documentos do Brasil e do mundo sobre a orientação comunitária dos serviços de saúde, principalmente a APS. Debate-se o termo Saúde da Comunidade de acordo com vários autores, mostrando também ferramentas que podem ser utilizadas pelo serviço de saúde para este fim. Destaca-se entre as ferramentas utilizadas a Atenção Primária Orientada à Comunidade (APOC) e a Saúde Coletiva Orientada à Comunidade (SCOC), abordagens que podem ser adaptadas a diversas realidades, além também de poder auxiliar no gerenciamento de todo um sistema de saúde (Gofin e Gofin, 2011). Apresenta-se a situação atual da Saúde da Comunidade e da participação comunitária no Brasil, propondo uma maneira de incluir a APOC e SCOC nas atividades já realizadas com o fim de sua otimização.

O Artigo 2, **“CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DO CONTROLE SOCIAL: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, INTERVENÇÃO MONITORADA E RESULTADOS PARA O CONSELHO, SEUS MEMBROS E A COMUNIDADE”**, é discutido o papel do Conselho Municipal de Saúde, por meio da experiência de um município pequeno que se localiza na região metropolitana de Curitiba, chamado Doutor Ulysses. Neste município ocorreu um diagnóstico da atuação do CMS e por meio deste diagnóstico, ações foram tomadas para ampliar a capacidade de Controle Social no ano de 2011. Foi realizado um estudo de caso perpassando as três gestões do conselho (pré-intervenção, diagnóstico-intervenção e pós-intervenção) utilizando extração de dados dos documentos produzidos, entrevistas com os conselheiros e gestores e a identificação de fatores chave pelos pesquisadores, que também atuaram no processo de diagnóstico e intervenção. Para análise, foi feita a triangulação de métodos (Oliveira, 2007) detectando a

resolutividade do CMS nas três gestões e identificando os fatores responsáveis pela mudança encontrada.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir fundamentos teóricos que sejam incorporados as políticas de Atenção Primária voltados para a comunidade e Controle Social no Sistema Único de Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar ferramentas de intervenção na Saúde da Comunidade e propor uma forma de contribuir com este enfoque no Sistema Único de Saúde;
- Comparar a efetividade de um Conselho de Saúde de um município de pequeno porte nas gestões antes, durante e após uma intervenção realizada para ampliar seu poder de Controle Social.

3 ARTIGOS

3.1 RENOVANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ENFOQUE VOLTADO À COMUNIDADE.

Rodrigo Silveira Pinto¹

Mauro Silveira de Castro¹

RESUMO: Os sistemas de atenção à saúde passaram por diversas mudanças no decorrer do século XX, com a finalidade de enfrentar os desafios presentes e futuros da saúde pública. A principal mudança foi a defesa da Atenção Primária em Saúde, principalmente após a conferência realizada na cidade de Alma-Ata em 1978, onde se projetou alcançar “a saúde para todos no ano 2000”. Assim, cada país, seguindo as orientações de Alma-Ata, implementou este nível de atenção. Muitos resultados foram alcançados, mas frente aos novos desafios - entre eles a transição epidemiológica e a iniquidade de saúde - este nível de atenção foi renovado e pensado não só como um serviço isolado, mas como organizador de todo o sistema. O Brasil está implementando as Redes de Atenção em Saúde, com a atenção primária como centro do sistema. Todos os documentos norteadores deste enfoque trazem a forte orientação comunitária do serviço, mas não definem com clareza o que é uma comunidade e nem como o serviço deve ser orientado a este grupo. Este artigo tem como objetivo, apresentar abordagens voltadas à prática de saúde com a comunidade dando enfoque a duas abordagens que podem ser adaptadas para diversas realidades (Atenção Primária Orientada à Comunidade e Saúde Coletiva Orientada à Comunidade), apresentar como a Saúde da Comunidade está sendo conduzida no Brasil e propor um modelo de como incluir estas duas abordagens no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde Comunitária. Participação Comunitária. Planejamento em Saúde.

¹ Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica - UFRGS

RENEWING PRIMARY HEALTH CARE FOR A BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: A COMMUNITY-FOCUSED APPROACH

ABSTRACT: The health care systems have undergone several changes during the twentieth century, in order to meet the present and future challenges of public health. The main change was the defense of Primary Health Care, especially after the conference held in the city of Alma-Ata in 1978, which was designed to achieve "health for all by 2000". Thus, each country, following the guidelines of Alma-Ata, implemented this level of attention. Numerous results have been achieved, but the face of new challenges, including the epidemiological transition and the health inequity the Primary Health Care was renovated and designed not only as an isolated service, but also as a manager of the whole system. Brazil is also implementing the Health Care Networks, also with primary care as the center of the system. All documents guiding this approach bring strong community orientation, but not clearly define what a community or how the service should be directed to this group. This paper aims to present-oriented approaches to health practice with the community by focusing on two approaches that can be adapted to different realities (Community Oriented Primary Care and Community Oriented Public Health), presenting as Community Health is being conducted in Brazil and propose a model of how to include these two approaches in the Brazilian Health System.

Keywords: Primary Health Care. Community Health Services. Consumer Participation. Health Planning.

INTRODUÇÃO

O entendimento do que é uma comunidade varia conforme a região e o contexto em que é utilizada a expressão, causando impactos nos sistemas de saúde. Para os profissionais esse entendimento ajuda a selecionar os serviços de saúde a serem oferecidos, onde melhor alocar os recursos disponíveis e quais as melhores ferramentas para medir as intervenções. Para os usuários dos sistemas de saúde, a definição do termo é importante, pois determina ou não acesso a pontos de atenção à saúde.

O nível de atenção à saúde voltado principalmente à Saúde da Comunidade é conhecido como Atenção Primária em Saúde (APS). Este modelo é defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mais enfaticamente, após a conferência realizada na cidade de Alma-Ata em 1978, onde se discutiu cuidados primários em saúde, se projetou alcançar a “saúde para todos no ano 2000” e se definiu APS como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu crescimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

A partir do entendimento destas diretrizes, cada região no mundo passa a implementá-las. Essa implementação foi diferenciada em cada país, devido aos diferentes sistemas políticos e sociais (OPAS, 2003) e as diretrizes ambiciosas e abrangentes descritas na Declaração de Alma-Ata (Tejada de Rivero, 2003).

Vuori cita quatro abordagens diferentes da Atenção Primária em Saúde utilizadas por países (1984):

- APS Seletiva: conta somente como um conjunto de ações específicas voltadas para a população pobre, em essência para crianças e mulheres ou em casos de doenças específicas. Foi o enfoque mais utilizado pelos países das Américas;

- Atenção Primária: O primeiro nível de atenção à saúde, a porta de entrada dentro do sistema onde geralmente se encontram médicos atuantes com especialização em clínica médica, que avaliam e ditam o caminho dos indivíduos dentro dos outros níveis de atenção;
- APS abrangente: Este enfoque segue o conceito definido de Atenção Primária pensado em Alma-Ata. Neste modelo, além da APS não ser somente vista como primeiro nível de atenção à saúde, mas sim como estratégia de organização de todo o sistema, participa em promover desenvolvimento social e econômico à comunidade, além de serviços totalmente integrados e horizontais com a APS;
- Enfoque em Saúde e Direitos Humanos: nesta abordagem, é enfatizado que a saúde é entendida como direito humano e aborda mais fortemente os determinantes sociais e políticos de saúde, atuando de forma intersetorial e influenciando aspectos financeiros e legais além dos clínicos;

Grandes progressos foram alcançados com a APS. Na região das Américas houve melhora nos indicadores de saúde de quase todos os países: redução da mortalidade geral e infantil, com destaque nas reduções de mortalidade das doenças transmissíveis, cardiovasculares e de condições perinatais, além do aumento da expectativa de vida (OPAS, 2012). Alguns desafios ainda não foram superados. A iniquidade em saúde ainda é uma realidade a ser enfrentada. Sessenta por cento da mortalidade materna ocorre em 30 por cento dos países mais pobres e a expectativa de vida entre ricos e pobres difere em quase 30 anos em alguns países (OPAS 2002). Além disso, a própria região passa por diversas mudanças em aspectos demográficos, sociais, econômicos, políticos, ambientais e na gestão de alertas sanitários e de desastres, o que faz necessário discutir continuamente o sistema de saúde e o papel da APS neste cenário.

Os debates para fortalecimento da APS foram retomados em 2003, por meio de uma resolução publicada pela OPAS/OMS (2003), que instava os países membros a adotarem algumas recomendações para aprimorar a APS, entre estas considerar seus princípios para atingir os Objetivos do Milênio (ONU, 2014) e avaliar sistemas baseados em APS. Foi criado um Grupo de Trabalho sobre APS para guiar as ações futuras a serem tomadas, por meio de conferências internacionais e a circulação de um documento preliminar sobre a renovação da APS, em que mais de 20 países

fizeram consultas nacionais, e a versão final publicada em 29 de setembro de 2005, conhecida como Declaração de Montevideu. (OMS/OPAS, 2005).

Em 2007, foi publicado um documento de posicionamento pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) sobre a renovação da APS nas Américas, onde é apresentada a estrutura conceitual do Sistema de Saúde Baseado em APS (SSAPS). Ela define o SSAPS como

uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de resposta às necessidades de saúde das pessoas, fomento de qualidade, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade (OPAS, 2007).

No SSAPS, entende-se o sistema de saúde como o sistema público, privado e o sem fins lucrativos e aplica-se a todos os países. A APS não é um nível de atenção à saúde somente, ou um serviço isolado oferecido somente à população pobre, mas, sim, a coordenadora de todo o sistema, fornecendo atenção integral, integrada e contínua, envolvendo não somente a indivíduos, mas famílias e comunidades em todos os seus passos, inclusive no planejamento e fiscalização das ações, além de ser intersetorial e com uma base financeira necessária para a execução de suas ações. O SSAPS também propõe valores, princípios e elementos para servir como fundamentação para cada país organizar e compreender o processo de implantação e condução deste sistema (OPAS, 2007).

No caso do Brasil, a APS é regida por meio da Portaria nº 2488/2011 (Brasil), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, definindo conceitos, responsabilidades dos entes federativos, regulamentando o funcionamento dentro dos municípios mais detalhadamente (mostrando a importância da capilarização dos serviços), citando também os recursos orçamentários para aplicação no seu planejamento e execução de suas ações. Esta portaria também deixa claro que a APS não é um serviço isolado, ou um nível de atenção em uma escala hierárquica, mas, sim, seguindo os princípios do SSAPS, dialoga diretamente com a portaria nº 4279/2010 (Brasil) que cria as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. São caracterizadas pelas relações horizontais entre os pontos de atenção com a coordenação da APS, a centralidade

nas necessidades de saúde de uma população, pelo compartilhamento de objetivos de saúde, responsabilização e cuidado multiprofissional.

A APS Renovada, o SSAPS, A Política Nacional de Atenção Básica e as RAS possuem em seus documentos formadores a orientação à comunidade (Brasil, 2010, 2011a; OMS, OPAS 2005; OPAS 2007). Em resumo, eles citam que a comunidade deve ser definida e caracterizada para que sirva de base para o planejamento das ações de saúde, utilizando habilidades clínicas, epidemiológicas, das ciências sociais e das pesquisas avaliativas; de participar da construção e fiscalizar as ações realizadas. Porém, não se encontra ainda no Brasil um documento que trate exclusivamente deste tema, o que pode distorcer o entendimento de como atuar neste segmento. O objetivo deste artigo é fazer uma discussão sobre ferramentas voltadas ao planejamento e intervenção na saúde da comunidade e sua aplicabilidade no Sistema Único de Saúde.

SAÚDE DA COMUNIDADE

A saúde é um estado dinâmico e não existe ponto de corte que defina o limite entre o saudável e o doente. Esse estado dinâmico pode ser determinado por meio do ciclo de vida de um indivíduo. A vida intrauterina, por exemplo (Barker, 1995), programa a fisiologia e a patologia do indivíduo por toda sua vida. Geralmente, durante a infância, as doenças infecciosas são mais prevalentes; comportamentos de risco e uso de substâncias nocivas se inicia na adolescência e o aparecimento de condições crônicas, como doença cardiovascular e câncer são mais comuns na vida adulta e na velhice. O conhecimento sobre a relação saúde-doença durante o ciclo de vida foi melhor compreendido por meio de estudos de coortes, como o *UK National Survey of Health and Development* (2014) e o *Framingham Heart Study* (2014), entre outros, que demonstraram como efeitos sociais e das iniquidades em saúde, além dos fatores individuais, influenciam neste *continuum* que é a vida, sendo que, para algumas condições, os fatores sociais influenciam mais que os fatores individuais (Rose e Marmot, 1981). Assim, além de se estudar e intervir nos fatores individuais que influenciam no aparecimento das doenças, deve-se estudar e intervir também nos fatores associados ao contexto do indivíduo, da família, da comunidade, da sociedade e do mundo como um todo (Whitehead, 2000).

Sobre a definição de comunidade dentro da área da saúde, existem diferentes posições. Etzioni (2003) a define como as relações de afeto entre um grupo de indivíduos que se fortalecem mutuamente compartilhando valores, normas e significados, história e identidade. Hillemeier e colaboradores (2003) e Macqueen e colaboradores (2001) acreditam em dimensões para sua definição. Entre estas dimensões destaca-se a econômica, social, ocupacional, política, capacidade de mobilidade de seus membros, senso de lugar, perspectivas e interesses comuns. Indivíduos que se incluem nas mesmas dimensões fazem parte de uma comunidade. No planejamento de ações de saúde, geralmente, a comunidade é definida como uma região ou uma parcela de população de responsabilidade de uma equipe de saúde.

O termo “Saúde da Comunidade”, não diferente das palavras que a formam, também possui diversas definições e ainda não existe um consenso sobre o tema. Para o presente estudo utilizaremos o conceito de Gofin e Gofin (2011) de Saúde da Comunidade, que é

a expressão coletiva da saúde dos indivíduos e grupos em uma definida comunidade. Ela é determinada pela interação de características pessoais e familiares, os ambientes social, cultural e físico, bem como os serviços de saúde e a influência dos fatores da sociedade, políticos e globais.

Analisando programas abordando a Saúde da Comunidade, Merzel e d’Affitti (2003), partindo do pressuposto de que as evidências sobre programas de intervenção na comunidade têm um impacto modesto, mas com notável exceção aos programas envolvendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), fizeram uma revisão sistemática sobre as intervenções realizadas nos Estados Unidos da América (EUA) nas duas décadas anteriores ao estudo. Sobre o baixo impacto das demais intervenções em relação às relacionadas ao HIV, eles propõem cinco explicações:

- Questões metodológicas: baixo poder estatístico, seleção equivocada do delineamento do estudo de intervenção e cálculo do tamanho da amostra;
- Hábitos seculares: hábitos de vida já presentes há muito tempo nas comunidades, que praticamente são indissociáveis de suas vidas;
- Magnitude esperada das intervenções: cálculos estatísticos demonstram resultados muito superiores ao realmente visto na realidade;
- Limitações das intervenções: duração da intervenção, falta de adaptação das intervenções a realidade das comunidades, baixo nível de penetração

das intervenções nas comunidades, limitada capacidade de intervenção em todas as causas dos problemas;

- Limitações da teoria: apesar de todas as intervenções serem baseadas em várias teorias comportamentais e sobre a organização de uma comunidade, a complexidade de entrelaçar todos os determinantes da Saúde da Comunidade em seus mais diversos níveis não é feita com maestria.

As explicações sugeridas pelos autores para o grande sucesso dos programas de prevenção do HIV nos EUA foram:

- Ênfase em modificar as normas sociais: os programas focaram fortemente na mudança dos hábitos de risco ampliando a aceitabilidade social dos riscos;
- Uso da pesquisa formativa: ao contrário dos outros programas, que utilizaram uma abordagem mais ampla da comunidade, os programas de prevenção do HIV identificaram subgrupos de alto risco na população e desenvolveram intervenções altamente específicas a estes grupos, incluindo a sua participação em sua elaboração e aplicação;
- Natureza do risco: outro ponto forte também para o grande sucesso dos programas de prevenção do HIV foi a própria história natural da doença. Ao contrário das doenças cardiovasculares e demais condições crônicas não transmissíveis, o HIV é uma doença transmissível, mas seu modo de transmissão é bem conhecido, diferentemente das condições crônicas não transmissíveis, em que uma gama de fatores são responsáveis pela manifestação e possíveis desfechos.

Estes autores também encontraram resultados controversos em relação a participação da comunidade nos programas, encontrando baixo impacto em intervenções onde a participação da comunidade foi apreciada. A forma com que foram incluídos os membros participantes dos programas, bem como os interesses que os membros ativos possuem em relação a si ao grupo que representam, quanto o próprio contexto social e democrático da região onde ocorre a intervenção são fatores decisivos para a inclusão e participação de fato da comunidade na intervenção (OPAS e CNS, 2012). A percepção de saúde como direito (Gastal e Gutfreind, 2007), o conhecimento e o manejo da burocracia pública (Valla e Stotz, 1994) e a disputa por cadeiras nos colegiados institucionalizados de participação (Bodstein, 1993) altera a forma como a comunidade participa das decisões em saúde. O Estado também tem

um papel determinante neste processo, principalmente na resistência em trabalhar com este segmento no planejamento em saúde (Santos Filho e Gomes, 2006), pensando nesta somente como receptora de serviços de saúde.

FERRAMENTAS PARA USO NO PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE PARA DIAGNÓSTICO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Na atenção à Saúde da Comunidade, existem várias abordagens que podem ser instituídas na APS para planejamento de ações voltadas para uma comunidade e também para capacitar profissionais de saúde na temática. Estas abordagens objetivam dois focos em suas ações: a prevenção de doenças e a promoção de saúde incluindo tratamento, cura e reabilitação. Entre as intervenções focadas na prevenção de doenças temos a vacinação e as ações de diagnóstico precoce. Nas ações de promoção da Saúde da Comunidade temos aquelas relacionadas ao governo (mudanças na legislação e/ou na organização dos serviços prestados a comunidade), ao contexto (mudanças no meio em que a comunidade vive, como melhoria do saneamento básico, por exemplo) ou ao indivíduo (consultas com profissionais de saúde) (Gofin e Gofin, 2011).

Existem diversas abordagens para operacionalizar estas intervenções. Existe a definição da comunidade na qual será realizada a intervenção pela equipe de saúde, um diagnóstico da comunidade, de seus problemas de saúde e seus determinantes, a seleção de um ou mais problemas para o planejamento, a intervenção propriamente dita e sua avaliação. A maioria delas são especificamente produzidas para um programa específico de saúde ou para um tipo específico de comunidade (Merzel e D'affilitti, 2003). A Atenção Primária Orientada à Comunidade (APOC) e a Saúde Coletiva Orientada à Comunidade (SCOC) são modelos de prática, pesquisa, ensino e gestão dos serviços orientados à Saúde da Comunidade que podem ser adaptadas para intervenção em diferentes comunidades. Devido a esta característica versátil, descrevem-se melhor estas duas abordagens.

