



## Artigo de Revisão

# MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE SOCIAL

## HEALTH CARE MODELS AND SOCIAL CONTROL STRATEGIES

### Resumo

Aline Vieira Simões<sup>1</sup>  
Daniela Márcia Neri Sampaio<sup>1</sup>  
Isaiane Santos Bittencourt<sup>1</sup>  
Zenilda Nogueira Sales<sup>1</sup>  
Eduardo Nagib Boery<sup>1</sup>

Este estudo objetivou compreender o contexto dos modelos de atenção à saúde e as estratégias de controle social. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de natureza crítica reflexiva. Os dados foram coletados através do levantamento das fontes, por meio de textos técnicos, publicações científicas e documentos oficiais relacionados às políticas públicas de saúde, que subsidiaram o preparo dos candidatos na prova de conhecimento, totalizando 11 (onze) livros e 05 (cinco) artigos. O material foi categorizado em três abordagens: Contexto Histórico das Políticas Públicas de Saúde; Modelos de Atenção à Saúde e Estratégias de Controle Social. A análise e discussão dos resultados subsidiou compreender que as políticas públicas de saúde, desde a implantação do SUS, normatizam e regulam a atenção à saúde, entretanto num país de grande dimensão, como o Brasil, um único modelo de atenção à saúde não seria capaz de atender às demandas dos serviços de saúde, o que justifica a implementação de diversas propostas. Quanto ao controle social, foi possível compreender sua influência nas transformações das políticas públicas, ao tempo em que identificamos as conferências e conselhos de saúde como estratégias de controle social, envolvendo os atores sociais numa atuação crítica e construtiva no processo de mudança dos modelos assistenciais.

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)  
Jequié – BA – Brasil

E-mail  
line.vieira@hotmail.com

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde; Participação Social; Sistema Único de Saúde.

### Abstract

This study aimed to understand the context of health care models and the social control strategies. It is a bibliographic review of critical and reflexive nature based of the references by technical texts, scientific publications and official documents related to public health policies, assisting in the preparation of candidates in the exam for knowledge. It has been selected eleven books and five articles. The material was categorized into three approaches: Historical Context of Public Health Policies, Health Care Models and Social Control Strategies. The results analysis and discussion subsidized the understanding of public health policies, since the implementation of SUS, and regulates health care; however a large country like Brazil, a single model of health care would not be able to meet the demands of health services, which justifies the implementation of various proposals. And, for social control it was

Rev. Saúde.Com 2011; 7(1): 33-43.

possible to understand its influence on public policy changes, where we have identified the health councils and conferences as social control strategies, involving social actors in a critical and constructive role in the process of changing models of care.

**Key words:** Health Public Policy; Social Participation; Unified Health System.

## Introdução

A evolução da assistência à saúde envolve características históricas e culturais de cada sociedade. No Brasil, os modelos de atenção à saúde estavam diretamente ligados ao modelo econômico que vigorava no país, acompanharam suas mudanças e evoluíram (ou não) na medida em que este cenário se transformou.

Para tanto, não podemos pensar na existência de um modelo único, exemplar ou padrão, mas sim num modelo que destaque as especificidades de cada localidade, na orientação das ações de saúde e no uso de tecnologias (materiais e não materiais). Desse modo, os modelos de atenção à saúde concebem instrumentos que envolvem a assistência à saúde baseada em procedimentos específicos para o cuidar<sup>1,2</sup>.

Nesse contexto, os modelos de atenção à saúde podem ser compreendidos como uma “representação” simplificada da realidade, em que se retém e se destacam seus traços fundamentais e estão diretamente ligados às práticas de saúde, ou como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas<sup>2</sup>.

Alguns estudos referentes à temática “Modelos de Atenção à Saúde” versam sobre as concepções de modelos assistenciais, além de abordarem as propostas alternativas para a organização dos serviços de saúde<sup>1,2,3,4</sup>.

Contudo, nos inquietamos em buscar a correlação existente entre os modelos assistenciais e um dos princípios do SUS que trata da participação da comunidade na gestão, no planejamento e na avaliação dos serviços de saúde, que implica na prática do controle social.

Nesse sentido, este estudo se faz relevante, uma vez que pode possibilitar uma reflexão sobre a situação de saúde brasileira, nos aspectos históricos e atuais, ao tempo em que auxiliará na compreensão crítica do contexto histórico dos modelos de atenção à saúde e sua relação com a efetivação do controle social. Diante disso, objetivamos compreender o contexto dos modelos de atenção à saúde e as estratégias de controle social.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de Revisão Bibliográfica, de natureza crítica reflexiva, sobre os modelos de atenção à saúde e as estratégias de controle

social. Esse tipo de estudo possibilita a apreciação de um tema, ao tempo em que aponta conclusões inovadoras<sup>5</sup>.

