

CONCEPÇÕES DE SAÚDE DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO DA AMFRI/SC E A RELAÇÃO COM A PRÁTICA NO CONSELHO ¹

Águeda Lenita Pereira Wendhausen ^{*}
Ívia de Fátima Rodrigues ^{**}

RESUMO

A participação institucionalizada nos conselhos de saúde é fundamental para a consolidação de um novo modelo assistencial em saúde. Um dos alicerces desta mudança constitui-se no modo de conceber a saúde/doença. Constituindo-se os conselheiros como atores-chave do Sistema Único de Saúde (SUS), suas concepções formam a base sobre a qual se tomam as decisões sobre as políticas de saúde. O estudo buscou compreender como membros de conselhos municipais de saúde de dois municípios do litoral catarinense concebem saúde/doença e a relacionam ao atual modelo de assistência e sua prática nos conselhos. Adotou-se a abordagem qualitativa, através de grupos focais e entrevistas semi-estruturadas. As concepções de saúde/doença ultrapassam a visão biológica, tendo como determinantes: condições de vida, equilíbrio, cuidado com o corpo e acesso aos serviços. Criticam o modelo assistencial vigente, entretanto, ao relatarem suas atividades, a ênfase recai sobre assistência médica e procedimentos de média e alta complexidade. Não conseguem articular a concepção que têm com a prática que vivenciam nos conselhos. Assim, constatamos um descompasso entre as mudanças requeridas pelo SUS, que busca um modelo promocional de saúde, e as práticas nos conselhos e dos conselheiros, que ainda supervalorizam práticas medicalizadas em detrimento da atenção primária de saúde.

Palavras-chave: Processo saúde/doença. Conselhos de saúde (SUS). Políticas de controle social. Participação comunitária.

INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, corresponde a um momento de síntese de ampla reformulação do Sistema Nacional de Saúde brasileiro, que inclui a participação social como uma das diretrizes políticas para garantir, juntamente com os princípios da integralidade, equidade e universalidade, a mudança radical de um modelo de saúde privatista e fragmentado para um modelo democrático, de qualidade, que inclui a assistência primária e a promoção da saúde como principais motes de suas ações.

O ponto de partida para estas transformações é a mudança radical da concepção biologicista em relação à saúde/doença para o entendimento de que este estado é um processo determinado

principalmente pelas condições de vida e pela inserção histórica dos sujeitos no modo de produção da vida. Em síntese, é um entendimento de saúde como produção social. Hayakawa, Inoue e Scochi (2004) consideram que a mudança da concepção de saúde se dá à medida que as autoridades políticas e civis, as instituições e as organizações públicas e privadas, os proprietários, os empresários, os trabalhadores e a sociedade dedicam esforços constantes para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população, estabelecendo uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural, além de expandirem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a co-gestão e a democracia.

¹ Estudo financiado pelo Programa de Iniciação Científica do CNPq (PIBIC). Trabalho apresentado como resumo expandido no I Congresso Catarinense de Saúde Coletiva, Florianópolis, 2006.

^{*} Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Coordenadora e Docente do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho/Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

^{**} Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho UNIVALI.

Assim, entendemos que para efetivação do modelo assistencial almejado pelo Movimento Sanitário faz-se necessário que todos os envolvidos na cena da saúde, inclusive os usuários, possam compreender e discutir os diversos entendimentos de saúde/doença e seus desdobramentos sobre as políticas e práticas de saúde. Dentre estes atores consideramos os conselheiros de saúde como peças-chave nos rumos do setor saúde dos diversos municípios, já que representam diversos segmentos sociais e constituem-se em canais de escoamento de suas demandas.

Neste sentido, num cenário em que a consolidação do SUS é uma luta constante, entendemos como urgente e necessário verificar de que maneira a concepção de saúde/doença vem sendo apreendida pelos diversos representantes dos conselhos de saúde. Os objetivos do estudo foram conhecer as concepções de saúde/doença de conselheiros de saúde que participam de dois Conselhos de Saúde da Microrregião do Rio Itajaí-açu; como as relacionam ao modelo de saúde vigente e à sua prática como conselheiros.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório de cunho qualitativo. Nosso universo de pesquisa constituiu-se de dois Conselhos Municipais de Saúde, que denominaremos neste estudo de Município A (MA) e Município B (MB). MA é um Município de médio porte, com uma população de aproximadamente 150.000 habitantes. Destaca-se como centro regional, principalmente pela função mais específica de Centro Portuário. MB é um município de pequeno porte e possui em torno de 40.000 habitantes, tem sua atividade econômica voltada para a pesca e a indústria.