Atenção primária orientada à comunidade

A APOC surgiu por meio do trabalho de dois médicos, Sidney L. Kark e Emily Kark. O trabalho destes dois ativistas na África do Sul, ainda como estudantes, os

levou a fundar a Sociedade para o Estudo das Condições Médicas entre os Bantu, em 1935. Já em 1940, o governo os recrutou para criar a Unidade de Saúde Pholela, localizada em uma região rural conhecida hoje como KwaZulu-Natal. Os serviços oferecidos nesta unidade de saúde denominada Centro de Saúde Comunitária seguiam a definição de Kark de Medicina Social (Gofin, 2006):

- Consideração da comunidade como um todo;
- Reconhecimento de que as características comportamentais, culturais e sociais são componentes cruciais para o planejamento em saúde;
- Cuidado multidisciplinar;
- Uso da epidemiologia como ferramenta para conhecer os determinantes de saúde;
- Avaliação do cuidado e integração entre ensino e pesquisa com as práticas em saúde.

Um dos primeiros desafios do estado de saúde da comunidade encontrados pelos Kark foi a desnutrição. Foram planejadas atividades de promoção e tratamento da saúde, envolvendo a equipe de saúde e população. Foi incentivada a construção de hortas pelas famílias e a construção de um mercado onde o comércio de vegetais ocorria. Havia também competições entre as famílias de quem possuía a horta mais produtiva. Adubo foi produzido e distribuído. As hortas também serviam como sala de aula, onde eram ensinadas técnicas de preparação dos alimentos. Os gestores incentivaram e facilitaram o acesso das pessoas ao leite. Como consequência destas atividades o estado nutricional das mulheres e crianças melhorou. Houve crescimento expressivo no número de hortas, e queda da mortalidade infantil de 275/1000 para 82/1000 em 15 anos (Slome, 1962).

Frente a estes resultados o governo da África do Sul rapidamente se organizou para implantar os Centros de Saúde Comunitária de saúde por todo o país. A própria Unidade de Saúde Pholela foi integrada ao Instituto da Saúde da Família e Comunidade de Durban, e Sidney Kark foi nomeado seu diretor em 1946. Posteriormente, ele foi nomeado membro do Departamento de Medicina Social, Preventivo e da Família da Universidade Médica de Durban. Cerca de 200 postos de saúde foram planejados pelo governo sul-africano. Em 1949, 44 destes estabelecimentos já estavam construídos. Mas devido às mudanças políticas ocorridas na África do Sul (introduzindo o Apartheid), a construção das unidades foi

interrompida, fecharam as construídas e obrigaram os Kark e membros de sua equipe a deixarem o país. Kark continuou seu trabalho na Carolina do Norte nos Estados Unidos e logo em seguida deu seguimento ao trabalho no Centro de Saúde Comunitário da Escola de Saúde Pública e Medicina Comunitária da Universidade de Jerusalém (Tollman, 1991).

Aos poucos este conceito foi sendo difundido mundialmente por meio de uma conferência internacional realizada em Washington, Estados Unidos que definiu o conceito de Atenção Primária Orientada à Comunidade (APOC) como

A provisão de serviços de atenção primária a uma comunidade definida, associada com esforços sistemáticos para identificar e resolver os principais problemas de saúde daquela comunidade por meio de modificações efetivas nos serviços de atenção primária e outros programas de saúde da comunidade (IOF, 1984).

O quadro conceitual da APOC é a união entre a epidemiologia, as ciências sociais e as do comportamento (Gofin e Gofin, 2011). Essa união nos permite enxergar o status de saúde da comunidade por meio de seus determinantes sócio-econômico-culturais. Com isso, se considera a saúde dos indivíduos dentro do contexto da família e da comunidade onde vivem, avaliando não somente características individuais, mas, também, as características da comunidade. Porém, nada disso funciona se a comunidade não estiver previamente definida.

A definição de comunidade na APOC é de fundamental importância porque neste modelo a equipe de saúde assume a responsabilidade sobre todos os membros da comunidade, não somente os que têm problemas de saúde ou os que procuram atendimento. Embora possa ser difícil a definição de comunidade por parte dos serviços, ela pode estar previamente determinada pelas características geográficas (bairro, distrito), por um local em comum (escola, fábrica) ou pelo número de usuários registrados no serviço de saúde. Como a abordagem da APOC é construída levando em consideração a priorização das ações e a História Natural da Condição de Saúde, o planejamento das intervenções deve contar com a participação dos membros da comunidade e também as ações realizadas devem cobrir os expostos aos fatores de risco e os que já desenvolveram algum grau do problema de saúde.

O modelo APOC e sua aplicação à realidade local devem levar em conta cinco princípios básicos, que estão expressos na Tabela 1.

Tabela 1 – Princípios da atenção primária orientada à comunidade

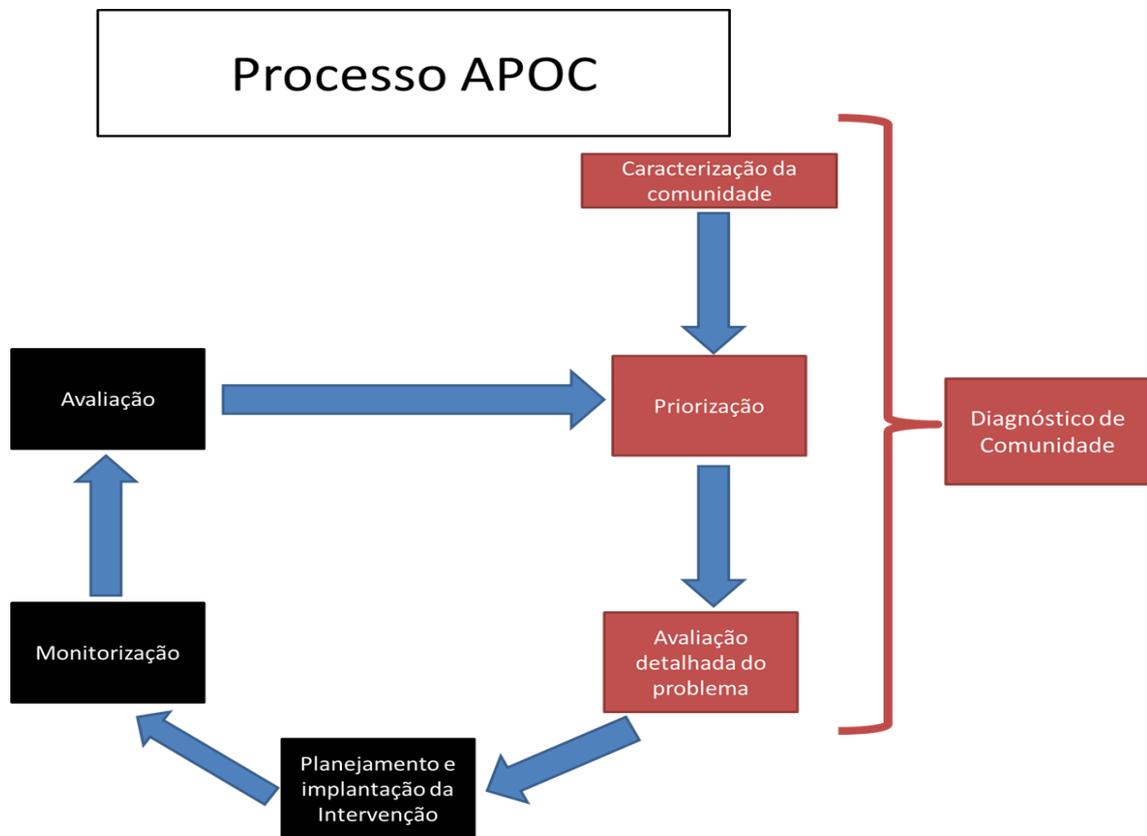
Princípios da APOC	Explicação
Responsabilidade por uma comunidade definida	Considerar a comunidade como alvo e parceira da intervenção;
	Incluir indivíduos sadios e doentes, não somente os que buscam atendimento;
	Número de indivíduos determinado possibilita construção de indicadores.
Cuidado baseado em necessidades identificadas na comunidade	Fundamentar o cuidado para que não seja regulado pela demanda espontânea;
	Considerar os Determinantes Sociais da Saúde;
	Organizar o serviço por meio de priorização de atividades;
Priorização	Permitir o uso racional dos recursos;
	Tomar decisões em conjunto com profissionais, gestores e usuários;
	Obedecer a critérios pré-determinados, mantendo objetividade e transparência no processo.
Intervenção	Avaliar as condições de saúde em todos os estágios (assintomáticos, sintomas manifestados e seus desfechos);
	Realizar ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação;
	Promover a continuidade do cuidado.
Participação da comunidade	Realizar o trabalho com a comunidade e não realizá-lo na comunidade;
	Envolver pessoas e instituições da comunidade;
	Estimular a comunidade a exercer seu direito de participar de seu próprio cuidado.

Fonte: Adaptado de Gofin e Gofin (2011).

Um serviço de saúde para aplicar a metodologia APOC deve ser acessível, prestar cuidado integral aos seus usuários, formado por uma equipe multidisciplinar, que atue saindo da unidade de saúde para compreender os determinantes sociais de saúde e suas causas, buscando parcerias de outros setores do serviço público nas intervenções.

O processo da APOC possui uma sequência lógica de passos a serem seguidos, com o objetivo de diagnosticar e intervir na comunidade de responsabilidade da equipe de saúde (Figura 1). O diagnóstico é feito por meio de um estudo que deve elencar os problemas de saúde na comunidade, a priorização de um desses problemas juntamente com a comunidade e sua análise detalhada. A intervenção é feita por meio do planejamento utilizando os dados do diagnóstico, a intervenção propriamente dita e sua avaliação. Este modelo não tem como objetivo engessar a forma de agir, pois se sabe que cada região possui características próprias, e cada serviço de saúde também possui limitações específicas. Assim, o gestor deve adaptá-lo a sua realidade, de acordo com os processos e características de cada serviço (Gofin e Gofin, 2007).

Figura 1 – Processo da atenção primária orientada à comunidade



Fonte: Gofin e Gofin (2011).

No âmbito dos princípios e seguindo os passos do processo da APOC, se terá um profundo entendimento dos problemas da comunidade que a equipe é responsável, bem como o desenvolvimento de intervenções factíveis que cobrirão toda a comunidade com suas ações (prevenção, promoção, tratamento e reabilitação), com a mesma sendo um ator ativo nas intervenções realizadas.

A saúde coletiva orientada à comunidade

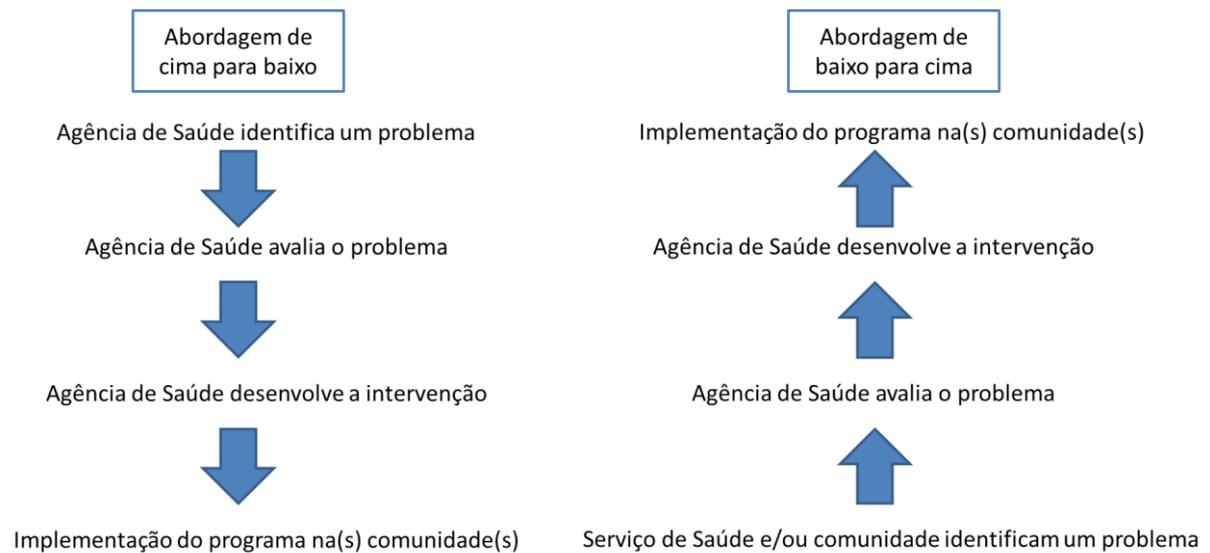
A SCOC surgiu frente ao entendimento de que as ações de saúde pública, que geralmente são planejadas em esferas superiores de gestão, sejam realmente efetivas para uma população específica. Conforme ocorrem profundas mudanças no status de saúde da população, novas formas de se pensar as ações de saúde são necessárias. Os determinantes sociais da saúde geralmente transcendem as fronteiras das unidades de gestão dos serviços, além de também exigirem ações intersetoriais para uma resolução efetiva.

A OPAS definiu ações essenciais que os países devem desempenhar no setor saúde com a finalidade de “promover, proteger e recuperar a saúde ou de reduzir ou compensar a incapacidade irreversível, incluindo o fornecimento de meios, recursos e condições para isto” (OPAS, 2002). Geralmente essas ações são construídas com foco na população como um todo, sem levar em consideração as particularidades, capacidade instalada e prioridades das regiões afetadas pelo programa, e quase sempre sem considerar a opinião da população. Pensando nestas questões, foi desenvolvido o conceito de Saúde Coletiva Orientada à Comunidade (SCOC). Segundo Gofin e Gofin (2011), que

é a disciplina que aplica a saúde coletiva princípios da saúde da comunidade. Ela lida com a identificação e análise do status de saúde e seus determinantes em uma comunidade particular, grupo de comunidades ou região geográfica. Ela é seguida de intervenções focando as necessidades de saúde da comunidade e seus determinantes por ações de prevenção e promoção da saúde provida por uma equipe multidisciplinar e cooperação intersetorial. A Saúde Coletiva Orientada à Comunidade reforça as dimensões da justiça e a responsabilidade social da saúde coletiva.

A SCOC é uma abordagem que leva o nível da comunidade como foco de planejamento das intervenções. Ela possui uma forma de desenvolvimento para uma população específica que está expressa na Figura 2.

Figura 2 – Desenvolvimento da SCOC



Fonte: Adaptado de Gofin e Gofin (2011).

Na abordagem de cima para baixo, há a identificação do problema de saúde por uma Agência de Saúde (um setor dentro do sistema de saúde) de uma região ou de um país. Assim ocorre a avaliação e o planejamento da intervenção, podendo inclusive incluir outros setores no planejamento. No momento de sua implementação de fato no serviço, o plano deve permitir a sua adaptação de acordo com a capacidade instalada, necessidade e cultura de cada comunidade que o serviço de saúde atende. Na abordagem de baixo para cima, um problema de saúde que é identificado em nível comunitário (pela comunidade ou pelo serviço de saúde local) é comunicado a agência de saúde de nível superior. Assim ocorre uma avaliação para detectar se mais comunidades passam pela mesma situação, o desenvolvimento e a aplicação da intervenção em outros lugares.

Este processo deve ocorrer por meio de planejamento estratégico, tendo principalmente como foco a aplicabilidade na(s) comunidade(s), sendo elaborado com base em dados concretos e factíveis, com embasamento teórico e prático que garanta a efetividade e sustentabilidade da intervenção proposta, podendo incluir demais setores em seu desenvolvimento. Sua aplicação na comunidade deve ter como princípio a priorização das atividades, o respeito pelas suas características culturais e a capacidade (recursos disponíveis) dos serviços locais.

A definição da(s) comunidade(s) é de grande importância ao se utilizar a SCOC. Cada comunidade definida oferece ao gestor o panorama mais próximo do real da distribuição dos determinantes sociais de saúde. Assim, o serviço ao

desenvolver um programa, poderá moldar a intervenção, podendo definir alvos específicos, aumentando as chances de sucesso por aumentar a viabilidade do programa (Goodman, 2009; De Peray e González, 2010).

SAÚDE DA COMUNIDADE NO BRASIL

Vivemos em uma república federativa, isto significa que cada unidade federativa (estados, distrito federal e municípios) tem um grau de autonomia para tomada das ações de gestão, conforme pactuado entre esses níveis (Brasil, 1988). No SUS não é diferente. Cada município é responsável pela sua gestão de saúde, e a autoridade em que esta função é delegada é o secretário de saúde, mantendo a congruência com a descentralização do sistema, um dos princípios do SUS (Brasil, 1990a). Porém, alguns problemas fogem da governança dos municípios. Os determinantes sociais da saúde geralmente transcendem suas fronteiras, alguns municípios podem não possuir capacidade de gestão suficiente, causando procura por serviços nos municípios vizinhos, outros municípios podem não possuir financiamento suficiente para atender todas as demandas de saúde de sua população. Atualmente o país passa por uma transição epidemiológica caracterizada por uma tripla carga de doenças (doenças infecciosas e parasitárias, condições crônicas e violência e causas externas de morbimortalidade), fato que é influenciado pela transição demográfica, urbanização entre outros fatores (Mendes, 2010)

Para suprir estes problemas, os governos federal, estaduais e municipais pactuam ações, sendo parceiros dos municípios, transferindo fundo a fundo recursos, de acordo com estas funções pactuadas, ou realizando contratos de saúde. Por outro lado, a vigilância em saúde de órgãos federais e estaduais podem detectar problemas de ordem regional, solicitando intervenções dos municípios afetados para resolverem as situações detectadas. Hoje, nos estados, existem instâncias de deliberação estaduais (comissão intergestores bipartite), e regionais (comissão intergestores regional). Os próprios estados criam regiões de saúde, geralmente com uma cidade onde são realizados os atendimentos de demanda tecnológica mais complexa, e auxilia os municípios na gestão de outras atividades. Também existe um sistema de gestão nos serviços de municípios de médio e grande porte, com muitas diferenças e realidades das áreas de cobertura dos serviços de saúde, que também demandam atividades diferentes (Brasil, 2011a; 2010).