Os dados foram coletados através do levantamento das fontes bibliográficas, por meio de textos técnicos, publicações científicas e documentos oficiais relacionados às políticas públicas de saúde, que subsidiaram o preparo dos candidatos na prova de conhecimento, totalizando 11 (onze) livros e 05 (cinco) artigos.

Após leitura sistemática, o material foi agrupado e categorizado para discussão em três abordagens: Contexto Histórico das Políticas Públicas de Saúde; Modelos de Atenção à Saúde e Estratégias de Controle Social.

### **Contexto Histórico das Políticas Públicas de Saúde**

Os textos técnicos, publicações científicas e documentos oficiais, que compõem a bibliografia utilizada como fonte de pesquisa apontam que o setor saúde no Brasil emergiu a partir da preocupação do Estado, no início do século XX, em garantir que os produtos exportados fossem livres de pragas e, portanto aceitos nos mercados europeus<sup>6</sup>.

Assim, evidenciamos que as políticas públicas de saúde do país estavam diretamente ligadas ao modelo econômico que vigorava na época, acompanhando suas mudanças. Como exemplo, podemos mencionar o Modelo Assistencial Sanitarista/Campanhista implementado no período em que o Brasil vivia o modelo econômico agroexportador com ações de imunização, de saneamento dos portos e de controle de endemias.

Percebemos nesse modelo, que as ações de saúde eram voltadas para atender as necessidades de saúde que pudessem comprometer o desenvolvimento econômico do país, e não as necessidades da população. Vale salientar que o Estado era quem planejava e implementava as ações de saúde.

Outro exemplo que podemos mencionar perpassa pelo Modelo Médico Assistencial Privatista, implementado inicialmente no período da industrialização brasileira, para atender as necessidades de saúde dos trabalhadores (operários) com propósito de preservar o não adoecimento da classe operária e, conseqüentemente, evitar prejuízos ao setor econômico.

Foi possível evidenciar no material bibliográfico utilizado que nesse período ocorreu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, considerado o marco inicial da atuação do Estado na saúde, e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), através da lei Eloi Chaves, que garantiam a seus contribuintes (operários-trabalhadores) atendimento médico para satisfazer suas necessidades de saúde<sup>7</sup>.

Estas CAPs eram gerenciadas pelos empregadores e empregados, ganhando grande representatividade aos olhos do Estado, que as reuniu formando os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que culminaria no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), gerido pelo Estado e que mais tarde seria chamado de Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS<sup>7</sup>.

Podemos considerar esse modelo de atenção à saúde excludente, por garantir acesso aos serviços de saúde apenas aos trabalhadores vinculados ao INAMPS, deixando os desempregados à margem do sistema o que gerou inquietações e insatisfações por parte de alguns grupos sociais que posteriormente desencadearam o Movimento Sanitário Brasileiro.

A bibliografia utilizada como fonte de coleta de dados, explana que nesse contexto o mundo discutia a situação de saúde na Conferência Internacional de Alma Ata, cujo tema era “Saúde para todos no Ano 2000”, possibilitando que países do terceiro mundo buscassem tecnologias que pudessem minimizar as condições de saúde da população menos privilegiada<sup>8</sup>.

Sob a influência dessa Conferência, o Brasil começou a planejar e implementar políticas que pudessem atender aos requisitos de Alma Ata, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIAS) que tinha o propósito de levar ações e serviços de saúde às zonas rurais e às comunidades periféricas<sup>7</sup>.

Paralelo a essas discussões, o Movimento Sanitário Brasileiro buscava meios de promover mudanças no sentido de minimizar as desigualdades sociais, principalmente no tocante à saúde<sup>7</sup>.

Contudo, essa conjuntura suscita reflexões sobre a efetividade desses programas no que tange ao atendimento das necessidades e anseios dos atores sociais que participavam do Movimento Sanitário Brasileiro.

As fontes de pesquisa apontam a importância do papel da sociedade brasileira no cenário da Reforma Sanitária, que pode ser entendida como processo político e democrático do setor saúde conquistada pela sociedade<sup>6</sup>. E, nessa perspectiva, a sociedade brasileira marca a década de 80 com duas grandes conquistas.

Uma é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada o maior fórum de debates sobre a situação de saúde no país, em que possibilitou a ampliação do conceito de saúde, trouxe a ideia de saúde como um direito de cidadania, apresentou a necessidade de controle social, juntamente com a constituição e ampliação do orçamento<sup>9</sup>.