Quanto à composição dos conselhos, segundo dados colhidos diretamente nestes locais e através de documentos, CA e CB possuem respectivamente 18 e 12 conselheiros titulares e o mesmo número de suplentes. Os sujeitos de estudo foram todos os conselheiros titulares dos dois Conselhos, que estavam presentes no momento da realização da pesquisa.

A coleta de dados se deu em duas etapas. Na primeira utilizamos o grupo focal, que para

Minayo (1996) consiste numa técnica de importância para tratar de questões de saúde sob o ângulo de suas representações. Realizamos um grupo focal em cada conselho, em cujas reuniões participaram um total de nove conselheiros. Queremos ressaltar que o fato de que em ambas as reuniões tenhamos obtido o mesmo número de participantes, não foi proposital, pois o convite para participar estendeu-se a todos os componentes, inclusive os suplentes. Na segunda etapa optamos pela entrevista semi-estruturada, que complementou os dados dos grupos focais. Selecionamos em cada conselho dois entrevistados: um prestador de serviço privado e profissional de saúde em MA e um prestador de serviço público e usuário em MB. Nos grupos focais abordamos com mais profundidade as concepções de saúde e nas entrevistas sua relação com o modelo assistencial e o trabalho no conselho de saúde. Tanto no momento dos grupos focais, como da entrevista foram oferecidos e assinados pelos participantes o termo de consentimento livre e esclarecido.

As falas foram gravadas e transcritas logo após os encontros, momento em que foram acrescentadas notas relativas às observações feitas durante os grupos focais. O mesmo procedimento se repetiu em relação às entrevistas. O conteúdo das falas (grupos focais e entrevistas) foi analisado através da metodologia da análise temática descrita por Minayo (1996). A partir da identificação de unidades de significado emergiram categorias que foram agrupadas em temas maiores relacionados aos objetivos do estudo. Para preservar o anonimato identificamos os conselheiros com a letra C, seguida do município – A ou B, e a seguir um número de ordem dado a todos os participantes, de 1 a 18.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Em relação à idade os participantes, em MA a faixa etária é de 35 a 58 anos e em MB a idade fica entre 22 e 68 anos. Consideramos a diferença de idade um dado positivo para o funcionamento democrático deste fórum, pois as diversas experiências que permeiam várias gerações pode indicar uma variedade de posições frente aos temas discutidos. Quanto

ao sexo em MA havia um total de quatro participantes do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Em MB três participantes do sexo feminino e seis do sexo masculino. A escolaridade dos participantes nos dois conselhos é alta, já que em MA a maioria possui curso superior completo, sendo que somente um dos participantes possui o ensino fundamental; em MB, quatro participantes possuem o ensino superior e todos os demais possuem o ensino médio completo.

Os temas construídos a partir da análise de conteúdo foram: 1) **Concepções de Saúde/Doença**; 2) **O ponto de vista dos conselheiros sobre o modelo assistencial** e 3) **A relação do conceito de saúde-doença e prática no conselho**.

A construção do tema **Concepções de Saúde/Doença** se deu a partir das seguintes categorias: **Saúde é um estado de espírito/bem estar; Saúde não é só remédio/assistência médica; Saúde não é ausência de doença; Saúde tem a ver com aspectos culturais; Saúde tem a ver com condições de vida; Saúde tem a ver com cuidado de si; Não existe saúde total; Doença é consequência de um planeta doente**. Discutiremos neste recorte as categorias que consideramos mais significantes, o que repetiremos com os demais temas.