O Sistema de Atenção Primária à Saúde brasileiro tem como dispositivo principal a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2011b) conseguindo grandes transformações na saúde brasileira. O uso dos serviços da ESF está associado com a redução da mortalidade infantil e neonatal, melhorias nas notificações de estatísticas vitais e redução em internações hospitalares (Paim et al, 2011). Porém, a mera implantação e execução da ESF, por si só, não está sendo efetiva. Em estudo avaliando o impacto da ESF na saúde da criança em quatro cidades da região nordeste do Brasil com mais de 100.000 habitantes, Roncalli e Lima (2006) não encontraram grandes diferenças frente às variáveis estudadas em regiões dos municípios que possuíam ESF, Programa de Agentes Comunitários, os dois programas ou nenhum deles, salvo a taxa de diarreia em menores de cinco anos, onde as regiões que possuíam algum programa tinham valores menores do que as sem nenhuma cobertura.

Facchini e colaboradores (2006), ao avaliar o desempenho da estratégia em 41 municípios das regiões sul e nordeste do Brasil que aderiram ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, identificaram diferenças entre as UBS que continham equipe implantada em relação as que não possuíam, mostrando avanços da ESF em todas as dimensões avaliadas pelo estudo. Porém os autores relatam que o sistema como um todo ainda está distante das prescrições do SUS, citando que menos da metade da demanda potencial foi atendida.

Estes dois estudos concluem que possíveis causas da baixa contribuição da ESF nos determinantes sociais são a forma de implantação e condução da ESF nos municípios.

Em 2008, a portaria 154 (Brasil), estabelece o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), tendo como objetivo ampliar a abrangência da atenção básica, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços. Uma das características do NASF é que ele é constituído por equipes de profissionais de diversas áreas do conhecimento, podendo ser elencadas conforme as necessidades das comunidades, e não devem servir como porta de entrada do sistema, mas, sim, agir a partir de demandas encontradas pelas equipes das ESF.

A participação comunitária na saúde, além de ser um dos focos da APS, sempre foi uma bandeira de luta do movimento da reforma sanitária, que idealizou e estruturou o SUS (Coelho, 2012). Assim, institucionalizou-se a representação dos segmentos sociais, além dos segmentos de trabalhadores, gestores e prestadores de serviço

como órgãos de deliberação sobre a política de saúde no país. A Lei nº 8142/90 institui a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde nas instâncias federal, estadual e municipal, além de tratar sobre as transferências de recursos intergovernamentais. A Conferência de Saúde tem o objetivo de avaliar as condições de saúde e propor diretrizes para a reformulação das políticas de saúde e o Conselho de Saúde deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos. A representação nos conselhos e conferências deve ser paritária, onde 50% devem ser dos segmentos sociais, e os outros 50% formados das representações dos profissionais de saúde, de gestores e prestadores de serviço (BRASIL, 1990b). Por meio de outros arcabouços legais, como as Normas Operacionais Básicas de 93 e 96, o Pacto pela Saúde, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa e a Resolução Nº333 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil 1993, 1996, 2006a, 2007, 2011c), houveram uma sedimentação da necessidade da implantação destes órgãos deliberativos, formas de estruturação e financiamento de suas atividades. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa foi também criada com este desafio de consolidar a participação da comunidade dentro do Sistema Único de Saúde por meio da criação de mais canais de participação (Brasil, 2003). Faccini e colaboradores (2006b) relatam que as reuniões do Conselho Municipal de Saúde é uma das práticas de gestão mais frequentes na APS dentre os municípios estudados.

Utilizando a APOC e a SCOC no Sistema Único de Saúde

Observando a realidade de um município, a APOC tem como objetivo atender as necessidades de saúde específicas de uma comunidade definida, logo, foco de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como as ESFs são delimitadas por critérios populacionais, a comunidade já estaria previamente definida. Se não existe ESF, deve ser utilizado algum critério para sua definição. Desta forma, a equipe de saúde determina para quem deve ofertar os serviços, orientando o diagnóstico e também gerando denominadores² para os cálculos de impacto das intervenções (membros da comunidade), enquanto também a população sabe onde deve buscar os serviços.

² Cada intervenção realizada a um dos grupos da comunidade tem o total de membros como cálculo para inferir sobre a efetividade da intervenção.

Assim, cada vez mais, se criam equipes altamente integradas e conhecedoras da comunidade e de seus problemas, ampliando a visão da equipe de saúde para os todos os determinantes de saúde e com isso desenvolvendo cada vez mais intervenções efetivas e sócio-culturalmente aceitas.

Já a SCOC tem o objetivo de adaptar políticas e demandas para a realidade dos serviços de saúde e da(s) comunidade(s) da área de sua responsabilidade, sendo enfoque dos NASFs, das Secretarias de Saúde e órgãos maiores, pois estas instituições tem abrangência mais ampla sobre a região e os serviços. Recebendo e enviando informações sobre o status de saúde das comunidades, estes órgãos podem identificar os problemas em comum das comunidades, ou comunidades com problemas em comum, podendo com isso, construir intervenções mais amplas

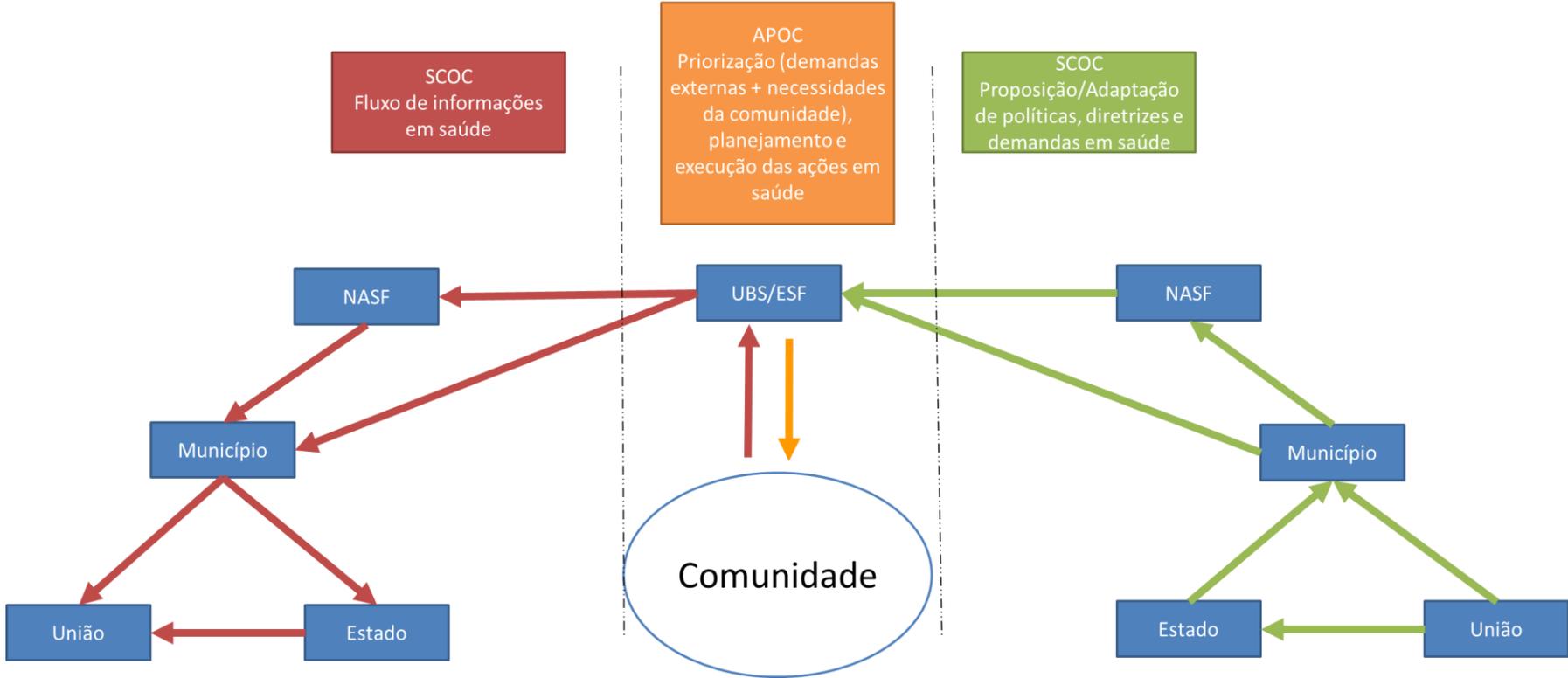
O fluxo de informação já ocorre dentro do nosso sistema. Conforme são identificados problemas de saúde de uma região maior ou até mesmo de todo o Brasil, são criados programas específicos para adesão dos municípios, fornecendo parte dos recursos, mas também cobrando ações respectivas ao programa pactuado, como as linhas de cuidado das Redes de Atenção à Saúde. Pode também ser solicitado aos municípios que desenvolvam planos de contingências no caso de epidemias (como a dengue e a gripe suína, por exemplo). As Comissões Intergestores Bipartites e Regionais também podem priorizar ações que serão o foco de trabalho daquela região. Os municípios vizinhos também podem gerar demandas, principalmente devido ao atendimento de cidadãos de outros municípios. Pensando no sentido reverso, ao realizar o trabalho nos serviços de APS, é informado às instâncias maiores sobre os resultados alcançados. Quando se encontra um foco de alguma doença transmissível por exemplo, pode-se solicitar auxílio da equipe de Vigilância em Saúde. O serviço também pode levar seus problemas de gestão para as Comissões Intergestoras e até mesmo ao Conselho Estadual de Saúde. Porém, o foco do planejamento é populacional e não voltado às comunidades da região de abrangência dos programas, além de também não dar autonomia para as comunidades de poder priorizar as intervenções a serem realizadas.

Propõe-se a utilização dessas duas ferramentas, de forma complementar, para que se possa lograr mais êxitos em saúde dentro do SUS. A Figura 3 demonstra a aplicação dos princípios da APOC e da SCOC dentro do Sistema Único de Saúde. Nela, o foco de todo o planejamento e ação é a comunidade. Assim, ela tem o direito a poder priorizar a ação que será feita, de acordo com as suas necessidades

identificadas e as políticas, diretrizes e demandas vindas de órgãos superiores. Conforme as ações vão sendo realizadas, os dados do status de saúde da comunidade e seus determinantes são enviados as instâncias maiores, para assim planejar mais efetivamente as intervenções a serem feitas em uma região mais ampla. Estes mesmos órgãos devem também adaptar a política de saúde pensando nas características de suas comunidades e também da capacidade instalada do sistema de saúde local.

Figura 3 – Fluxo de informações e ações da APOC e da SCOC no Sistema Único de Saúde

Fluxo APOC/SCOC no SUS



Fonte: Elaborada pelo autor.

A comunidade tem papel importante nos dois modelos. Na SCOC, ela é principalmente representada pelos Conselhos e Conferências de Saúde. Um Conselho de Saúde atuante deve avaliar e deliberar sobre as políticas de saúde da unidade federativa de sua responsabilidade e ser informado sobre os resultados da aplicação destas políticas. As plenárias de Conselhos de Saúde, onde conselheiros de diversos conselhos de saúde municipais se encontram, são espaços para troca de experiências e de realidades vividas para o exercício do controle social e para o fortalecimento destas instituições. A Conferência de Saúde é um espaço onde os segmentos da sociedade avaliam a situação de saúde e propõe diretrizes que devem guiar a política durante quatro anos (Brasil, 1990b)

A APOC, por estar vinculada a equipe da ESF ou da UBS deve estar vinculada aos segmentos da comunidade que fazem parte da região de sua responsabilidade. Em muitas cidades já existem os conselhos locais de saúde, mas não é uma realidade em todo o Brasil. Logo, a equipe de saúde deve identificar os principais atores que representam os segmentos e convidá-los para priorizar, planejar, intervir e avaliar as ações da equipe após a mesma ter, em mãos, o diagnóstico da comunidade e a adaptação das políticas voltadas a ela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao trabalhar em serviços da Atenção Primária em Saúde, que está dentro de um Sistema em (re)organização, focando cada vez mais na integração e horizontalização entre os níveis de atenção, visando a integralidade da saúde por meio de um cuidado contínuo, o trabalho com a comunidade deve ser mais abrangente, focando também os determinantes sociais, práticas culturais, interesses e características epidemiológicas. Ferramentas de gestão da Saúde da Comunidade devem estar à disposição da equipe de saúde para compreender melhor o território e a comunidade de sua respectiva responsabilidade, assim criando intervenções cada vez mais específicas e com resultados concretos e mensuráveis. A APOC e a SCOC são modelos que possuem um grande potencial em auxiliar o planejamento e a execução de serviços de saúde de qualidade à população brasileira, por considerar em todos os seus passos os interesses das comunidades de responsabilidade das equipes de saúde além dos dados oriundos do próprio serviço e de esferas maiores.

Ao propor o trabalho **com** e não **para** a comunidade, estas duas abordagens surgem como mais uma forma de efetivar de fato a participação de todos nas decisões de saúde. Considerando a comunidade como parceira no serviço e não só como alvo das intervenções, a resolutividade dos serviços da APS provavelmente será ampliada.

REFERÊNCIAS

BARKER, David.J.P. **Fetal origins of coronary heart diseases**. Br Med J. 1995; 311:171-174.

BODSTEIN, R. C. A. (Org.). **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 1990a

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 1990b

_____. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93**. Diário Oficial da União. Brasília, 1993.

_____. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Diário Oficial da União. Brasília, 1996.

_____. **Decreto nº 4.726, de 09 de Junho de 2003 Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, 2003

_____. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Diário Oficial da União. Brasília, 2003.

_____. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006a.

_____. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS – ParticipaSUS**. Brasília, 2007.

_____. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da União. 2008

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, 2010

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Diário Oficial da União. 2011a

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União. 2011b

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

COELHO, Juliana Sousa. **Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação.** Saude soc., São Paulo , v. 21, supl. 1, maio 2012 .

ETIZIONI, Amitai. **Communitarianism.** In: CHRISTENSEN K.; LEVINSON D. Encyclopaedia of Community: From the Village to the Virtual World. Vol 1. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003: 224-228

FACCHINI, Luiz Augusto et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006b

FRAMINGHAM HEART STUDY. Disponível em: <<http://www.framinghamheartstudy.org/>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

HILLEMEIER, Marianne M.; LYNCH, Jhon; HARPER, Sam; CASPER, Michele. **Measuring contextual characteristics for community health.** Health Serv Res. 2003; 38(6, pt 2): 1645-1717

GOFIN, Jaime. **On “a practice of social medicine” by Sidney and Emily Kark.** Soc Med. 2006;1:107-115. Disponível em: <<http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/download/3/4>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

GASTAL, C. L. da C.; GUTFREIND, C. **Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p.1835-1844, ago. 2007.

GOFIN, Jaime; GOFIN, Rosa. **Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria.** Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 21, n. 2-3, Mar. 2007 p. 177-185.

GOFIN, Jaime; GOFIN, Rosa. – **entials of global community health**. Sudbury MA: Jones & Barlett Learning. 2011 269p.

GOODMAN, Andrew. **President Obama's Health Plan and Community – Based Prevention**. Am J Public Health. 2009 October; 99(10): 1736–1738.

MACQUEEN, Kathleen M.; MCLELLAN, Eleanor; METZGER, David S.; et al. **What is the community? An evidence-based definition for participatory public health**. Am J Public Health, 2001; 91: 1929-1938.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **NATIONAL SURVEY OF HEALTH AND DEVELOPMENT 1946**. Disponível em: <http://www.nshd.mrc.ac.uk/nshd__65.aspx>. Acesso em 22 ago. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549

MERZEL, Cheryl; D'AFFILITTI, Joanna. **Reconsidering community-based health promotion: promise, performance and potential**. Am J Public Health 2003; 93: 557–74.

INSTITUTE OF MEDICINE OF UNITED STATES OF AMERICA. **Community Oriented Primary Care: A Pratical Assessment, Vol 1: Report of a Study**. Washington, DC: The National Academies Press, 1984

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **The Millennium Development Goals Report 2014**. Disponível em: <<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/UNDP%20MDG%20Report%202014%20EN%20Final.pdf>>. Acesso em 28/07/2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <<http://healthydocuments.org/public/healthydocuments-doc9.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resolución cd44.r6. Atención primaria de salud en las américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros**. Washington, D.C., 2003.

_____. **Declaração regional sobre as novas orientações para a Atenção Primária de Saúde**. Washington, D.C., 2005

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Health in the Americas (Vols I and II)**. Washington, DC: PAHO, 2002.

_____. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização pan-americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, D.C. 2007.

_____. **Saúde nas Américas: edição de 2012**. Washington, DC: PAHO, 2012.

_____. **Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe.** Washington, DC: PAHO, 2003.

_____. **La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción.** Washington, D.C.: OPS, © 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e europeias.** Brasília, 2012.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Lígia; MACINKO, JAMES. **Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanço e desafios.** Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

De PERAY, Josep Lluís; GONZÁLEZ, Angelina. **Community – Oriented Public Health (COPH): The case of Catalonia, Spain.** In: GOFIN, Jaime; GOFIN, Rosa. – **Essentials of global community health.** Sudbury: Jones & Barlett Learning. 2011 269p.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; LIMA, Kenio Costa de. **Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006.

ROSE, Geoffrey; MARMOT, Michael. **Social class and coronary heart disease.** British Heart Journal, p. 13-19, 1981.

SANTOS FILHO, E. T. dos; GOMES, Z. M. dos S. **Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, p.111-116, 2007. Suplemento 1.

SLOME C. **Community health in rural Pholela.** Em: KARK S.L., STEUART G.W, eds. *A practice of Social Medicine*, Edinburgh, Scotland: Livingstone; 1962: 269-291.

TEJADA DE RIVERO D. **Alma-Ata Revisited.** Perspectives in Health 2003;8(2):2–7.

TOLLMAN, Stephen. **Community oriented primary care: origins, evolution, applications.** Soc Sci & Med. 1991;23:77-84.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Educação, saúde e cidadania.** Petrópolis: Vozes, 1994. p. 142.

VUORI, Hannu. **Primary health care in Europe – Problems and solutions.** Community Medicine 1984;6:221–31.