A outra conquista consiste na promulgação da Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 198, traz que as ações de saúde e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a Descentralização – direção única em cada esfera de governo; o Atendimento Integral – com prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a Participação Popular<sup>10</sup>.

Assim, tornou-se notório que após a (re)democratização do país na década de 80, as políticas públicas propiciaram uma reorganização da assistência à saúde respaldadas na Constituição Federal de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080/90 e 8.142/90 e nas Normas Operacionais pautadas na igualdade de acesso aos sistemas de saúde, na integralidade da assistência, na participação popular, na rede regionalizada e hierarquizada de atenção com enfoque epidemiológico para a determinação de problemas prioritários em saúde.

## Modelos de Atenção à Saúde

A partir do processo de construção do SUS percebemos que os modelos de atenção à saúde começaram a considerar os fatores determinantes e as condições ou modo de vida da população, como fatores que interferem diretamente no processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, os estudos utilizados como fonte bibliográfica desvelaram que a saúde passa a ser vista não como ausência de doença, mas numa concepção mais ampliada, envolvendo todo o contexto do ser humano. Assim como, o perfil epidemiológico da população deixa de ser analisado por “efeitos”, passando a ser analisados pelas “causas”, considerando o modo de vida nos aspectos individual e coletivo<sup>1</sup>.

Contudo, evidenciamos que o processo de mudança no modelo de atenção vem ocorrendo lentamente, pois mesmo após vinte anos do surgimento do SUS, o sistema de saúde atual é palco de disputa entre modelos assistenciais diversos e conflitantes.

As bibliografias utilizadas neste estudo apresentam uma concepção ampliada sobre modelo de atenção incluindo três dimensões: *Gerencial*: relacionado ao processo de reorganização das ações e serviços, em que podem ser inseridas tecnologias de gestão que possibilitem a identificação das necessidades da população numa perspectiva social e epidemiológica; *Organizativa*: relativa ao estabelecimento das relações entre unidades de prestações de serviços, com estratégias de racionalização de custos e ampliação da rede básica; e *Técnico-assistencial ou operativa*: que consiste nas relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) e seus objetos de trabalho<sup>3</sup>.

Porém, esse contexto nos instiga a questionar sobre a implementação dos modelos de atenção à saúde na perspectiva de suas dimensões: seria possível a existência de um modelo único que contemplasse todas as demandas dos serviços de saúde?

Como resposta a esse questionamento, a literatura menciona que não devemos acreditar apenas em um modelo de atenção à saúde como solução de todos os problemas da população, pois devemos considerar a grande diversidade de nosso país<sup>1,3</sup>.

Nesse sentido, podemos elencar algumas experiências e propostas que tem surgido nas cidades e estados brasileiros. Dentre elas, podemos citar as Ações Programáticas, Vigilância à Saúde, Acolhimento, Promoção à Saúde, Cidades Saudáveis e Estratégia de Saúde da Família.

As Ações programáticas compõem uma proposta cuja programação de ações é voltada para a redefinição das práticas de saúde a nível local, em que considera o processo de trabalho em saúde como instrumentos capazes de identificar as reais necessidades da população<sup>3</sup>. Porém, Paim<sup>2</sup> ressalta a existência de uma aproximação desta proposta com a oferta organizada, em que as ações são concentradas nas unidades de saúde.

Percebemos nesses discursos o entrelaçar de propostas para compor e atender a melhoria da qualidade de vida da população, levando em consideração suas necessidades de saúde e o processo de trabalho em saúde.

O modelo de Vigilância à Saúde é apresentado nas fontes bibliográficas como um instrumento que visa intensificar e fortalecer as ações de vigilância

epidemiológica e sanitária, vigilância nutricional a grupos de risco, vigilância ambiental e também voltada para saúde do trabalhador, além de ações para o nível médico-assistencial<sup>8</sup>.

Faz-se necessário cuidado ao pensar nessa proposta a partir desta perspectiva. Porque o modelo de vigilância à saúde traz em seu bojo a necessidade de conceber e elaborar propostas mais integrais que orientem as intervenções sobre a situação de saúde<sup>2</sup> e o cuidado permeia sobre a possibilidade da departamentalização desse modelo fugindo do foco da integralidade.

O Acolhimento é apresentado pelas fontes bibliográficas enquanto proposta de modelo de atenção, na perspectiva de aplicação de práticas de escuta e criação de vínculo entre os profissionais e os usuários, o que implica em mudanças na “porta de entrada” dos serviços de saúde, redirecionando as ações na recepção do usuário além de atividades que possibilitem o conhecimento das necessidades sociais de saúde da população assistida<sup>11</sup>.