Quando os participantes se referem à saúde como um “estado de espírito” incluem o humor e os aspectos emocionais os quais, para eles influenciam para que ocorra um problema de saúde. Originada do latim – *spiritu* - tem o significado de alma; entendimento; razão; inteligência; substância incorpórea e inteligente; humor; poder de imaginação. Relacionando o significado de espírito proposto por este autor com as falas dos conselheiros parece-nos que, de fato, os participantes se referiram ao estado de espírito como algo que possui vários elementos que influenciam conjuntamente na forma com que as pessoas encaram e enfrentam a própria vida. Neste sentido os participantes, embora com outra linguagem, conseguem perceber a multideterminação da saúde/doença, o que é um fator positivo para sua atuação como conselheiros numa perspectiva mais ampliada deste conceito.

Em relação ao “**bem estar**” o sentido dado pelos participantes é o de “estado de harmonia consigo”, o que nos parece próximo da paz de espírito relatada anteriormente. O mal-estar, a sensação do desconforto, a dor mobilizam o indivíduo a fazer algo para recuperar a harmonia, o bem-estar ou ficar curado. A cura tanto para o terapeuta, quanto para o usuário seria de não apresentar mais os sinais ou sintomas de ordem física, mental ou emocional; isto significa, simplesmente, voltar ao estado anterior à doença: ficar assintomático (HELMAN, 1994). Já de acordo com a Organización Panamericana de la Salud (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996), o bem-estar seria o contrário, uma visão subjetiva do estado de saúde relacionada com os sentimentos de auto-estima e sensação de pertencer a uma comunidade mediante integração social, com o funcionamento biológico. Aí o bem estar é igual ao conceito positivo de saúde e tem muito a ver com o desenvolvimento de potencial humano em nível físico, psíquico e social. Em promoção a saúde este termo poderia se centrar mais na integração e apoio social, incluindo um sentido mais amplo de “*adscripcion*” (ligação) social por pertencer a uma comunidade, como núcleo central de seu significado.

Na categoria **Saúde não é só remédio/assistência médica**, emergem nas falas de alguns conselheiros uma reclamação: de que é muito comum a população pensar que boa saúde é ter um “posto de saúde onde não falte remédio”. A fala da conselheira prestadora de serviço público (MB-C9) expressa esta constatação:

(saúde) diz respeito aos medicamentos, mas nem todos os medicamentos são acessíveis ao paciente. Acho que o que vem do governo não é suficiente, mesmo que a prefeitura dê a participação dela em tudo... mas a população quer remédio... (MB-C9)

O que observamos é que embora os conselheiros reconheçam que saúde não é só acesso ao medicamento, identificam a dificuldade cultural de que isso seja visto desta forma pela população. A questão da supervalorização do medicamento pela população, em especial, pode decorrer do que aponta Berlinguer (1996) de que somos muito “imediatistas”, tratamos apenas das aparências, não buscamos a origem ou as causas dos problemas, por isso se torna mais fácil tomar um medicamento para aliviar uma dor, do que compreender a mensagem que o organismo está sinalizando.

Entretanto, esta alusão aos medicamentos e tratamentos médicos pode ser vista de uma outra ótica: pode ser expressão da intensa medicalização que vivemos hoje, apontada por autores como Scliar (1987), Berlinguer (1996) e Helman (1994). Por ‘medicalização’ entende-se a introjeção gradual de padrões sociais, culturais e políticos a partir de parâmetros instituídos pela ciência médica, cuja subjetividade resultante é a necessidade (demanda) crescente de atos médicos normalizadores e interventivos sobre a vida e saúde (WENHAUSEN, 1999b). Desta forma o controle social o contrário do que prega a Reforma Sanitária, ou seja, seria o controle do Estado sobre as populações.

Em nosso estudo, ao referirem que saúde não é só remédio e/ou assistência os conselheiros podem estar querendo aludir dois problemas. Primeiro: que em geral o entendimento da maioria das pessoas é que saúde se resume a isto; segundo: que eles mesmos já não concordam mais com esta concepção. Embora, como veremos adiante, eles acabem sucumbindo à pressão da demanda que segue nesta direção. Parece a despeito do desejo dos conselheiros de que a concepção medicalizada se modifique, as práticas do serviço de saúde acabam reforçando este modelo, ainda que de maneira velada. Eles se dão conta que saúde não se resume a remédio/assistência, mas percebem a dificuldade de modificar a subjetividade da população. Como afirma um dos conselheiros:

É difícil convencer o povo de que saúde não é só remédio (MB-C2)