WHITEHEAD, Margaret. **The concepts and principles of equity and health.** EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

3.2 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DO CONTROLE SOCIAL: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, INTERVENÇÃO MONITORADA E RESULTADOS PARA O CONSELHO, SEUS MEMBROS E A COMUNIDADE

Rodrigo Silveira Pinto³

André Luís Simões⁴

Esequiel Bestel Júnior⁴

Mauro Silveira de Castro³

RESUMO: No Brasil a participação da comunidade nas ações de saúde é prevista na legislação do Sistema Único de Saúde e chamada de Controle Social. São duas instâncias colegiadas que operacionalizam a atuação institucionalizada da comunidade, a Conferência e o Conselho de Saúde, nas instâncias federal, estaduais e municipais. Ainda existe um grande debate a respeito da legitimidade da participação da comunidade no Controle Social, principalmente em cidades de pequeno porte. O objetivo deste trabalho é avaliar a ação do Controle Social na Saúde, por meio da comparação três gestões de um Conselho Municipal de Saúde de um município no estado do Paraná, onde houve intervenção realizada para aumentar o poder de Controle Social desta instituição. Realizou-se um estudo de caso retrospectivo das gestões antes, durante e após a intervenção realizada. Realizou-se extração dos dados das documentações do conselho, fatores-chave foram identificados pelos pesquisadores e entrevistas semiestruturadas com conselheiros e gestores municipais. Analisou-se a resolutividade do conselho e o seu significado para os conselheiros e a comunidade por meio da triangulação de métodos. Como resultado da extração dos documentos obteve-se um aumento crescente entre as gestões das atividades registradas em atas, onde houve cada vez mais um debate maior frente aos assuntos debatidos, aumento do número de entidades representativas da comunidade e conseqüentemente no número de membros, diminuição da presença nas reuniões que também aumentaram. Destacam-se três conselheiros profissionais, dois usuários e uma gestora como participantes com mais atuações. Identificaram-se nove grandes áreas de debate feitas pelo conselho. Entrevistou-se por conveniência sete conselheiros de saúde e dois gestores da

³ Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica – UFRGS

⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Doutor Ulysses – PR

prefeitura, que pela análise de conteúdo de Bardin, foram agrupadas em duas grandes categorias que se subdividem em 22 subcategorias. Os entrevistados falaram mais sobre a gestão do conselho e o significado do Controle Social. Os pesquisadores identificaram desorganização e falta de liderança na gestão 2007/2009, organização interna, primeiros resultados positivos e liderança na gestão 2009/2011 e ações resolutivas e reflexo da ação do órgão para gestores municipais na gestão 2011/2013. Percebe-se que houve uma mudança no conselho de saúde com o passar das gestões, onde a resolutividade e a percepção do Controle Social foram um crescente entre a instituição e seus membros e os gestores do município. Em relação a gestão de mudanças de instituições foram identificados fatores-chave para que ela ocorra: a decisão de mudar, que foi orquestrada por meio de uma liderança efetiva exercida por um profissional de saúde, a implementação de soluções a curto e médio prazos, que criaram um "ambiente de implementação", criando um núcleo duro dentro do próprio conselho, construído por meio da confiança entre seus membros e o abandono de estratégias com ou sem substituição, de acordo com a situação do contexto. O Conselho de Saúde ativo é um órgão que traz benefícios para a comunidade. Envolver os segmentos da sociedade no debate da saúde é importante, e deve ser feito por meio de ações educativas permanentes com o objetivo de se detectar lideranças entre esses segmentos.

Palavras-chave: Participação Comunitária. Conselhos de Planejamento em Saúde. Conselhos de Saúde.

MUNICIPAL HEALTH COUNCIL AS A MEANS OF SOCIAL CONTROL: SITUATIONAL DIAGNOSIS, MONITORED INTERVENTION AND RESULTS FOR THE COUNCIL, ITS MEMBERS AND COMMUNITY

ABSTRACT: In Brazil, community participation in health policy is guaranteed by national laws. Two collegiate institutions that operationalize the institutional community's health planning activities, the Conference and the Council of Health, in federal, state and local authorities. There is still much debate about the legitimacy of community participation in the Social Health Control, especially in small cities. The objective of this study is to evaluate the action of the Social Control in Health, by comparing three terms of a Municipal Health Council of a municipality in the state of Paraná, where there was intervention performed to increase the empowerment of this institution. We conducted a retrospective case study of managements 2007/2009, 2009/2011 and 2011/2013. Data of the minutes of meetings, letters and resolutions of the board were extracted, quantified and categorized, identifying key factors by researchers who were agents of the process and semi-structured interviews with councilors and city managers. We analyzed the resolution of the board and its meaning for the directors and the community through triangulation methods. As a result of extraction of the documents we obtained an increasing between the managements of the activities recorded in minutes, where there was an increasingly larger debate facing the subjects covered, increasing the number of community representative bodies and consequently the number of members, decreased attendance of meetings which also increased. Highlights three professional councilors, two users and a management as participants with more performances. We identified nine major areas of debate made by the council. Be interviewed for convenience seven health counselors and two managers of the city hall, which by Bardin content analysis were grouped into two broad categories which are subdivided into 22 subcategories. The interviewees spoke more about the council's management and the meaning of Social Control. The researchers identified disorganization and lack of leadership in managing 2007/2009, internal organization, first positive results in the management and leadership 2009/2011 and resolving actions and organ reflex action to municipal managers in managing 2011/2013. It is noticed that there was a change in the health advice over the administrations, where the resolution and the perception of social control were growing between the institution and its members and municipal managers. Regarding

the management of institutions of changes were identified key factors to occur: the decision to change, which was orchestrated through effective leadership exercised by a health professional, the implementation of solutions for the short and medium term, which created a "deployment environment," creating a hard core within the board itself, built through trust among its members and the abandonment of strategies with or without replacement, according to the situation of context. The Municipal Health Council is an organ that benefits the community. Wrap the threads of society in the health debate is important, and should be done through ongoing educational activities in order to detect leaders between these segments.

Keywords: Consumer Participation. Health Planning Councils. Health Councils.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde constituem-se em respostas sociais deliberadamente organizadas, para atender às necessidades, demandas e preferências das sociedades, que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares (Mendes, 2010). A participação social é essencial para que os sistemas de atenção à saúde atinjam os resultados esperados (OPAS, 2007). Entende-se por participação social

as múltiplas ações que diferentes forças sócias desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (Valla, 1998).

No Brasil, no Sistema Único de Saúde, a participação da comunidade é garantida por lei nas decisões de saúde, e pode ser operacionalizada de várias formas (Coelho, 2012) e é conhecida como Controle Social. Segundo Bravo e Correia (2012), no Brasil, a expressão Controle Social surgiu em uma conjuntura de lutas políticas pela democratização do país frente ao Estado autoritário implantado na ditadura militar, sendo utilizada como controle da sociedade civil sobre as ações do Estado. A Lei nº 8142/90 (Brasil) instituiu como instâncias colegiadas do Controle Social da saúde a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde nas alçadas federal, estadual e municipal, além de tratar sobre as transferências de recursos intergovernamentais.

Conferências de Saúde tem como objetivo avaliar as condições de saúde e propor diretrizes para a reformulação das políticas de saúde e Conselhos de Saúde devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos de uma unidade política a que esteja vinculado. A representação nos conselhos e conferências deve ser paritária, onde 50% devem ser dos segmentos sociais, e os outros 50% formados das representações dos profissionais de saúde, de gestores e prestadores de serviços (Brasil, 1990).

A paridade exigida na formação do conselho garante à sociedade organizada a participação com capacidade potencial de intervir na política de saúde. Há um grande debate sobre a efetividade da participação da comunidade nas atividades de gestão dos serviços (Hernandez 2005, Lyra 2007). Hernandez (2005) relata que os processos participativos não rompem as instituições, mas abrem as portas para novas reconfigurações, pois estes espaços propiciam debates de poder com conflito entre a gestão e os usuários dos serviços. As contradições advindas dos debates são

importantes para reflexão e análise, sendo a participação social fundamental neste processo para a reconstrução do conceito de democracia a partir de uma visão social emancipatória.

Entretanto, diagnóstico elaborado pela Controladoria Geral da União, avaliando conselhos de saúde, afirma que estes não influenciam as políticas de saúde (Hage, 2006). Lyra (2007) interpreta essa situação como sendo problemática quanto à legitimidade da representação política da sociedade em conselhos de políticas públicas em geral, pois “encontra-se conspurcada, em primeiro lugar, por encontrar-se frequentemente mutilada por critérios de participação, excludentes não raro atribuíveis à ingerência político-partidária, tornando-a um ‘jogo de cartas marcadas’”. Seguindo esta linha, Grindle e Thomas (1991) dizem que nos países em desenvolvimento, grande parte da população (principalmente trabalhadores rurais e moradores de favelas) não é organizada de modo a sustentar atividades políticas regulares.

Em relação aos trabalhos acadêmicos produzidos relacionados à temática no Brasil, Côrtes (2009) encontra dois problemas teórico-metodológicos. O primeiro é que a maioria dos trabalhos chegam a conclusão que os conselhos de saúde não são deliberativos ou pouco deliberam, pois observam somente este aspecto, sem elucidar o papel dos conselhos, o conhecimento da natureza dos processos sociais e a própria inovação que estes mecanismos promovem. O segundo aspecto é o foco dos trabalhos nos aspectos normativos, e avaliar a atuação de acordo com a norma determinada. Muitas vezes, a deliberação não vem necessariamente da norma, mas sim da rede de atores envolvidos com o assunto, de forma difusa.

Portanto, surge a necessidade de se avaliar o funcionamento desse tipo de instância deliberativa por uma metodologia que amplie a visão sobre os atores e o contexto desta instância. Este estudo tem como objetivo analisar a efetividade de um conselho de saúde de um município de pequeno porte em cumprir com seus objetivos, nas gestões antes, durante e após uma intervenção realizada, a qual visava o estímulo à participação da comunidade e reformulação das regulamentações do referido conselho.

MÉTODO

Cenário

O Município de Doutor Ulysses está localizado na Região Metropolitana de Curitiba, Paraná. Segundo dados do censo 2010, Doutor Ulysses possui 5.727 habitantes (IBGE). A maioria da população trabalha com silvicultura (plantação de *pinus*), plantação de cítricos e agricultura de subsistência. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) em 0,627, ocupando o 398º lugar entre os municípios do Paraná (no total de 399). Grande parte da população necessita participar do programa Bolsa Família para a complementação da renda. É a cidade com maior percentual de evangélicos do Brasil, alcançando índices de 95% da população (IPARDES 2013).

Em relação aos serviços de saúde, o modelo de gestão pactuado pelo município é o de Atenção Básica, a qual era, em 2010, constituída de duas equipes da Estratégia da Saúde da Família que cobriam cerca de 70% do território do município, e cinco Unidades de Saúde. A unidade central possuía atendimento médico e odontológico durante todos os dias da semana, as unidades rurais tinham atendimento médico duas vezes na semana e existia também um ônibus com um consultório médico e odontológico adaptado onde se realizava atendimento nas regiões distantes das unidades de saúde. Possuía uma alta rotatividade de profissionais.

Durante a gestão 2007-2009 do Conselho Municipal da Saúde (CMS) verificou-se a baixa participação da comunidade nas reuniões do conselho, refletida pelas constantes faltas dos conselheiros, a renúncia da presidente do conselho (a Secretária Municipal da Saúde da época), com seu pedido expresso para que se elegeisse outro presidente, ocasionando alta rotatividade da mesa diretora do conselho da gestão em tela. Nesse contexto, existiu fraca participação da comunidade na 8ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 2009, que debateu vigilância sanitária, com cerca de 60 participantes, oriundos somente do centro da cidade. Esses fatos levaram a necessidade de realização de um diagnóstico situacional sobre o Controle Social do Município, por parte dos profissionais de saúde que eram também conselheiros, onde se analisou o contexto social, a estrutura e funcionamento do conselho de saúde.

Em relação ao contexto social, existia somente um tipo de organização social formalmente constituída e atuante, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Existia a intenção de se criar uma associação dos comerciantes. Existiam grupos de quilombolas residentes nas áreas mais afastadas do centro do município. As igrejas eram o principal ponto de encontro entre os membros da comunidade. Quando ocorria alguma denúncia ou reclamação referente aos serviços de saúde, esta era realizada diretamente para a Secretária de Saúde, ou para a prefeitura e vereadores. Os representantes da comunidade no Conselho Municipal de Saúde não eram procurados.

Em relação à estrutura, a representação dos segmentos sociais era fraca, pois a maioria das entidades que representavam a comunidade não existia formalmente, a representação dos profissionais era baixa, devido ao reduzido número e as reuniões ocorriam no horário de atendimento e a participação dos gestores se resumia a presença da Secretária de Saúde. Quanto ao funcionamento do Conselho de Saúde, o mesmo possuía sua criação formalizada por meio de lei municipal e Regimento Interno. Sua lei de criação estava desatualizada, não constando corretamente quais os segmentos sociais que estariam representados no conselho. O Regimento Interno não era adotado, pois nenhuma providência era tomada em relação às faltas constantes dos conselheiros, as reuniões não possuíam periodicidade definida, sendo marcadas conforme a necessidade de aprovação de alguma deliberação, além de não haver uma forma padrão de se registrar.

Intervenção realizada

A mesa diretora da gestão 2009-2011, constituída por três profissionais de saúde e um usuário, partindo dos dados do diagnóstico preliminar acima descrito, objetivou otimizar a participação popular por meio da conscientização de seus direitos e do poder do controle social, além de aprimorar os mecanismos administrativos do Conselho de Saúde. Foram realizadas intervenções para estimular a participação dos conselheiros atuais, bem como aprofundando o diagnóstico por meio da análise e discussão sobre quais os segmentos da comunidade seriam representados e quem seriam os representantes destes, além de ampliar o debate do papel do Controle Social para a comunidade e otimizar as ações administrativas.

Para estimular a participação dos atuais conselheiros, o presidente e o secretário desta gestão fizeram visita domiciliar a todos, explicando sobre a importância do conselho e da participação nas reuniões, além de realizar treinamentos.

Na análise preliminar sobre os segmentos a serem representados, as igrejas foram selecionadas em adição ao sindicato dos trabalhadores rurais e aos comerciantes. Ofícios começaram a ser enviados aos líderes dos segmentos representados solicitando novos conselheiros. O CMS decidiu que seria incluída entre as representações dos segmentos sociais da próxima gestão, os quilombolas e uma associação de moradores de um bairro distante do centro da cidade, ampliando o número de membros.

Para ampliação do debate do Controle Social no município, foi organizada a 9ª Conferência Municipal de Saúde (9ª CMS) realizada no ano de 2009 com o tema “Controle Social, Conhecimento e Acesso aos Serviços de Saúde no Município de Doutor Ulysses”. O orçamento previa material de escritório, alimentação e transporte para os participantes, despesas com deslocamento e estadia de palestrantes, que foi aprovado pela prefeitura. Foram realizadas nove Pré-Conferências, abrangendo todo o município, tendo a participação de 175 pessoas, que elaboraram os temas para discussão na 9ª CMS e pré-elegeram os conselheiros e elegeram os delegados para a conferência. As Pré-Conferências contaram com o apoio das Igrejas, do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, das associações de moradores e dos quilombolas, sendo responsáveis pela divulgação e cedendo o espaço para a realização do evento. A 9ª CMS foi realizada em 4 de julho de 2011 com a participação de mais de 300 pessoas. Foram realizadas duas palestras que abordaram o funcionamento do Sistema Único de Saúde e o Controle Social. Foram formados sete grupos de discussão, onde se debateu os temas levantados nas Pré-Conferências. A plenária final, formada por delegados de todas as regiões do município aprovou as diretrizes da 9ª CMS e elegeu o novo CMS, pela primeira vez no município formado de conselheiros indicados em pré-conferências.

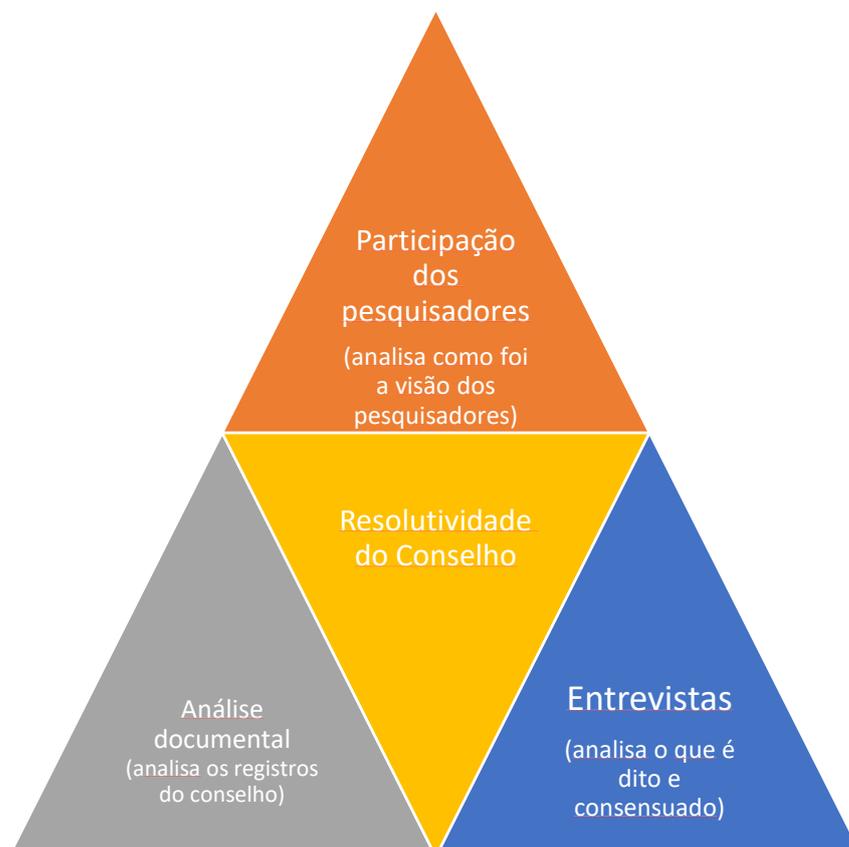
O Conselho, buscando aprimorar seu desempenho administrativo, realizou as seguintes ações : a) reestruturação da Lei de criação do Conselho e do Regimento Interno; b) início da solicitação de justificativa de faltas às reuniões, com o envio de ofícios aos segmentos representativos do conselho solicitando a nomeação de outro conselheiro caso o anterior não comparecesse às reuniões; c) estabelecimento e

execução de cronograma com reuniões ordinárias bimestrais; d) gravação das reuniões, com posterior transcrição e aprovação das atas; e) registro das atividades do conselho; f) elaboração de instrumentos para clarificar a prestação de contas para os conselheiros.

Delineamento e coleta de dados

Foi realizado estudo de caso, retrospectivo, das gestões do Conselho Municipal de Saúde de Doutor Ulysses, dos períodos de 2007/2009 (pré-intervenção), 2009/2011 (intervenção), 2011/2013 (pós-intervenção). Foram analisadas documentações físicas, registros disponibilizados em arquivos virtuais, realizadas entrevistas com os principais atores envolvidos. Salienta-se que três dos pesquisadores tiveram participação nas ações relatadas no caso estudado. Procedeu-se a uma análise por triangulação de métodos com a finalidade de medir a resolutividade das ações do conselho (Oliveira, 2007). O esquema da triangulação de dados encontra-se consignado na Figura 1.

Figura 1 – Triangulação de métodos para análise da intervenção realizada no Conselho Municipal de Saúde de Doutor Ulysses para aumentar sua resolutividade



Entende-se por resolutividade a capacidade de lidar com os problemas apresentados e as tarefas assumidas durante as reuniões do conselho com a finalidade de identificar e intervir sobre causas e fatores de risco ao qual a população está exposta (Brasil,1998). Por meio da extração dos dados da documentação do conselho, das entrevistas dos atores da intervenção e da percepção dos pesquisadores que foram atores do processo avaliou-se a resolutividade das gestões estudadas e o sentido do Controle Social para os entrevistados e para a comunidade.

Análise documental

Os documentos analisados foram as atas, ofícios e resoluções das três gestões do Conselho de Saúde. A extração de dados destes documentos teve como objetivo listar todas as atividades, discussões e acontecimentos das reuniões do conselho por meio da manifestação dos conselheiros. Após a leitura das atas consideraram-se como relato todos os debates no conselho que não geraram votação (acontecimentos, dúvidas, comentários entre outros) e propostas os que geraram e que ocorreram pré e pós votação. Realizou-se a extração de dados dos debates conforme segue:

- Dados gerais: data, número, reunião ordinária ou extraordinária, conselheiros e visitantes presentes, hora de início e fim, quantidades de relatos e propostas debatidas;
- Dados dos relatos e propostas: numeração da ata, descrição, quem falou, o que falou (apresentou, discutiu, reclamou, perguntou, esclareceu, colocou em votação), conteúdo, resolutividade registrada na ata (não se aplica, gerou outros relatos/propostas, resolvido, parcialmente resolvido, não resolvido);
- Ofícios e resoluções: número, descrição, relação com qual relato/proposta;

Após a primeira extração, os dados gerais das atas foram tabulados para medição de frequências, tendo como base o total de conselheiros da referida gestão analisada, utilizando o programa Microsoft Excel 2013®. Os relatos e propostas foram tabulados de duas formas: avaliou-se a frequência de contribuição dos participantes por meio do debate e o conjunto de relatos e propostas referente a um mesmo assunto foi agrupado, gerando assim o registro completo de uma atividade do conselho. Atividades semelhantes foram agrupadas em temas de debate do conselho.

Entrevista de atores que vivenciaram as atividades do Conselho

Para construção e análise das entrevistas foi utilizado o conjunto de técnicas da análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2011). Elaborou-se um plano de análise, constituído de três etapas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

Na pré-análise, foram organizados os materiais da pesquisa. Por meio da própria construção teórica do estudo, foram delimitados os objetivos da análise e determinado o corpus da investigação. O corpus da investigação foi a transcrição das entrevistas envolvendo os conselheiros e gestores que estavam atuando durante o período das três gestões foco do estudo. Objetivou-se por meio das transcrições das entrevistas explorar a resolutividade do conselho e a sua representação frente ao próprio entrevistado e a sua comunidade.

As entrevistas foram do tipo semiestruturadas e realizadas pelo pesquisador principal. A entrevista foi dividida em três etapas, encadeadas para guiar o raciocínio e a construção de pensamentos complexos por parte do entrevistado: história de vida, detalhes da experiência vivida e o impacto do fenômeno estudado (ações do conselho de saúde nas gestões analisadas) para sua vida e para a comunidade. A história de vida teve o objetivo de fazer com que a pessoa situe a sua vida em relação aos fatos em estudo, além de tranquilizar o entrevistado quanto à entrevista; os detalhes da experiência objetivaram a construção detalhada dos fatos; a última etapa (reflexo do fenômeno na vida do entrevistado e de sua comunidade) foca na construção do impacto das ações realizadas pelo conselho na vida do entrevistado e no que ele acredita que possa ter influenciado a sua comunidade (Seidman, 2005).

Após a construção da primeira versão do roteiro das entrevistas, houve a adequação do roteiro por meio de um juiz externo, um dos pesquisadores que não vivenciou os fatos em estudo. (Manzini, 2003). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A população alvo das entrevistas era composta pelos conselheiros de saúde das três gestões do Conselho (27 membros) e os gestores do executivo municipal que estiveram presentes durante as três gestões analisadas (dois membros). A participação no estudo foi estimulada por meio de visitas aos possíveis entrevistados, onde foram apresentadas explicações sobre a pesquisa a ser desenvolvida. Então, quando ocorreu anuência em participar, as entrevistas foram agendadas e realizadas individualmente. Na realização da entrevista, o pesquisador

explicava novamente o objetivo da mesma e, caso o mesmo concordasse em participar, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na descrição analítica foram selecionados os métodos de codificação, classificação e categorização do corpus. Para codificação, foi selecionado o recorte de frases sobre qualquer atividade relacionada aos serviços de saúde e ao controle social, sendo estas as unidades de contexto elementares (UCE). O processo de classificação deu-se por meio do agrupamento das UCEs. As UCEs que se referem a mais de uma classificação foram agregadas em cada uma respectivamente. A enumeração deu-se pela razão do número de palavras ditas em cada agrupamento de UCEs pelo total de palavras dos discursos dos entrevistados que se referiram a esta, bem como o número de entrevistados que mencionaram cada agrupamento. Para a categorização, os grandes grupos de UCEs previamente classificados foram categorizados em até três dimensões semânticas: a categoria (de maior abrangência), a subcategoria primária (abrangência intermediária) e a subcategoria secundária (de menor abrangência).

A interpretação inferencial ocorreu levando em consideração a correlação do contexto social e as crenças dos entrevistados com o que representou o Controle Social na sua vida e para a sua comunidade, com o fim de obter fatores importantes para o desenvolvimento do controle social no município. Em todas as etapas, foi utilizado o programa NVIVO 10® para a extração e organização dos dados.

Percepção dos pesquisadores que participaram dos fatos

Por meio da vivência da maioria dos pesquisadores com o trabalho, os mesmos também se tornaram agentes das transformações ocorridas, participando ativamente com o fazer do Conselho e com a realização das intervenções propostas. Em cada atividade registrada na extração dos documentos, os pesquisadores registraram seus comentários sobre como os fatos ocorreram, apontando alguns fatos de relevância para o Conselho.

O estudo atende as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o registro número 22744513.0.0000.5347.

RESULTADOS

Dados sobre a atuação de conselheiros antes, durante e depois de intervenção buscando o aumento da corresponsabilidade.

A Tabela 1 apresenta o resultado da extração dos dados das atas das 3 gestões em estudo. Na gestão pré-intervenção (2007/2009), a secretária de saúde solicitou que não gostaria de ser indicada novamente como presidente do conselho, passando o mesmo por três mudanças de sua mesa diretora. As representações dos usuários estavam registradas como as Igrejas (como um único grupo), Comércio, Comunidade, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Associação de Pais e Professores de Doutor Ulysses e Associação de Pais e Mestres Vila Varzeão (um dos locais quilombolas do município). Houve também a criação de uma comissão para apuração de uma denúncia de mau atendimento a uma usuária.

Durante a intervenção (gestão 2009/2011), a mesa diretora eleita permaneceu até o final da gestão. As representações dos usuários eram as igrejas Católica, Quadrangular, Assembleia de Deus, Congregação Cristã, o Comércio e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Foram criadas três comissões temporárias (câmara técnica de Saneamento, do Lixo e uma comissão para resolver pendências trabalhistas dos profissionais contratados que estavam na ativa no município).

Na gestão pós-intervenção (2011/2013) a mesa diretora eleita também permaneceu até o fim da gestão. Foram criadas cinco comissões, sendo três permanentes (comissões financeira, de saneamento e administrativa) e duas transitórias (comissão do convênio, e comissão da zoonose). A gestão foi formada pelas mesmas representações dos segmentos sociais da gestão anterior e foram acrescentadas a Associação do Bairro Tigre e a Associação Quilombola.

Tabela 1 – Dados gerais da extração de dados dos documentos do CMS

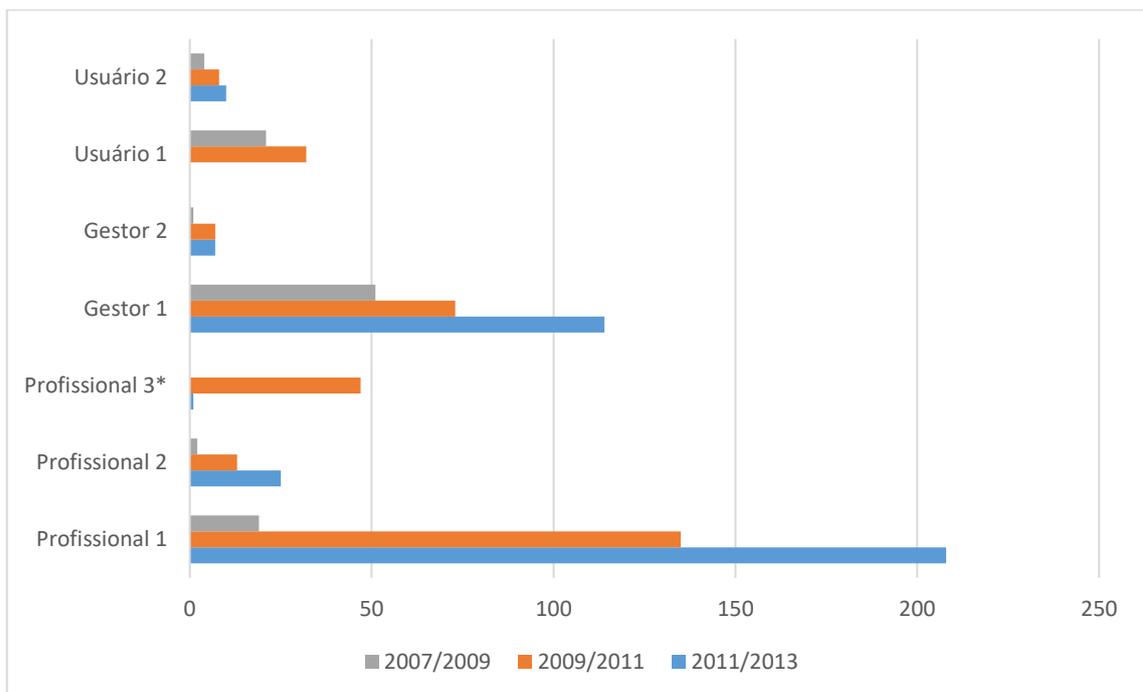
Dados			Gestão do CMS		
			2007/2009	2009/2011	2011/2013
Conselheiros	Gestores/Prestadores de Serviço	<i>n</i>	6	6	8
		Presença (%)	62,8	6 56	35
		Intervenções nos debates (n)	55	88	137
	Profissionais	<i>n</i>	6	6	8
		Presença (%)	51	70	53
		Intervenções nos debates	21	196	263
	Usuários	<i>n</i>	12	12	16
		Presença (%)	42,9	38	29
		Intervenções nos debates	12	36	61
	Visitantes/convidados	<i>n</i>	21	9	43
Não se identificou a origem	Intervenções nos debates	13	41	28	
Reuniões	Ordinárias		10	13	24
	Extraordinárias		3	4	5
	Média de duração (em minutos)		93	105	139
	Intervalo entre as Reuniões ordinárias (meses)		2-3	1-2	1
	Presença dos Conselheiros (%)		50	51	38
	Documentos produzidos		20	58	71
Debates	Total de Relatos		49	79	157
	Total de Propostas		35	90	138

Destacam-se como conselheiros que mais intervieram dois representantes dos usuários (com 53 e 22 intervenções), três dos profissionais de saúde (362, 48 e 40 intervenções) e dois dos gestores (238 e 15 intervenções). Os três conselheiros profissionais e os dois conselheiros usuários fizeram parte da mesa diretora em algum momento das três gestões, sendo que o profissional 1 foi presidente nas três gestões. A conselheira gestora que mais atuou é a secretária de saúde do município, que também permaneceu nas três gestões. Os gráficos Gráfico 1 e Gráfico 2 mostram o número de intervenções orais dos conselheiros nas gestões analisadas.

Gráfico 1 – Intervenções orais nas reuniões do conselho



Gráfico 2 – Intervenções orais dos conselheiros mais ativos



*= Este profissional somente participou da primeira reunião do conselho no pós-intervenção, pois pediu demissão.

Todos os relatos e propostas referentes a mesma atividade foram agrupados, o mesmo ocorrendo com as atividades relacionadas com o mesmo tema, gerando nove temas de debate pelo conselho. A Tabela 2 e o Apêndice A descrevem estes resultados.

Tabela 2 – Temas de debate pelo Conselho de Saúde

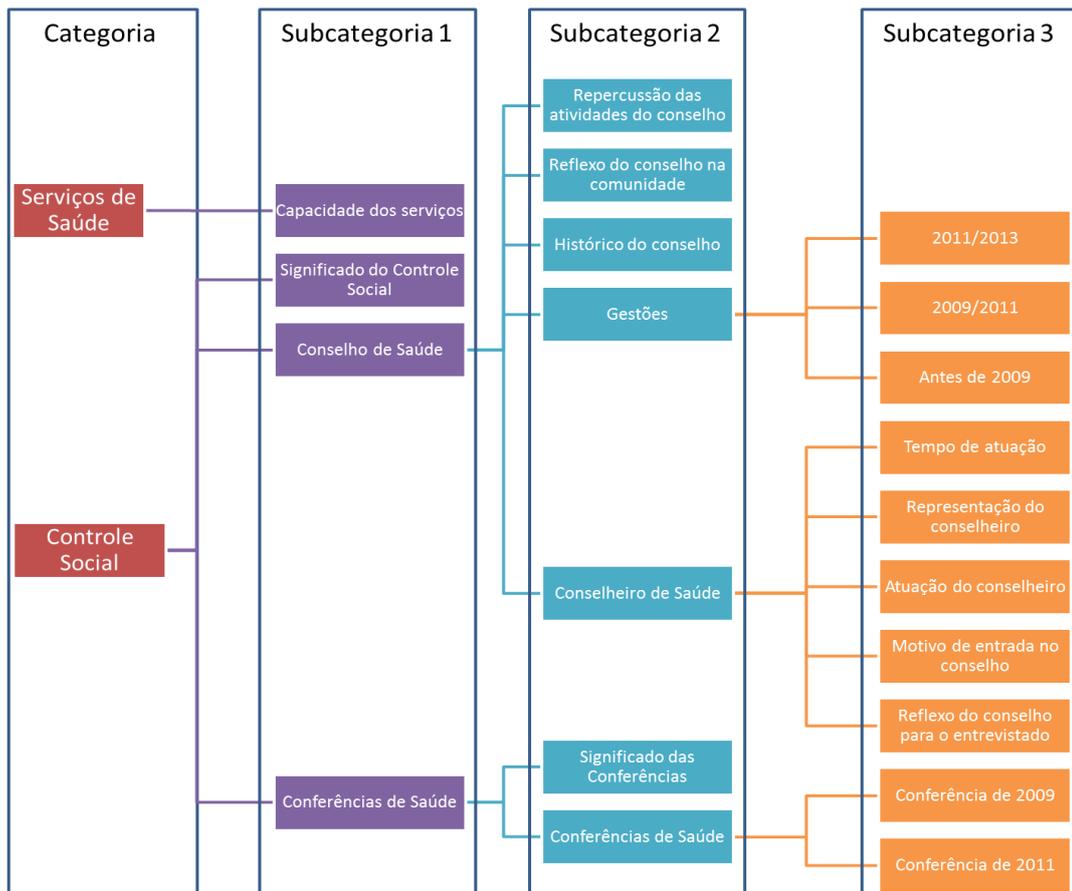
Tema	Gestão	Atividades	Número de Intervenções orais
Assuntos internos do conselho	2007/2009	5	15
	2009/2011	20	62
	2011/2013	29	127
Transporte e marcação de consultas	2007/2009	3	7
	2009/2011	3	9
	2011/2013	5	13
Direitos trabalhistas dos profissionais de saúde	2007/2009	3	7
	2009/2011	5	25
	2011/2013	9	47
Estrutura física da saúde	2007/2009	5	8
	2009/2011	1	1
	2011/2013	6	49
Qualidade dos Serviços de saúde prestados	2007/2009	16	27
	2009/2011	18	84
	2011/2013	23	143
Prestação de contas	2007/2009	7	10
	2009/2011	17	99
	2011/2013	11	64
Convênio*	2007/2009	1	12
	2009/2011	1	30
	2011/2013	1	7
Conferências de Saúde	2007/2009	1	3
	2009/2011	2	15
	2011/2013	3	7
Saneamento e Lixo	2007/2009	1	8
	2009/2011	4	57
	2011/2013	5	60
Total	2007/2009	42	97
	2009/2011	70	382
	2011/2013	92	517

* Este assunto se refere ao convênio criado com o município vizinho, para resolver o problema de mau atendimento deste município aos moradores de Doutor Ulysses

Entrevistas

Foram selecionados por conveniência e entrevistados sete conselheiros de saúde (um gestor, dois profissionais de saúde e quatro usuários) e dois gestores da prefeitura. A categorização das UCEs está expressa na Figura 2 e no Apêndice B.

Figura 2 – Categorização das Unidades de Contexto Elementares das entrevistas



Participação dos pesquisadores

A identificação dos acontecimentos chave, realizada pelos pesquisadores, que influenciaram o desenvolvimento, realização e resultados da intervenção está descrita na Tabela 3.