Vários participantes também relacionam saúde com as **condições de vida**. Aliás, esta foi uma das categorias que mais contabilizou falas:

Saúde tem uma concepção muito maior, condições sanitárias, condições de qualidade de vida, de moradia é uma série de condições de vida. (MA-2)

Entretanto, mesmo quando ligam saúde às condições de vida os participantes referem enfaticamente a falta de acesso a exames de alta complexidade e menos ao emprego, renda, moradia, condições sanitárias, etc. relacionando essa falta basicamente às más condições financeiras:

Se tu tens dinheiro, tu descobre tudo a tempo, tu se trata e tu vai ter saúde. Tudo roda em torno do dinheiro (MB-C3); Se a pessoa tem dinheiro ela vai correr atrás e resolve rapidinho. Se não tem vai ter que enfrentar a fila do SUS e esperar. (MB-C6)

Estes problemas de acesso para os conselheiros estão relacionados aos problemas socioeconômicos, ou seja, quem possui boas condições de vida, “pode ficar doente”, mas não vai sofrer os mesmos percalços de quem é despossuído.

Franco e Campos (1998) consideram que esta relação entre a possibilidade de ter saúde e boas condições financeiras dinheiro se dá pelos problemas que os serviços de saúde enfrentam: carência de recursos, organização deficiente, má qualidade da assistência e outros. Berlinguer (1996) afirma que “a saúde difere dos outros direitos humanos, pois está contida no direito à vida”. Cria obrigações sociais mutáveis, em que tais direitos podem ser ampliados ou reduzidos. Mas a realidade nos mostra o ocultamento e mistificação destes direitos, com possibilidades restritas para determinados grupos sociais. Os direitos do homem não são absolutos; são constituídos pela forma como os homens relacionam-se entre si, pelos embates das forças sociais presentes na sociedade.

Vimos que há uma preocupação muito evidente dos conselheiros tanto de MA quanto MB quanto a necessidade de oferecer à população um serviço de maior qualidade e melhores condições no acesso, que independam

de dinheiro. Mesmo assim reconhecem que na prática isto não acontece, reforçando que mesmo diante de um direito instituído, o dinheiro torna tudo mais fácil, colocando por terra o princípio da equidade.

Outra categoria em que há um número expressivo de falas é **Saúde não é somente ausência de doença**. Ao analisarmos o sentido das falas constatamos que na compreensão dos conselheiros para que o indivíduo seja saudável necessita de coisas que vão além do acesso ao serviço, ou seja, de que tratar a doença das pessoas não se resume em tratar a patologia; inclusive estão envolvidas “*várias coisas*” e, principalmente, a promoção da saúde. Segundo Helman (1994) para a maioria das pessoas não ter uma doença significa mais do que a apenas a ausência de sintomas desagradáveis. Nas comunidades industrializadas as definições de saúde tendem a ser menos abrangentes, mas incluem aspectos físicos, psicológicos e comportamentais, e variam também, entre as classes sociais.

No tema do **Modelo Assistencial** emergiram as seguintes categorias: **Problemas no acesso ao serviço de saúde; A dificuldade do município em suprir as necessidades da demanda; O Modelo é curativo; Só se apaga incêndio; Há falta compromisso com o serviço de saúde; A população não compreende nossas razões**.

Quanto às categorias **Problemas no acesso ao serviço de saúde e O município tem dificuldade de suprir as necessidades da demanda**, há uma reclamação dos usuários, na voz dos conselheiros, de que suas necessidades na maioria das vezes não são atendidas e que, de outra parte, o município se sente incapaz de atender as demandas dos usuários. Embora apareça novamente aqui a grande ênfase dos serviços nos atos e procedimentos médicos, que reforçam o modelo curativo de assistência, devemos admitir que muitas das necessidades sentidas são reais e deveriam ser mais bem atendidas. Isto nos remete à questão da equidade.