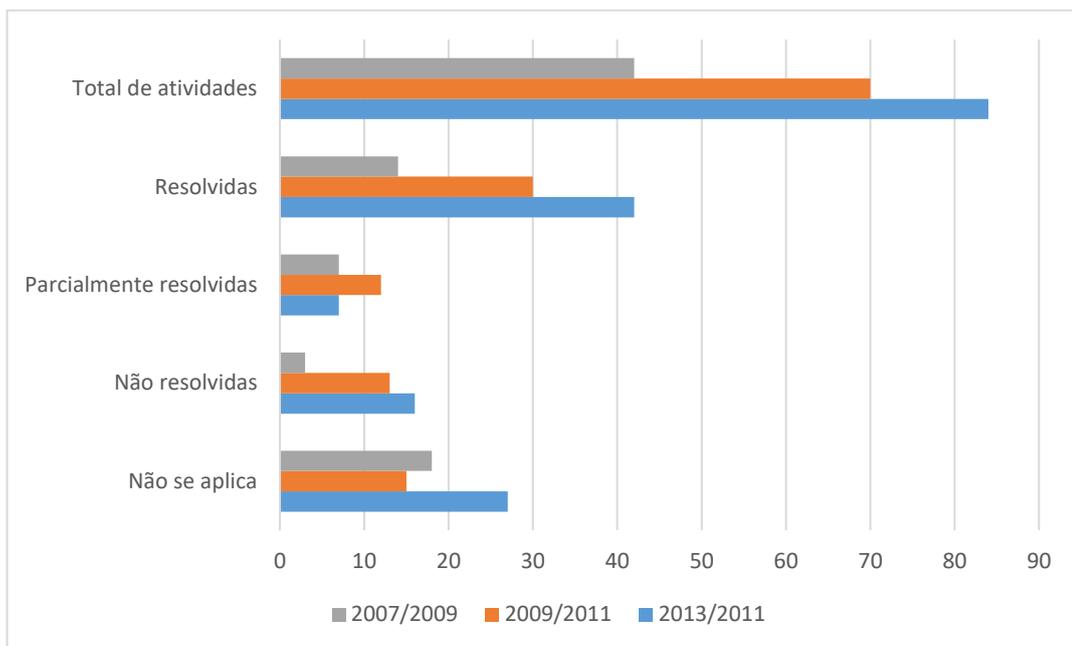
Tabela 3 – Fatores-chave identificados pelos pesquisadores

Gestão	Acontecimento
Pré-intervenção (2007/2009)	Secretária de Saúde relata que não quer ser mais presidente do conselho
	Conselheiros comentam se algum dia irão entender a prestação de contas.
	O presidente da 1ª mesa diretora informa que é a primeira vez que participa de um conselho de saúde e que vai se inteirar dos documentos do conselho
	Saída do presidente do cargo, mas não do conselho
	Saída da presidente da 2ª mesa diretora do cargo, mas não do conselho
	Gestores que o conselho solicitou presença nas reuniões para esclarecimentos não compareciam
	Exibição de um filme sobre Controle Social na Saúde
Intervenção (2009/2011)	Apresentação do Regimento Interno para os conselheiros na primeira reunião
	Definição do cronograma de reuniões
	Reunião Regional dos Conselho Municipais de Saúde, onde o presidente esteve presente
	Criação da comissão de saneamento e de direitos dos funcionários contratados
	Ofício solicitando esclarecimentos da prestação de contas assinado por todos os conselheiros
Pós-intervenção (2011/2013)	Treinamento dos conselheiros na primeira reunião do conselho
	Criação de comissões permanentes (finanças e saneamento)
	Reunião com promotor público, gestores municipais e presidentes de outros conselhos;
	Primeira vez que o tema de uma conferência de saúde foi escolhido pelos conselheiros

Triangulação

A resolutividade das ações e a complexidade dos debates realizados durante as gestões do conselho, por meio da geração de outros relatos e propostas a partir da discussão estão representados no Gráfico 3 e nos Apêndices C e D.

Gráfico 3 – Resolutividade do Conselho de Saúde de Doutor Ulysses



DISCUSSÃO

Os resultados nos trazem uma clara percepção da atividade e da resolutividade crescente do conselho crescentes durante as gestões analisadas. Apesar de o número de temas de discussão no conselho não ter se alterado, a quantidade e complexidade dos debates realizados aumentou, gerando reflexo também na quantidade de documentos produzidos, reuniões realizadas e no aumento expressivo da quantidade de convidados para a reunião do conselho, principalmente para esclarecimentos referentes a prestação de contas e os serviços de saneamento. O número de representações também aumentou, gerando reflexo na quantidade de conselheiros, porém, ocasionando oscilações na frequência. A presença dos conselheiros nas reuniões oscilou durante estes três períodos, reduzindo principalmente durante a gestão 2011/2013. Os possíveis fatores para a oscilação e posterior redução das presenças são: o aumento no número de reuniões; dificuldade

de acesso ao centro da cidade pelos conselheiros usuários; número reduzido de profissionais de saúde e de funcionários da administração da prefeitura.

Percebe-se também grande mudança em relação aos debates realizados no conselho. Analisando os relatos, além do seu aumento também existe a mudança do perfil das falas entre os segmentos representados no conselho. Os gestores passaram a dar mais esclarecimentos com o passar do tempo, enquanto os usuários começaram a fazer mais perguntas e gerarem mais demandas. Os profissionais fizeram principalmente comentários frente aos demais assuntos previamente colocados, e também dando mais esclarecimentos e sugestões. Em relação às propostas, a quantidade de discussões das ideias apresentadas aumentou expressivamente. Gestores e profissionais de saúde discutiram mais, mas o aumento mais expressivo foi dos profissionais. O segmento dos usuários apresentou um aumento da quantidade de ideias apresentadas, mas recuou em relação ao número de discussões, porém em relação aos segmentos que iniciaram os debates, houve um aumento crescente de sua participação. A grande quantidade de debates também trouxe outro aspecto positivo: a ramificação das propostas e relatos a partir da discussão base aumentou.

Em relação aos conselheiros mais ativos, segundo o ponto de corte de 10 intervenções, observa-se que todos participaram das três gestões do conselho analisadas, com a exceção de dois conselheiros. Em todos eles, observa-se um aumento de intervenções com o passar do tempo. Mas dois destes conselheiros se destacam. A evolução do Profissional 1 (que foi o presidente do CMS durante as três gestões) nos debates se deu principalmente nas tarefas de articulação dentro do conselho, o que é comprovado pelo grande número de comentários, esclarecimentos e sugestões entre os relatos e de discussões entre as propostas. O Gestor 1 (secretário de saúde no período das três gestões) ampliou a quantidade de esclarecimentos entre os relatos, mostrando seu papel de prestador de contas das ações da saúde, além de também participar do debate das propostas.

Observando a resolutividade do conselho, nota-se um aumento das atividades resolvidas. O tema *transporte e marcação de consultas* obteve a pior resolutividade, principalmente pela baixa governabilidade do CMS no agendamento de consultas especializadas, que é feito por meio de um sistema informatizado fornecido pelo estado, aliado as condições precárias das estradas, que por vezes impossibilita o transporte dos pacientes ao centro de referência.

Na análise documental encontrou-se uma crescente atividade do CMS nas diferentes gestões, refletido pelo aumento de assuntos debatidos e aumento quantitativo nos debates de cada assunto. Nas entrevistas, observa-se um aumento incremental da cobertura do discurso quando o assunto debatido é a gestão do conselho. Destaca-se também que os entrevistados sempre se referiram de alguma forma ao Controle Social e ao significado das Conferências de Saúde. Os pesquisadores identificaram que as gestões passaram por três períodos diferentes. O primeiro período caracterizou-se pela desorganização do conselho, além do descaso dos demais setores da prefeitura com o conselho. Neste período, o conselho não possuía representatividade e não era visto como um órgão deliberativo. O segundo período foi caracterizado pela reorganização do conselho, a estabilização da mesa diretora e a criação de comissões temáticas resolutivas. A ida do presidente a reunião regional dos Conselhos de Saúde, onde pode conhecer o funcionamento de outros conselhos de saúde e a relação do conselho com o Ministério Público também favoreceu ao conhecimento do papel do conselho dentro do município pelos próprios conselheiros. No terceiro período, já detectou-se o grande reconhecimento do papel do conselho pelos gestores e pelos conselheiros, que se caracterizou pela ampliação das atividades do CMS, capacitação dos conselheiros, a reunião realizada com o promotor público onde esteve presente a administração central do município (prefeito, chefe de gabinete e secretários de várias pastas), juntamente com representantes dos demais conselhos do município.

Um dos mais importantes assuntos que circundam as organizações é a gestão de mudanças. A literatura é vasta sobre os métodos de mudanças, mas rara sobre quais dificuldades que se encontram nos processos de mudança. Alguns autores encontram taxas de falhas em mudanças em grandes corporações variando de 50 a 75% (Cascio, 1995; Bashein, Markus e Riley, 1994).

Champagne (2002), após extensa revisão da literatura, identifica três pontos essenciais para uma mudança efetiva em uma organização: a decisão de mudar (que inclui os estágios de iniciação ou análise, procura e escolha de soluções); a implementação da solução a curto (atualização) e médio (institucionalização) prazos e abandono com ou sem substituição. Em relação à mudança de atuação no CMS, identificamos estes três pontos. Pode-se entender o início a decisão de mudar a partir de dois trechos da fala do Profissional 1:

Eu iniciei apenas resolvendo questões pontuais no início do conselho, isso a muito tempo atrás. [...] A partir de um determinado momento eu passei a ser conselheiro de saúde de fato e daí acabei me interessando pra tentar fazer [...] algumas modificações [...] na metodologia de trabalho do conselho. [...] Nós fizemos isso, tivemos mais condições de fazer isso quando por desistência do então presidente do conselho eu acabei assumindo né o cargo do presidente que havia desistido da sua função.

Eu diria que assim, o conselho de saúde permitiu que eu executasse uma série de situações e intervisse diretamente na realidade do município, da saúde do município né. [...] Na medida que ele me deu essas condições eu acredito que ele mudou a minha vida até embora esses conceitos sempre tivessem, [...] mas assim, na medida em que eu obtive resultado através dele, isso me permitiu que eu consolidasse esses conceitos e os mantivesse ainda mais ativos, e me estimulasse mais ainda a trabalhar em cima do crescimento do controle social dentro do município (informação verbal).

Apesar do Profissional 1 já ter os conceitos do que fazer para a melhoria da atuação do CMS, inicialmente não o fazia. Velho (1994) nos traz que quanto mais o ator é exposto a experiências diversificadas, convivendo com *ethos* e visões de mundo contrastantes, mais marcada será sua autopercepção de individualidade singular. Essa individualidade singular estimula o ator a desenvolver um 'campo de possibilidades' (performances, explorações, e opções de negociação com a realidade) amplo, possibilitando o desenvolvimento de um 'projeto'. Por meio dos projetos que a ação social ganha uma dimensão, podendo unir mais indivíduos em sua implementação, desde que eles compartilhem uma percepção e vivência de interesses comuns. A eficácia da união em torno de um projeto depende do instrumental simbólico, dos paradigmas a que estiverem associados, da capacidade de contaminação e difusão da linguagem que for utilizada (Velho, 1986).

O contexto gerou uma oportunidade para o Profissional 1 aplicar suas ideias. Apesar de não haver associações formais, a comunidade sempre foi muito ligada às igrejas; no ano de 2009 o prefeito foi cassado, possibilitando novas eleições, gerando uma mudança da gestão municipal, que já estava em posse da situação a quatro mandatos; o grande revezamento de presidentes no CMS na gestão 2007/2009; o CMS ainda era visto somente com o objetivo de realizar aprovações pela secretaria de saúde e não em toda a sua capacidade de poder influenciar a política de saúde. A intervenção realizada por meio de ações de curto prazo inicialmente (visitas pessoais aos conselheiros) seguidas por medidas a médio prazo (reformulação do regimento interno, cobrança de presença entre outros) conseguiu desenvolver um núcleo duro de conselheiros (tabela dos conselheiros que mais participaram) já que se

desenvolveu um “ambiente de implementação”⁵ (Weiner et al, 2011) que reforçou e manteve as atividades do conselho, mesmo com a grande abstenção encontrada na gestão 2011/2013.

Progressivamente, o CMS foi abarcando mais responsabilidades. Conforme o CMS atingia um objetivo, isto gerava estímulo a este núcleo duro de conselheiros, fortalecendo seu envolvimento e sua relação de confiança e proporcionando a todos aprendizado coletivo. A estrutura organizacional do CMS também foi se adaptando a esta crescente complexidade, criando comissões para resolver assuntos específicos e documentando melhor às atividades.

Entre as dez perspectivas da mudança organizacional compiladas por Champagne (2002), algumas delas são identificadas como atuantes na transformação do CMS:

- Abordagem de desenvolvimento organizacional: a maioria das decisões do conselho eram realizadas por amplo debate seguido de votação, que quase sempre era consensual, sempre foi valorizado o compartilhamento de ideias;
- Modelo psicológico: a resistência natural à mudança dos conselheiros foi ultrapassada por meio das vitórias alcançadas pelo conselho e pelo ambiente de implantação;
- Modelo estrutural: nesta perspectiva, apesar do conselho ter normas para seu funcionamento, o regimento e a forma de condução deixava a estrutura maleável as mudanças ocorridas no contexto. Sempre se buscou o diálogo com os gestores, mesmo após inúmeras atitudes realizadas por eles que indicavam tomar medidas mais drásticas, como procurar o Ministério Público;
- Modelo Político: o jogo político do município, a princípio, excluía o CMS, o enxergando somente como um “aprovador de resoluções”. Este fator foi de grande importância para estruturação inicial, pois houve pouca interferência dos tomadores de decisão do município dentro do CMS durante este processo;

⁵ Percepções compartilhadas entre os membros de uma organização sobre a valorização que esta dá a uma inovação proposta.

- Abordagem da Gestão Estratégica: o momento de instabilidade na gestão 2007/2009, com a alta rotatividade da mesa diretora, aliado a inserção de um presidente já com uma perspectiva de como deveria ser o CMS, propiciou uma mudança radical na atuação do conselho;
- Abordagens dos “gurus”: segundo os gurus ou líderes intelectuais da administração, a mudança é natural, inevitável e urgente e pode ser provocada por uma liderança competente e efetiva.
- Aprendizado Organizacional: a evolução da atividade do CMS ocorreu por meio de tentativa e erro, fato que é comprovado pela evolução da resolutividade em quase todos os temas apontados.

Os demais determinantes (modelo hierárquico, abordagem ecológica e institucional e a teoria da complexidade) pouco justificam as mudanças ocorridas no CMS (Champagne, 2002).

Em relação a participação da comunidade nas atividades do CMS, os achados são controversos. Nas entrevistas com os conselheiros, alguns citaram as ações do conselho que impactaram na comunidade, outros citam que agora a comunidade entende mais os seus direitos. A comunidade pouco frequentou as atividades do Controle Social do Município nas três gestões. Isso é relatado por um conselheiro neste trecho da entrevista:

Hoje tem um pouco de desinteresse da comunidade né? [...] Faz audiência pública, convoca para prestação de contas, a comunidade não vai! (informação verbal).

Este mesmo entrevistado levanta algumas explicações para o caso.

Pode ser um pouco por falta também de divulgação porque às vezes só colocam umas faixinhas na rua, uma semana antes, [...] não tem rádio comunitária divulgando, o trabalho dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) divulga que tem encontro, [...]. Hoje o acesso das pessoas para poderem vir é dificultoso né [...], o transporte é duas vezes por semana, só na terça e na quinta, e quando vem essas pessoas já vem com o horário apertado, [...]. Então a pessoa já vem com outras atividades, ela não vai vir para especificamente participar da reunião (informação verbal).

Este fato é corroborado com a participação massiva da população nas pré-conferências e na 9ª Conferência Municipal de Saúde, onde foi feito um esquema massivo de divulgação, oferecido transporte e alimentação para todos no dia do evento. Mas se observarmos o impacto desta grande ação no CMS, ele também é controverso. A gestão formada pela primeira vez por conselheiros eleitos entre seus segmentos foi a que apresentou a pior taxa de presença, e poucos dos assuntos

apresentados foram de fato debatidas dentro do CMS. A Conferência anterior, que debateu Vigilância Sanitária e Saneamento, obteve uma discussão muito mais abrangente dentro do próprio CMS, com grande repercussão no município. Uma das possíveis explicações para este fato da discussão ser em torno de um tema mais concreto e no momento de ascensão do CMS, este foi abraçado com mais vigor pela instituição, outro fator importante foi que o tema da conferência foi um dos poucos a ser reapresentado, quando um conselheiro usuário solicitou a revisão das diretrizes. Assim, quando ocorreu a 9ª Conferência, a agenda de atividades do CMS estava cheia, tendo que postergar o início das atividades propostas.

Outra razão para a baixa participação da comunidade dentro do conselho é que a própria estruturação do conselho e a realização de uma grande conferência é uma inovação e como tal, necessita de tempo para sua efetiva implementação. A Organização Pan-americana da Saúde considera três níveis de participação e controle social: a conformação em leis e normas, o reconhecimento pela gestão da capacidade de participação do grupo e por último o estímulo a mobilização social (OPAS e CNS, 2012). Portanto o CMS estava na fase de promover a mobilização, visto que os dois níveis anteriores foram alcançados e concretizados.

Este estudo possui algumas limitações: nem todas as reuniões foram gravadas e a metodologia de construção das atas mudou no passar das gestões. Assim, a gestão de 2007/2009 pode ter sido prejudicada por problemas de registro. Um grande número de intervenções não se pode identificar a origem e nem todos os conselheiros de saúde puderam ser entrevistados.

Alguns elementos são chave para a efetivação de um Conselho de Saúde resolutivo em um município de pequeno porte. O CMS deve estar livre da influência político-partidária (Brasil, 2002); o conselho deve identificar algum problema de saúde visível por todos, mas que ainda pouco foi feito para sua resolução, para que possa servir de ponto de partida para a sua atividade; a continuidade de alguns conselheiros entre as gestões; divulgação massiva das atividades do Controle Social. A liderança é de fundamental importância para a efetivação do conselho, e os profissionais de saúde tem papel proeminente neste quesito. Pelo fato de nem sempre ter vivido na mesma realidade, pela formação acadêmica, a possibilidade de se gerar um indivíduo singular entre os profissionais de saúde é maior. A gestão do conselho também deve sempre ter em mente o projeto de gestão, sua capacidade de governo e governabilidade do sistema (Matus, 1997), ampliando de forma incremental suas

atividades. Outro aspecto importante é a criação do “ambiente de implementação” dentro da estrutura, que motive todos que estiverem participando, criando uma relação de confiança entre todos os conselheiros objetivando a construção coletiva deste espaço deliberativo.

CONCLUSÃO

O Conselho Municipal de Saúde se tornou um órgão mais efetivo com o passar das três gestões analisadas. Uma rede de fatores determinantes, que foram apresentados no decorrer do estudo, contribuiu para esta resolutividade crescente. A comunidade pouco influenciou nas decisões do conselho, somente participando massivamente da 9ªCMS. Como o trabalho de avivamento do conselho ocorreu de uma forma gradual e contínua, a atuação com a comunidade deve também seguir esta metodologia, sendo liderada pelos seus representantes no conselho.

Reconhece-se que o Brasil ainda está em fase da efetivação da participação social na saúde. Muitos outros municípios que possuem as mesmas condições socioeconômicas do município estudado podem estar passando pelas mesmas dificuldades para a implantação do Controle Social de fato, podendo se beneficiar dos achados deste estudo. Porém, ainda falta visão da influência destes determinantes no Controle Social bem como de intervenções de *empoderamento* da comunidade.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASHEIN, B.J.; MARKUS, M.L.; RILEY, P. **Preconditions for Business Process Reengineering Success**. Information Systems Management 11(2):7-13, 1994.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 1990.
- _____. **Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, 1998.
- _____. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios do controle social na atualidade**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, Mar. 2012.
- CASCIO, W.F. **Whither Industrial and Organizational Psychology in a Changing World of Work?** American Psychologist, November 928-39, 1995.
- CHAMPAGNE, François. **The Ability to Manage Change in Health Organizations**. Commission on the Future of Health Care in Canada. No. 39, 2002.
- COELHO, Juliana Souza. **Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.
- CÔRTEZ, Soraia V., org. **Participação e saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- GRINDLE, Merilee S. e THOMAS, John W. **Public choices and policy change: The political economy of reform in developing countries**. London: The Johns Hopkins University Press, 1991.
- HERNANDEZ, Ovidio D'Angelo. **Participación y construcción de la subjetividad social para una proyección emancipatoria**. 1ª Edición. La Habana: Publicaciones Acuario; 2005.
- IBGE Cid@ades – Doutor Ulysses PR – Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=412863>>. Acesso em: 03 ago. 2014.**

IPARDES – **Caderno Estatístico Município de Doutor Ulysses**. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=83590>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

HAGE, Jorge. **Declaração**. In: Conselhos de municípios fracassam na fiscalização. Boletim da FENASTC. Goiânia, 21 de setembro de 2006.

LYRA, Rubens Pinto. **Democracia Representativa x Democracia Participativa: a representação do Estado e da sociedade civil nos conselhos de políticas públicas**. In: Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia; Florianópolis, 2007. p. 602-628.

MANZINI, E. J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada**. In Marquezine, M.C.; Almeida, M. A.; Omote, S. Colóquios sobre pesquisa em educação especial. Londrina: Eduel, 2003. P. 11-25.

MATUS, Carlos Romo. **Política, Planejamento e Governo**. 3. Ed. Brasília: IPEA, 1997. p. 292.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 182 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização pan-americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, D.C., 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e europeias**. Brasília, 2012.

SEIDMAN, Irving. **Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences**. 3. ed. New York: Teachers College Press, 2005.

VALLA, Victor Vincent. **Sobre participação popular: uma questão de perspectiva**. Cad. Saúde Pública, v. 14, supl. 2. Rio de Janeiro, 1998.

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

VELHO, Gilberto. **Subjetividade e sociedade, uma experiência de geração**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

WEINER, Brian J.; BELDEN, Charles M.; BERGMIRE, Dawn M.; JOHNSTON, Matthew. **The meaning and measurement of implementation climate**. Implementation Science, 2011; 6: 78.

4 DISCUSSÃO GERAL

A pesquisa foi iniciada pensando em como uma Conferência de Saúde pode transformar o Controle Social, por meio da experiência do município de Doutor Ulysses. Logo surgiram outros questionamentos frente ao foco inicial do estudo: o que mais pode interferir no Controle Social? Como é feito o planejamento de serviços para a comunidade?

Quando se fez a busca inicial para esclarecimento destas dúvidas, a maioria dos documentos mencionava a orientação comunitária dos serviços da APS, mas não definia exatamente o que era uma comunidade ou quais ações específicas seriam necessárias para diagnosticar e intervir em uma comunidade. Juntamente a isso, durante a extração dos dados dos estudos de caso, percebeu-se uma queda na presença além da baixa atuação dos conselheiros na gestão pós-intervenção que entraram no conselho após a 9^o CMS. Uma análise mais profunda se fez necessária, ampliando o foco da pesquisa. Este novo foco então tratou-se de aprofundar nos conceitos e ferramentas de abordagem à comunidade, bem como entender quais os fatores necessários para a transformação do Conselho Municipal de Saúde em um órgão ativo e representativo de sua comunidade.

Sobre o conceito de comunidade, não encontramos uma definição concreta nos documentos oficiais. Analisando os trabalhos de alguns autores, como Etizioni (2003), Hillemeier e colaboradores (2003) e Macqueen e colaboradores (2001), percebemos o quão é difícil a sua definição. E nenhuma delas são levadas em consideração na maioria dos planejamentos de saúde, em que geralmente os aspectos geográficos e/ou populacionais são levados em consideração. Em relação a este fato, Gofin e Gofin (2011) nos trazem que o mais importante ao definir uma comunidade é que os usuários saibam onde podem acessar os serviços de saúde e para a equipe de saúde quem são as pessoas de sua responsabilidade.

Estes autores definem o conceito Saúde da Comunidade, dizendo que é a expressão coletiva dos determinantes sociais de saúde dos indivíduos ou grupos de uma comunidade. Um diagnóstico desta comunidade deve ser realizado, a fim de entender melhor esta expressão para poder utilizar intervenções mais específicas, alcançando maior resolubilidade dos problemas de saúde. Esta abordagem foi confirmada com resultados bem positivos no caso do combate ao HIV/Aids mostrados por Merzel e D'Affilitti (2003).

Pensando nesta perspectiva, a APOC e a SCOC podem servir como base para uma transformação nos serviços de APS no Brasil. Apesar da criação da Portaria nº 4279/2010 e o Decreto nº 7508/2011 (Brasil), o SUS ainda se organiza de forma fragmentada, onde seus três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) são constituídos de pontos de atenção isolados e fracamente comunicados uns entre os outros e que por consequência não conseguem prestar um cuidado contínuo a saúde da população (Mendes, 2010). Com um serviço fragmentado não se consegue acompanhar um paciente em seu itinerário de saúde, ou informar quais atendimentos são prestados, fazendo os usuários gastarem recursos próprios para obterem insumos e serviços nesta área. A ingerência é marcante neste serviço, pois ele não é orientado para a produção de resultados. São alguns dos efeitos da fragmentação dos serviços (Gofin e Gofin, 2011):

- Duplicação de Serviços;
- Desperdício de recursos;
- Grandes diferenças entre status de saúde dos membros da comunidade;
- Cada vez mais especialistas;
- Grande concorrência entre os serviços particulares;
- Inacessibilidade dos serviços;
- Sobre-uso dos serviços por alguns;
- Aumento no gasto em saúde pelas pessoas.

Neste quesito, a APOC pode ser utilizada dentro de cada comunidade de responsabilidade de uma equipe de ESF ou de uma UBS, onde cada vez mais os profissionais de saúde irão conhecer as nuances da comunidade, detectar subgrupos, famílias e até indivíduos que necessitam de um cuidado diferenciado, realizando atividades que impactem em toda a comunidade, não só nos que procuram atendimento. A SCOC já auxiliaria o planejamento em nível macro, partindo ou da detecção de problemas pelas equipes de ESF ou das UBS, ou mesmo pela resolução de problemas de ordem nacional, onde cada ESF deve ter o papel de priorizar junto com a sua comunidade as necessidades de ação e de também poder adaptar o programa ou linha de cuidado para que seja melhor aplicado na região de sua responsabilidade. A SCOC cria o fluxo de informação/adaptação das políticas sempre pensando na comunidade como ponto inicial e final.

Em relação as instâncias de participação da comunidade da saúde, desenvolvemos uma nova forma de avaliação de sua performance. Frente a complexidade de relações causa-efeito que podem determinar a eficiência de um Conselho Municipal de Saúde, somente um método de análise seria impossível a sua total compreensão. A triangulação dos métodos encaixa perfeitamente para análise e detecção de seus fatores.

A mudança no Controle Social em um município de pequeno porte é um grande desafio. Primeiramente é necessário que exista a ciência da falta do Controle Social ou da ineficiência do conselho, o que muitas vezes não é detectado por simplesmente nunca ter sido visto algo diferente. Galgane (2013) ao perguntar a percepção dos usuários sobre os serviços da farmácia municipal do município de Palmas, Tocantins, percebeu um estranhamento dos entrevistados quando perguntados sobre o que achavam do serviço que estava sendo prestado, sendo respondido por alguns que não conhecem um outro serviço para sua comparação, logo não podendo opinar sobre o assunto. O fato de existir um integrante que visualize a realidade de forma diferente, um 'indivíduo singular' (Velho, 1994) se faz necessário para perceber e agir estimulando os demais.

Ao mudarmos o pensar dos conselheiros sobre seu real papel dentro do conselho, criando um ambiente de implantação, conseguimos grandes resultados com a atuação do conselho, como apresentados anteriormente. Porém a mudança do pensamento da comunidade de ser mais participativa na gestão da saúde do município de certa forma não foi alcançada. As ações da 9ª CMS surtiram efeito somente no engrandecimento do debate de saúde durante a sua realização, pois até mesmos os novos conselheiros eleitos em suas pré-conferências ou tiveram altas taxas de falta ou pediram substituição, além também da contínua baixa de pessoas nas reuniões do Conselho e nas Audiências Públicas. Um dos entrevistados (Profissional 1) também cita esta questão:

As pessoas que vão em uma conferência dificilmente se eu pegar alguém que passou por aquela conferência um mês depois e perguntar pra ele, alguém da comunidade, não alguém que participou da conferência, [...] realmente "o que você fez? Você foi ao conselho de saúde? Você participou mais" Eu tenho a impressão que se fizermos um levantamento estatístico nós vamos ter que 99% dessas pessoas não vieram a ter nenhum tipo de ação no controle social, desenvolvido por aquela conferência.

O mesmo entrevistado cita uma forma de ampliar a participação da comunidade no Controle Social:

Então assim, a única maneira de você conseguir fazer isso é através de um trabalho contínuo, um trabalho que tem que ser trabalhado na escola né, [...] tem que começar a estimular o pensamento da criança desde o início que ele é um cidadão, que ele faz parte de um todo e de que ele tem que trabalhar para esse todo também, e não só para o seu crescimento pessoal. Então isso vem da família, vem da escola e vem de um trabalho contínuo com a comunidade de pessoas que [...] tem essa visão, que tem esse conhecimento tem que procurar trabalhar nesse sentido pra que haja uma disseminação desse conceito né? E de uma maneira contínua né? Sempre motivando, mostrando resultados, pra que as pessoas passem realmente a comprar essa ideia e realmente incluí-las nos seu viver diário.

O Conselho Municipal de Saúde de Doutor Ulysses estava em processo de crescimento, e atuou no seu fortalecimento por meio de seus membros. A 9ª CMS serviu como uma lição de que a mudança do pensamento de toda uma comunidade é um processo lento, onde somente uma atividade pontual, mesmo que bem conduzida, pouco impacta na percepção de Controle Social.

5 CONCLUSÕES GERAIS

Deve-se dar a devida importância na construção de um conceito. A forma vaga com que Alma-Ata definiu a orientação comunitária da APS é o exemplo disso. A forma como a orientação comunitária da APS está sendo levada no Brasil deve ser repensada pela academia, profissionais de saúde, gestores e principalmente pela sociedade ao analisar o que é de fato uma comunidade e como uma equipe de saúde pode se responsabilizar pelas suas necessidades.

A APOC e a SCOC têm um grande potencial de auxiliar o Brasil nessa linha de pensamento. No processo da APOC são associadas características sociais, culturais e a participação ativa da comunidade no planejamento, além do foco de responsabilização da equipe ser toda a comunidade, saudáveis ou doentes, que procuram ou não o serviço de saúde. Desenvolvem-se equipes altamente especializadas nas necessidades da comunidade a que servem. No processo da SCOC a comunidade é sempre o foco do planejamento regional, onde todas as determinações realizadas devam ser construídas de forma que possam sofrer adaptações pelas equipes de saúde durante sua implementação, além do duplo fluxo de informações, onde cada comunidade de responsabilidade do gestor macro está contribuindo para a construção de um serviço de saúde mais efetivo. A adaptação destas ferramentas a realidade brasileira se torna de grande importância para a criação de uma APS mais forte e resolutiva e coordenadora do cuidado de fato.

Em relação ao Controle Social, o Conselho Municipal de Saúde tem um grande papel transformador das ações e serviços de saúde de um município de pequeno porte. Para isso, seus conselheiros devem compreender seu papel dentro deste órgão, gestores devem prestar contas de forma mais clara e objetiva, além de não pensar no conselho como um inimigo da gestão, mas, sim, como um parceiro. Uma liderança eficiente se faz necessária para a condução inicial das atividades. Os profissionais de saúde têm um papel crucial neste processo, pois possuem mais chances de conhecerem diversas realidades por meio de seu estudo e experiência profissional, se tornando os indivíduos singulares, agentes do processo de transformação do Controle Social.

Em relação a avaliação da ação de um Conselho Municipal de Saúde, os pesquisadores devem considerar aspectos quantitativos e qualitativos para tal. As relações humanas têm importante reflexo da atuação do Conselho, logo metodologias

que incluem o pesquisador no meio de vivência ou outras que consigam capturar esta essência dos conselheiros são importantes como a avaliação quantitativa de sua ação.

Não se pode resumir o Controle Social aos Conselhos ou Conferências de Saúde. Estes dois órgãos têm fundamental importância, mas o mais importante é que a Sociedade opine, auxilie e fiscalize a implantação da política de saúde independente de um canal para este fim. Um Conselho de Saúde ativo não necessariamente significa uma sociedade ativa e conhecedora dos serviços, logo é papel desta instância difundir cada vez mais os conceitos de Controle Social entre seus membros.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
- _____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 1990a.
- _____. **Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 1990b.
- _____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- _____. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, 2006.
- _____. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da União, 2008.
- _____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, 2010.
- _____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 2011a.
- _____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, 2011b.
- COELHO, Juliana Souza. **Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.
- ETIZIONI, Amitai. **Communitarianism**. In: CHRISTENSEN K.; LEVINSON D. Encyclopaedia of Community: From the Village to the Virtual World. Vol 1. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003, p. 224-228.

GALGANE, Carolina Lage Miranda. **Serviços Farmacêuticos: considerações para a Política Nacional a partir da cidade de Palmas/TO**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2013.

GOFIN, Jaime; GOFIN, Rosa. **Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria**. Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 21, n. 2-3, Mar. 2007, p. 177-185.

GOFIN, Jaime; GOFIN, Rosa. – **Essentials of global community health**. Sudbury MA: Jones & Barlett Learning, 2011, 269 p.

HILLEMEIER, Marianne M.; LYNCH, Jhon; HARPER, Sam; CASPER, Michele. **Measuring contextual characteristics for community health**. Health Serv Res. 2003; 38 (6, pt 2): 1645-1717.

LYRA, Rubens Pinto. Democracia Representativa x Democracia Participativa: a representação do Estado e da sociedade civil nos conselhos de políticas públicas. In: Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia. Florianópolis, 2007, p. 602-628.

MACQUEEN, Kathleen M.; MCLELLAN, Eleanor; METZGER, David S.; et al. **What is the community? An evidence-based definition for participatory public health**. Am J Public Health, 2001, 91: 1929-1938.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; LIMA, Kenio Costa de. **Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, set. 2006.

MERZEL, Cheryl; D’AFFILITTI, Joanna. **Reconsidering community-based health promotion: promise, performance and potential**. Am J Public Health, 2003; 93: 557–74.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, 182 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <<http://healthydocuments.org/public/healthydocuments-doc9.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização pan-americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, D.C., 2007.

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Temas de debate do Conselho de Saúde

Tema	Gestão	Atividades	Conselheiros que iniciaram a discussão					Número de Intervenções
			Gestor	Profissionais	Usuário	Visitantes	Não está claro	
Assuntos internos do conselho	2007/2009	5	2	2	0	0	1	15
	2009/2011	20	1	13	2	0	4	62
	2011/2013	29	3	22	2	0	2	127
Transporte e marcação de consultas	2007/2009	3	2	0	1	0	0	7
	2009/2011	3	2	0	1	0	0	9
	2011/2013	5	3	1	1	0	1	13
Direitos dos profissionais de saúde	2007/2009	3	2	0	0	1	0	7
	2009/2011	5	2	3	0	0	0	25
	2011/2013	9	5	4	0	0	0	47
Estrutura física da saúde	2007/2009	5	4	0	0	0	1	8
	2009/2011	1	1	0	0	0	0	1
	2011/2013	6	4	2	0	0	0	49
Qualidade dos Serviços de saúde prestados	2007/2009	16	8	4	2	2	0	27
	2009/2011	18	4	7	4	0	3	84
	2011/2013	23	8	4	9	1	1	143

Tema	Gestão	Atividades	Conselheiros que iniciaram a discussão					Número de Intervenções
			Gestor	Profissionais	Usuário	Visitantes	Não está claro	
Prestação de contas	2007/2009	7	7	0	0	0	0	10
	2009/2011	17	4	5	1	2	2	99
	2011/2013	11	4	7	0	0	0	64
Convênio*	2007/2009	1	0	1	0	0	0	12
	2009/2011	1	0	1	0	0	1	30
	2011/2013	1	0	0	1	0	0	7
Conferências de Saúde	2007/2009	1	1	0	0	0	0	3
	2009/2011	2	1	1	1	0	0	15
	2011/2013	3	2	0	1	0	0	7
Saneamento e Lixo	2007/2009	1	0	0	0	0	1	8
	2009/2011	4	0	2	1	0	1	57
	2011/2013	5	2	1	1	0	1	60
Total	2007/2009	42	26	7	3	4	3	97
	2009/2011	70	15	32	9	5	11	382
	2011/2013	92	31	41	15	1	5	517

*= Esse assunto se refere ao convênio criado com o município vizinho, para resolver o problema de mau atendimento deste município aos moradores de Doutor Ulysses

APÊNDICE B – Categorização das Unidades de Contexto Elementares

Categoria I – Serviços de Saúde					
Subcategoria 1		UCE – Tipos de respostas		C*	%**
Capacidade dos serviços de saúde		<p>“Não pode resolver todas as situações né? [...] Teve prioridades e o município não consegue, com a quantidade de profissionais que tem, não consegue executar tudo né?” Profissional 2</p> <p>“O município conhece os seus problemas, porque esses problemas são problemas antigos e você sabe que eles são prioritários, e as vezes o que existe é a dificuldade de colocar em prática ações que resultem em resultados práticos.” Profissional 1</p> <p>“Cada vez que nós consegue contratar um profissional melhor, melhora a saúde. Quando nós perde esse profissional, a saúde decai um pouco. Além disso nós tem um problema dos carros. Então quando nós tem carro bom para transportar melhor... Então é meio instável. [...]. A gente tem problema grave aqui, tem problema antigo e não depende só do conselheiro. Depende da prefeitura, depende do povo ter boa vontade também.” Usuário 2</p>		0/2/1	3,8
Categoria II – Controle Social					
Subcategoria 1	Subcategoria 2	Subcategoria 3	UCE – Tipos de respostas	C*	%**
Significado do Controle Social			<p>“A própria conscientização da população, [...] a aproximação do gestor das administrações com a população através do conselho de saúde, isso também é algo muito importante” Profissional 1</p> <p>“Com as ideias das pessoas, com as cobranças da comunidade você consegue selecionar qual que é o teu foco, qual que é a tua prioridade de atuar” Profissional 2</p>	2/2/4	20,33