Na Constituição de 1988 a questão de equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, ou seja, a possibilidade de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as

mesmas necessidades. Entretanto, a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde, como forma de garantir o acesso quando necessário. Para Neri e Soares (2002) torna-se necessário investigar equidade vertical no Brasil, com base no rendimento auferido pelas pessoas; verificar se indivíduos pobres e não-pobres possuem diferentes necessidades de cuidados com a saúde, e também tratamentos diferenciados quanto ao acesso aos serviços de saúde. Deste modo o acesso aos serviços de saúde como uma variável de consumo, que permite avaliar não só a existência de desigualdade no uso dos serviços de saúde entre pobres e não-pobres, mas também a probabilidade de procurar esse tipo de serviços segundo a presença ou não de algumas características individuais, domiciliares e regionais.

Na tema do modelo assistencial constatamos que, de modo geral, o **Modelo Curativo (biomédico)** é o vivenciado, mas não o aprovado pelos conselheiros:

No serviço de saúde que eu conheço hoje que existe uma visão muito tecnicista, muito direcionada, somente para o processo da doença (MA- C6).

O modelo biomédico para Bub (2001) é o modelo voltado para as partes do organismo, considerando sua estrutura e função; em que as questões são voltadas ao funcionamento normal ou não de um órgão ou sistema podendo ser mensurado/verificado. Campos (1996) diz que, de fato, ainda não conseguimos negociar/superar as práticas de saúde tradicionais, simplesmente as criticamos, mas não somos capazes de construir propostas alternativas de atenção. O autor dirige sua fala aos profissionais de saúde, imaginemos a dificuldade dos usuários em imaginar este novo modelo.

Os conselheiros criticam este tipo de modelo, porém ao olharmos suas falas ao longo desta investigação, constatamos que suas práticas no conselho acabam por não ultrapassá-la, pois a demanda por serviços

medicalizados deve ser “naturalmente atendida” e acabam não propondo nenhuma alternativa de enfrentá-la e modificá-la. Em seu estudo sobre os temas discutidos na agenda de um conselho de saúde durante quatro anos Wendhausen (1999b) também identificou essa “medicalização” do conselho, pela super valorização de temas ligados à média e alta complexidade da assistência, enquanto temas como saneamento, poluição ambiental, doenças preveníveis, informação à saúde de modo geral e até a própria mudança do modelo assistencial, não eram sequer mencionados.

Na categoria **Relação entre profissionais e a população** os conselheiros expressam grande insatisfação aludindo que os profissionais não são comprometidos com o serviço. Por outro lado, avaliam que a relação também é dificultada pelas diferentes visões sobre saúde/doença, que possui um e outro segmento.

A falta de compromisso dos profissionais apontada pelos conselheiros pode se dar pelo fato de que o modelo de saúde atual precisa ser revisto. Nesta perspectiva Almeida Filho e Jucá (2002) e Travassos et al. (2000) questionam se não estamos fabricando doentes, através da transformação das pessoas em mercadorias, sob a forma de dependência farmacológica e do descompromisso para com os nossos usuários que vão, de serviço em serviço para o outro, em busca de atendimento. E se, mesmo com as sofisticadas técnicas ou teóricas, não estamos estabelecendo normalizações para cuidar do ser humano da forma que melhor nos convém. Esta indagação nos remete a uma análise um pouco mais profunda do nosso cotidiano tratando das relações, das ligações entre as pessoas, diferenciando-as do “caráter de coisa”.

Por outro lado, é importante reconhecermos que os recursos humanos têm sido pouco valorizados pelo sistema de saúde, o que resulta em más condições de trabalho, salários e excesso de atividades, o que certamente contribui para este estado atual de descompromisso.

As reclamações de conselheiros sobre a postura agressiva dos usuários mostram muito mais a incapacidade dos serviços em manter o diálogo com os que atendem, do que propriamente a má vontade dos primeiros. Ao nosso ver

sendo os usuários quem têm sido sistematicamente “mal tratados” e “manipulados” por interesses diversos nos serviços públicos de saúde. A reflexão dos conselheiros seria mais profícua se questionasse o porquê dos usuários agirem da forma como foi referido.