			<p>“Sabe quando você está dividindo a responsabilidade? [...] Hoje eu tenho alguém pra dividir a minha responsabilidade,” Gestor 1</p> <p>“E o pessoal ficou mais por dentro dos assunto né? Das suas responsabilidades, seus direito que tem de procurar, exigir... Pra que a saúde se faça, faça mais ainda né?” Usuário 3</p> <p>“Nós continuamos lutando pelos objetivo da saúde. Continuamos brigando, procurando se inteirar mais das necessidades da saúde né, e procurando ver se conseguimos resolver um pouco dos problemas da saúde, que ainda existem bastante uma tarefa grande pra nós vencer.” Usuário 2</p>		
Conselho de Saúde	Repercussão das atividades do conselho		<p>“É um conselho que funciona, e também é um conselho que dentro do vale (do Ribeira) todo mundo fala...” Gestor 3</p>	1/1/0	0,93
	Reflexo da atuação do conselho na Comunidade		<p>“Na minha opinião [...] parcialmente. Porque hoje ainda a gente vê na nossa atividade no conselho [...] que há uma carência por parte da comunidade desse interesse né?” Profissional 2</p> <p>“Com certeza. [...] Da comunidade como um todo, todas essas ações que foram comentadas né, elas são críticas né.” Profissional 1</p> <p>“Ai... eu acho que sim. [...] eles (comunidade) tão procurando saber mais as coisas... Os direitos, os deveres então, eu acho que mudou sim. Que eles (comunidade) têm mais conhecimento como funciona a saúde, como funciona tudo então... Sabe que não é só uma pessoa que mexe né?” Usuário 4</p> <p>“O conselho consegue divulgar melhor[...] e o povo tão se conscientizando que o conselho faz parte do município.” Usuário 2</p> <p>“Hoje as pessoas sabem o que pedir e como reivindicar os direitos de cada um.” Gestor 4</p>	2/2/3	15,26

	Histórico do conselho		“O conselho existe praticamente desde o início do município” Usuário 4	0/1/0	0,1
	Função do conselho		“Eu acho que tem a conferência tem sido bem importante porque é colocado metas e aí o conselho, a saúde tem tentado resolver né?” Usuário 4 “É um desafio do conselho conseguir atrair a população, que seria nosso objetivo conseguir eles junto com nós.” Usuário 2 “Com o apoio... conforme a gente vem fazendo mês a mês, a gente sabe que ele me ajuda na minha administração, me ajuda” Gestor 1	2/0/3	1,85
	Gestões	2011/2013	“ [...] eu vejo assim, o conselho passou a funcionar de uma maneira mais efetiva a partir do momento que nós conseguimos sensibilizá-los e ele vem num crescente né, vem num crescente cada vez, eu acredito, cada vez melhor né? “Foram programadas reuniões mensais porque a demanda aumentou. O compromisso da presidência aumentou. Intensificou as atividades. Então já era debatidos mais assuntos. As reuniões não eram mais de meia hora, 40 minutos, uma hora. As reuniões começaram a ser de 3 horas no mínimo [...]. Melhorou e muito” Profissional 2 “A partir desse (conselho) de 2011 foi conseguido já montar é, as comissões, [...]. A partir de 2011 foi elaborado planilhas que foram... pra desmembrar melhor os gastos. Gestor 1 “Na verdade continuou fazendo o mesmo.... No mesmo ritmo o mesmo trabalho.” Gestor 4 “os conselheiro tão bem mais informado né? E tão agindo também, cada um cobrando né, seus direitos vamos dizer assim. Buscando	3/2/4	22,52

			soluções né? Para resolver os problemas da sociedade, da família né?” Usuário 3		
		2009/2011	<p>“Foi boa porque eu fui indicado, lembro que fiquei de secretário. [...] Então as atas eram todas aprovadas e assinadas. [...] Todas as reuniões já eram programadas, já pegaram assinaturas, tinha cronograma, tinha reuniões bimestrais” Profissional 2</p> <p>“nós passamos a tentar a fazer um trabalho de reavivamento do conselho. Como é que foi feito isso: primeira coisa nós eliminamos a nomeação dos conselheiros e a escolha dos conselheiros pelos gestores né? Então foi procurado pessoas, nós procuramos e convidamos pessoas pra que essas pessoas... [...] pudessem participar desses conselhos né, [...] Então com isso, a partir daí, indo de casa em casa, nós fizemos um trabalho em que eu fui, peguei a relação dos conselheiros [...]e fui de casa em casa né, conversando com cada um desses conselheiros, explicando o que é o controle social, a importância que ele frequente, [...]. A partir do momento que isso foi feito, o conselho passou a ter um ponderamento maior né, ele passou a entender que havia uma série de... vamos dizer assim, de intervenções que ele podia fazer né, e que podia realmente dar opiniões, que podia intervir” Profissional 1</p> <p>“A participação dos conselheiros, assim [...] estava mais integrado sabe, mais unido, mais preocupado, então procurando buscar mais conhecimento, se aperfeiçoar no que era o dever do conselheiro, então isso melhorou bastante. A gente viu a diferença. A atuação deles, quantas modificações houve no conselho durante esse período pra cá né, então teve assim uma melhora muito grande.” Gestor 1</p> <p>“Eu acredito que melhorou mais, nós começamos a ficar mais atuante né, e desenvolver mais o nosso dever dos conselheiro, com a responsabilidade que nós tem...” Usuário 2</p>	3/2/3	12,41

			“A partir de 2009, da conferência houve uma melhor cobrança, entraram novos conselheiros, não aqueles antigos, entraram novos com mais vontade de mudança mesmo, e com isso houve uma melhora no funcionamento.” Usuário 1		
		Antes de 2009	“antigamente as reuniões só eram colocadas quando tinham um assunto. Não tinha cronograma mensal, não tinha cronograma bimestral, nem trimestral. [...]As assinaturas não eram realizadas na hora ali então ficaram tudo pendentes as atas.” Profissional 2 “antes era bem mais difícil... Na verdade a gente não tinha muito acesso (as informações de saúde) né... Nem sabia direito né? Direito que tinha... Usuário 3	1/2/2	2,16
	Conselheiro de Saúde	Tempo de atuação no conselho	“Tô até hoje. Olha, eu acho que entrei em 2007. No começo do ano já provavelmente” Profissional 2 “ [...] então eu participei do conselho desde seu início.” André	0/2/2	0,94
		Representação do conselheiro	“Representando a igreja, um tempo também trabalhei no conselho tutelar né, no conselho também.” Usuário 3 “Fui convidado pela secretária de saúde para representar o comércio. [...]na verdade a gente representa a comunidade né?” Usuário 2 “como conselheiro a gente tá representando... eu represento a igreja... então “aí sempre quando surge uma questão, um irmão quer falar, quer discutir né, tem alguma reclamação, tem algum elogio, alguma coisa já vem pra gente, a gente fala né, a gente pode chegar no dia da reunião lá e colocar esse assunto.” Usuário 4	0/0/3	1,53
		Atuação do Conselheiro no conselho	“A partir de um determinado momento eu passei a ser conselheiro de saúde de fato e daí acabei me interessando pra tentar fazer né, enquanto conselheiro algumas modificações na forma de trabalho né, na metodologia de trabalho do conselho.” Profissional 1	0/1/1	1,51

		Motivo de entrada no conselho	<p>“Pelo serviço.Tava aqui no serviço e fui indicado pela secretaria de saúde.” Profissional 2</p> <p>“ [...] esse daí foi o primeiro como eu já falei anteriormente através da solicitação do pastor [...]” Usuário 1</p>	0/1/1	0,29
		Reflexo do conselho na vida do entrevistado	<p>“Aumentou os pepino (risos). [...]Então, você acaba, acabava fazendo mais coisas e não tinha muito tempo para identificar quais eram as prioridades. Profissional 2</p> <p>“Eu diria que assim, o conselho de saúde permitiu que eu executasse uma série de situações e intervisse diretamente na realidade do município, da saúde do município né.” André</p> <p>“[...] então é bem interessante porque a gente tá representando, a gente sabe que a gente tá né, não tá lá só pra assinar, fazer alguma coisa.” Usuário 4</p> <p>“Na verdade esclareceu outras coisas que a gente né, ficar quieto em casa não tinha, não sabia né?” Usuário 3</p> <p>“Mudaram o jeito de pensar, o tipo de enxergar as coisas né, pra gente que tá lá dentro do conselho enxerga diferente do que as pessoas de fora veem. A gente vê que não é tão fácil para resolver os problemas.” Usuário 2</p> <p>“Quer queira quer não eu estou mais tranquila (risos). Sabe quando você está dividindo a responsabilidade? Eu sinto isso hoje.” Gestor 1</p>	2/2/3	8,71
Conferências de Saúde	Significado das Conferências		<p>“ [...] embora como todas as conferências, as conferências é.... elas tem o aspecto qualitativo e tem o quantitativo. Nem sempre o aspecto quantitativo ele determina o qualitativo né? Você ter muitas pessoas nem sempre significa que você vai ter uma resolubilidade maior ou menor né, porque muitas vezes você vai acabar [...] Então assim é, a parte numérica ele é bem interessante do ponto de vista...</p>	2/1/1	10,48

			<p>na amplitude da disseminação da informação, mas da mesma forma como você tem [...], não sei até que ponto você consegue realmente sensibilizar essas pessoas né?” Profissional 1</p> <p>“Eu acho que tem a conferência tem sido bem importante porque é colocado metas e aí o conselho, a saúde tem tentado resolver né? Fazer... Procurando fazer o que foi colocado lá na conferência” Usuário 4</p> <p>“[...] apesar de todas as nossas conferências foram sempre muitas produtivas e a gente tem um orgulho que as conferências que mais tem a população [...] é as conferências da saúde” Gestor 1</p> <p>“[...]porque a conferência nos ajuda nisso, da gente ver aonde a gente tá errando, pra tentar arrumar.” Gestor 3</p>		
	Conferências de Saúde	Conferência de 2009	<p>“Então assim, a (conferência) de 2009 ela aconteceu como sempre aconteceram as conferências no município. Foram organizadas pelo gestor né, e... só que não houve, nesta conferência em particular um grande afluxo de recursos para a conferência, ou seja, não houve liberação de funcionários de outros setores, apenas os funcionários da saúde foram liberados para participar e foi trabalhada a divulgação mais na comunidade central né, onde fica a gerencia da saúde, a administração da saúde do município, [...] Todos os bairros foram avisados, informados tal, mas a vinda das pessoas ficou por sua própria iniciativa. Profissional 1</p> <p>“Teve! Palestrantes... Não me recordo... O tema... Foi abordado questões mais daí foi discutido... Escolhido os conselheiros... Foi. é... Discutido metas dos anos a seguir então...” Usuário 4</p> <p>“Foi a primeira que eu participei. Pela falta de conhecimento eu nunca tinha participado de nada dentro daqui e no município que eu morei, esse daí foi o primeiro” Usuário 1</p>	3/1/4	3,72

			“Eu participei um pouco, foi uma excelente conferência assim no meu modo de ver né? O pessoal foi bem participativo, houve o pessoal que foi lá e falou o que tinha que... reclamou o que tinha que reclamar.” Gestor 3		
		Conferência de 2011	<p>“[...] foi uma conferência bastante interessante para o controle social do município.[...] O conselho de saúde [...] foi um dos elementos que atuou né, na conferência [...]foi criado uma comissão interna desse conselho né, [...], houve uma ação conjunta de diversos conselheiros pra que essa conferência tivesse assim uma [...] frequência maior né, uma representatividade maior em relação aos cidadãos do município.[...] , na conferência de 2011 fizemos inclusive essa... o que chamamos de pré-conferência, então nós fomos em cada setor que ia fornecer conselheiros e fizemos ali com aquele pequeno grupo uma parceria, uma capacitação dessas pessoas.” Profissional 1</p> <p>“[...]foi muito bem organizada, muito bem planejada, estrategicamente, com todas as pré-conferências, no dia da conferência em si foi o dia todo, que reuniu muitas pessoas. [...]Foi corrido atrás, foi feito todas as pré-conferências, então reuniu 300 pessoas mais ou menos.” Profissional 2</p> <p>“Eu participei, ajudei no evento, trabalhei também na recepção, ajudei e aí também fui [...] escolhida pra conselheira titular.” Usuário 4</p>	1/2/4	13,54

*= Conselheiros (Gestores/Profissionais/Usuários)

**= Cobertura do discurso (palavras ditas na subcategoria/palavras totais do discurso * 10

APÊNDICE C – Resolutividade do Conselho

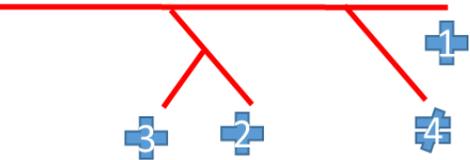
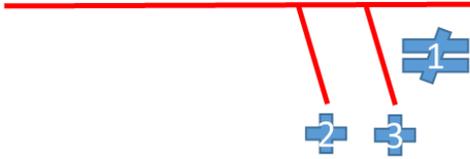
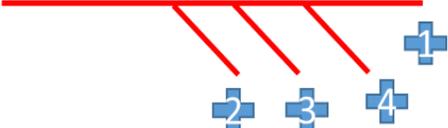
Tema	Gestão	Atividades	Resolutividade					Complexidade dos debates			
			Atividades originadas no período da gestão				Atividades não resolvidas originadas na gestão anterior não debatidas	Não gerou propostas e/ou relato	Gerou outras propostas	Gerou outros relatos	Gerou propostas e relatos
			Resolvido	Não-resolvido	Parcialmente resolvido	Não se aplica					
Assuntos internos do conselho	2007/2009	5	1	3	0	1	0	4	1	0	0
	2009/2011	20	8	3	1	6	1	15	4	0	1
	2011/2013	29	13	2	3	11	2	24	3	2	0
Transporte e marcação de consultas	2007/2009	3	0	1	1	1	--	2	1	0	0
	2009/2011	3	1	2	0	0	0	3	0	0	0
	2011/2013	5	0	1	0	4	1	4	1	0	0
Direitos dos profissionais de saúde	2007/2009	3	0	0	0	3	--	3	0	0	0
	2009/2011	5	1	1	1	2	0	4	1	0	0
	2011/2013	9	3	0	2	4	1	6	2	1	0
	2007/2009	5	0	0	0	5	--	5	0	0	0

Estrutura física da saúde	2009/2011	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	2011/2013	6	3	1	0	2	0	6	0	0	0
Serviços de saúde	2007/2009	16	6	3	1	6	--	12	4	0	0
	2009/2011	18	12	3	1	2	3	13	4	1	0
	2011/2013	23	12	3	5	3	1	17	3	2	1
Prestação de contas	2007/2009	7	6	0	0	1	--	6	1	0	0
	2009/2011	17	6	2	6	4	0	17	4	0	0
	2011/2013	11	8	0	2	1	2	10	1	0	0
Convênio	2007/2009	1	0	0	1	0	--	0	1	0	0
	2009/2011	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
	2011/2013	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0
Conferências de Saúde	2007/2009	1	1	0	0	0	--	0	1	0	0
	2009/2011	2	1	0	1	0	0	0	1	0	1
	2011/2013	3	2	0	1	0	0	2	1	0	0
Saneamento e Lixo	2007/2009	1	1	0	0	0	--	1	0	0	0
	2009/2011	4	1	1	2	0	0	2	2	0	0
	2011/2013	5	0	0	3	2	0	3	2	0	0
Total	2007/2009	42	14	7	3	18	--	33	9	0	0
	2009/2011	70	30	12	13	15	4	55	17	1	2
	2011/2013	84	42	7	16	27	7	72	15	4	0

APÊNDICE D – Ramificação dos debates no Conselho

Assuntos internos do Conselho			Legenda
Pré-intervenção	Intervenção	Pós-intervenção	
			1. Alterações do Regimento interno; 2. Regras para definições de convocações de conselheiros; 3. Contato com conselheiros faltantes; 4. Regras para deliberações do conselho; 5. Regras sobre infrações de conselheiros
			1. Criação das comissões permanentes do conselho; 2. Comissão financeira; 3. Comissão de saneamento; 4; Comissão do Convênio.
Direito dos profissionais de saúde			Legenda
Pré-intervenção	Intervenção	Pós-intervenção	
			1. Obrigações patronais para com os profissionais de saúde; 2; Comissão para resolver os problemas do INSS;

			<p>3. Ampliação das funções da comissão para lidar também com a contratação dos profissionais;</p> <p>4. Regularização do Fundo de Previdência Municipal</p>
Qualidade dos serviços de saúde prestados			Legenda
Pré-intervenção	Intervenção	Pós-intervenção	
			<p>1. Apresentação das ações de Assistência Farmacêutica;</p> <p>2. Compra de urgência de medicamentos;</p> <p>3. Contratação de farmacêutico;</p> <p>4. Criação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais</p>
Prestação de contas			Legenda
Pré-intervenção	Intervenção	Pós-intervenção	
			<p>1. Aprovação do SISPACTO 2010 e 2011;</p> <p>2. Divulgação mais abrangente de exames preventivos ginecológicos;</p> <p>3. Iniciar o programa saúde do trabalhador;</p> <p>4. Melhorar o atendimento aos pacientes diabéticos;</p> <p>5. Afixar os laudos de qualidade da água na entrada da unidade central de saúde.</p>

Pré-intervenção	Intervenção	Pós-intervenção	Legenda
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestação de contas do ano de 2009; 2. Dúvidas em relação a prestação de contas de 2009; 3. Recomendações para prestação de contas de 2010; 4. Prestação de contas de 2010.
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestação de contas do ano de 2011; 2. Prestação de contas do segundo trimestre de 2011; 3. Prestação de contas do terceiro trimestre de 2011
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestação de contas do ano de 2012; 2. Prestação de contas do primeiro trimestre de 2012; 3. Prestação de contas do segundo trimestre de 2012; 4. Prestação de contas do terceiro trimestre de 2012

Convênio			Legenda
Pré-intervenção	Intervenção	Pós-intervenção	
			1. Criar um convênio entre os municípios de Cerro Azul e Doutor Ulysses;
			2. Envio de uma moção de repúdio contra o profissional de saúde de Cerro Azul que relatou descaso de atendimento por parte dos profissionais de Doutor Ulysses;
			3 Organização e avaliação do impacto do convênio;
			4. Prestação de contas do convênio;
			5. Criação de uma comissão para resolver os problemas do convênio.
Conferências de Saúde			Legenda
Pré-intervenção	Intervenção	Pós-intervenção	
			1. VIII Conferência Municipal de Saúde;
			2. Aprovação do Regimento Interno da Conferência;
			3. Prestação de contas da Conferência;
			4. Retomada das propostas da Conferência

Saneamento e Lixo			Legenda		
Pré-intervenção	Intervenção	Pós-intervenção			
			1. Providências para melhora da qualidade e distribuição da água.		
			2. Criação de uma câmara técnica para assuntos referentes ao saneamento;		
			3; Problema do mal funcionamento dos painéis que controlam a distribuição da água;		
			4; Realização da Conferência de Saneamento e criação do Conselho de Saneamento;		
			5. Negociação com o promotor público sobre o impedimento do corte de água aos inadimplentes do sistema.		
			6. Análise dos laudos de qualidade de água pelos conselheiros.		
	Relato		Resolvido		Parcialmente Resolvido
	Proposta		Não-Resolvido		Não se aplica