O tema da **Articulação entre concepção Saúde/doença e a prática como conselheiro** foi construído a partir das categorias: **O papel do conselho; Falta integração/articulação entre os que atuam no serviço; Motivação para ser conselheiro**. Durante a investigação sentimos dificuldade em obter respostas dos conselheiros sobre esta articulação. O que expressaram foram muitas reclamações em relação à não consideração pelos governos municipais, da importância do conselho de saúde. Não se vêem exercendo seu papel como planejadores e avaliadores de ações do serviço. E se não conseguem identificar o rumo tomado pelos serviços de saúde fica difícil saber o quanto estão próximos ou distantes daquilo que seria adequado para o município. Expressam não ter a noção de como poderia funcionar um modelo preventivo ou promocional de saúde, pois não tem referência anterior para poderem reivindicar ou propor algo diferente. Wendhausen (1999a) em um estudo constatou que para os conselheiros a categoria saúde parece ser totalmente dependente dos atos médicos, mais do que de outros, sendo que as reivindicações giram em torno do cotidiano medicalizado, o que ajuda a reforçar essa idéia, que se repete ao longo de nosso estudo.

Ao responderem ao questionamento de como relacionam o conceito de saúde à sua prática de conselheiro, a reclamação é de que não conseguem fazer quase nada. Como identifica MB-C3:

Esta é a prática do dia-dia, não se consegue fazer cumprir o que está na Lei, pra passar tudo pelo conselho. Na saúde hoje em dia alguma coisa já mudou, muitos programas se não passam pelo crivo do conselho, não são implantados, mas deviam ser todos. O orçamento deveria passar pelo conselho, mas isto diz a lei que tem que passar, mas a prefeitura não passa. No nosso conselho, não passou o orçamento deste ano, nem do ano

passado e nem dos outros anos e a gente sempre correu atrás, mas eles não dão bola. (MB-C3)

Há, ainda, outras reclamações que surgiram quando perguntamos sobre a relação entre a concepção de saúde e a vivência no conselho. Estas dizem respeito principalmente a: 1) de que não há transparência em relação as informações que vem do governo, de modo que há um discurso não aderente ao que acontece de fato. Como afirma o participante MB - C5:

[...] existe um ideal muito lindo e este ideal não está sendo nem vislumbrado. (MB-C5)

2) a queixa de que não há articulação entre os diversos atores do SUS e que isto é algo importante em relação à qualificação do seu trabalho como conselheiro.

De fato o que se constata ao longo deste estudo é uma desconexão entre os segmentos que compõem os serviços de saúde, o que se repete dentro do próprio conselho. Desta forma o diálogo, motor da democratização, ensejada pelo Movimento da Reforma Sanitária, parece ser o maior desafio, para romper com as práticas tradicionais que permeiam, não só o cotidiano dos conselhos, mas a assistência a saúde, em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os conselheiros o processo saúde-doença está relacionado com o estado de espírito/bem estar, sofre influência da cultura, do cuidado com o corpo, das condições de vida

Alguns consideram que a saúde está relacionada também com o acesso aos serviços, o que pode ser determinado pela situação financeira. De modo geral possuem um conceito de saúde bastante próximo ao que foi preconizado pelo Movimento Sanitário, o que também se expressa quando criticam o modelo assistencial vigente, taxando-o de “curativo”. Dentre suas queixas várias em relação ao modelo medicalizado, uma das mais importantes é que os profissionais de saúde não se comprometem com o serviço e com os usuários. Entretanto, por mais correta que seja sua crítica ao modelo não percebem que suas práticas nos Conselhos acabam por reforçá-lo, não chegando sequer a colocá-lo em discussão nas reuniões. Parecem não perceber que apenas o atendimento ao que solicita a demanda (a agenda das reuniões) não resolveria os problemas e muito menos conseguiria modificar o modelo de assistência. Quanto à articulação entre o que concebem como saúde-doença e as práticas no conselho, vê-se que ainda não conseguem perceber sequer a importância desta conexão. Isto se expressou na dificuldade em responderem objetivamente a esta questão. Para os participantes o governo não tem dado ao conselho seu devido valor como fórum institucional e deliberativo, sendo esta a realidade vivenciada por eles na prática como conselheiros. Identificam, ainda, a falta de integração dentro do próprio Serviço de Saúde. A quebra entre uma concepção idealizada e as práticas cotidianas contribui para o descompasso entre o que concebem como saúde e a pressão da demanda crescente em busca de atos médicos.

HEALTH CONCEPTS OF MUNICIPAL HEALTH COUNCILORS, AND THEIR RELATION TO PRACTICE IN THE COUNCIL

ABSTRACT

Institutionalized participation in health councils is fundamental for the consolidation of a new healthcare model. One of the bases of this change is the way in which health/illness is measured. Given that health councilors are key players in the Sistema Único de Saúde (SUS) (the Brazilian National Healthcare System), their concepts form the basis of decisions on health policies. This study seeks to understand the concept of health/illness among municipal health councilors in two municipal districts on the coast of Santa Catarina, and how these councilors relate it to the current healthcare model and their practice in the health councils. It adopts a qualitative approach, through focal groups and semi-structured interviews. The concepts of health/illness go beyond a merely biological view, and their determining factors include: living conditions, equilibrium, caring for the body and access to services. The health councilors criticize the healthcare model that currently exists, yet when describing their activities, their emphasis is on medical care, and procedures of medium to high complexity. They are unable to articulate the concept and the practice they experience in the health councils. We noted, therefore, a discrepancy between the changes required by SUS, which looks for a model of health promotion, and actual practices in the councils and those of the councilors who still place too high a value on the medical procedures, to the detriment of primary health care.

Key words: Health/illness process. Health councils (SUS). Social Control Policies. Community participation.

LAS CONCEPCIONES DE SALUD DE LOS CONSEJEROS MUNICIPALES DE SALUD Y LA RELACION CON LA PRÁCTICA EN EL CONSEJO

RESUMEN

La participación institucionalizada en los Consejos de Salud es fundamental para la consolidación de un nuevo modelo asistencial de salud. Uno de los factores de este cambio se basa en el modo de concebir la salud-enfermedad. Considerando los Consejeros como actores claves del Sistema Único de Salud (SUS), sus concepciones forman la base sobre la cual toman decisiones en las políticas de salud. Este estudio buscó comprender cómo los Consejeros de los Consejos Municipales de Salud, de dos Municipios del Litoral de Santa Catarina, conciben la salud-enfermedad; la relacionan con el actual modelo de asistencia y su práctica en los Consejos. Se adoptó un abordaje cualitativo, a través de grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Las concepciones de salud-enfermedad, exceden la visión biológica teniendo como determinantes: condiciones de vida, equilibrio y cuidado como el cuerpo y el acceso a los servicios. Critican el modelo actual vigente, mientras que en el relato de sus actividades el énfasis recae en la asistencia médica y en los procedimientos de media y alta complejidad. No consiguen articular la concepción que poseen con la práctica que experimentan en los Consejos. De esta manera, constatamos un descompaso entre los cambios requeridos por el SUS, que busca un modelo promocional de salud, y las prácticas en los Consejos y en los Consejeros que todavía supervalorizan prácticas medicalizadas, en detrimento de la atención primaria de la salud.

Palabras Clave: Proceso salud-enfermedad. Consejos de Salud (SUS). Políticas de Control Social. Participación comunitaria.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.
- BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BUB, M. B. C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem, Área de Concentração Filosofia e Saúde)-Departamento de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- CAMPOS, G. W. S. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer la salud. In: EINBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- FRANCO S. C.; CAMPOS, G. W. S. C. Acesso a ambulatorio pediátrico de um hospital universitário. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 352-360, ago. 1998.
- HAYAKAWA L.Y.; INOUE, K. C.; SCOCHI, M. J. Município saudável: o enfoque dos secretários municipais de Maringá, Paraná. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 287-294, set./dez. 2004.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento** pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 577-587, 2002. Suplemento.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, D. C., 1996.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. São Paulo: L&PM, 1987.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, maio 2000.

WENDHAUSEN, Á. O duplo sentido do controle social em saúde: apontamentos para o Debate. In: CAPONI, S.;

PADILHA, M. I. (Org.). **A saúde em questão um espaço para reflexão**. Florianópolis: Ed. dos Autores, 1999a. p. 113-143.

_____. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem, Área de Concentração Filosofia e Saúde)-Departamento de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999b.

Endereço para correspondência: Águeda Wendhausen: Caixa Postal, 551. Centro. CEP: 88301-970. Itajaí – SC. E-mail: agueda@univali.br

Recebido em: 10/04/2006

Aprovado em: 31/07/2006