Dessa maneira, a implementação dessa proposta pode ser considerada como uma estratégia de reorientação da atenção à demanda espontânea que pode ter efeitos significativos na racionalização dos recursos e no relacionamento dos usuários com os profissionais dos serviços de saúde<sup>12</sup>.

Destarte, percebemos que essa proposta de modelo de atenção à saúde pode redirecionar todo o funcionamento dos serviços, porém, estariam os profissionais de saúde e os serviços preparados para essa mudança? Essa proposta poderia estar atrelada a outras propostas e assim ratificar a ideia de que não existe um modelo único? Diante desses questionamentos e outros que podem vir a surgir, notamos que possibilidade de desdobramentos desencadeados por este estudo.

A proposta de Promoção à Saúde, enquanto modelo de atenção, envolve ações voltadas para políticas públicas saudáveis com o objetivo de alcançar grupos populacionais específicos, envolvendo diretamente a Educação e a Comunicação em Saúde. A abrangência dessas políticas vai além da promoção de estilos de vida, implica no estabelecimento de uma “liderança” e um protagonismo das instituições de saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde) na reorientação das políticas econômicas e sociais em seu conjunto<sup>3</sup>.

Muitas discussões vêm acontecendo sobre a promoção da saúde, algumas altamente complexas que refletem estruturas da realidade e as relações sociais, todavia, é importante pensar em uma proposta pertinente que possibilite uma reflexão no que tange uma perspectiva libertadora e não mais centrada no indivíduo. Pois a visão individualizada mantém uma abordagem de prevenção das doenças fixando-se nas formas biomédicas de resolver problemas<sup>13</sup>.

Nessa perspectiva, Rabello<sup>13</sup> afirma ainda que a promoção da saúde, diante de todo o contexto histórico das políticas públicas de saúde tem contribuído para uma mudança no pensamento sanitário contemporâneo, na busca de contrapor o modelo assistencial biomédico, hospitalocêntrico e curativista, propondo ações que incorporem a articulação intersetorial, abordagens interdisciplinares e a participação social.

Outra proposta apresentada nas fontes de pesquisa é a de Cidades Saudáveis, que contribui para a prática de gestão governamental e permite a promoção da cidadania através do envolvimento da população e das organizações comunitárias no planejamento das ações de saúde e ações sociais voltadas para melhoria das condições de vida<sup>14</sup>.

As primeiras implementações dessa proposta ocorreram no Canadá, por volta de 1984 assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e em termos operacionais incluem ações centradas no meio ambiente, em especial no saneamento de locais carentes, desenvolvimento de serviços de saúde em regiões carentes; ações de controle e de prevenção de doenças específicas, além da promoção de estilos de vida saudáveis<sup>14</sup>.

Alguns municípios brasileiros tem tido experiências inovadoras com a implementação dessa proposta, ao tempo em que realiza articulações intersetoriais, obtendo assim um melhor enfrentamento dos problemas que envolvem vários determinantes, inclusive os sociais<sup>14</sup>.

Notamos nessa proposta o exercício de dois princípios: o da equidade e o da intersetorialidade, com ações planejadas na perspectiva de atender os demais princípios que compõem o Capítulo II, art. 7, da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90<sup>16</sup>.

E para ampliar esse leque de propostas de modelos assistenciais alternativos a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se apresenta como reorganizadora da atenção primária à saúde, com pretensão de influenciar na reestruturação do modelo de atenção em sua totalidade<sup>17</sup>.

Percebemos a ESF como um resultado da ampliação do conceito do Programa de Saúde da Família (PSF) e corroborando com o nosso pensamento Paim<sup>2</sup> afirma que o PSF foi redefinido como estratégia de mudança do modelo de atenção; e afirma ainda que essa redefinição se configura devido a suas especificidades, sem interferência vertical e paralela nas ações e serviços de saúde, mas com um trabalho na perspectiva da vigilância da saúde com práticas que exigem alta tecnologia no campo do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudança de atitudes.

As fontes consultadas neste estudo apresentam que as atividades desenvolvidas pela ESF permeiam o planejamento e a realização de ações extramuros, indo além do atendimento assistencial dentro da unidade de saúde, articulando ações educativas de promoção com ações de prevenção de riscos e agravos, dando atenção também a grupos prioritários dentro de um território definido e com o envolvimento da comunidade<sup>3</sup>.

Nessa perspectiva, as instituições de saúde (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde) tem incentivado aos municípios a difusão dessa proposta através do "PROESF" (Programa de Expansão das Equipes de Saúde da Família), oferecendo um incentivo financeiro para a expansão na implantação das equipes que compõem a ESF<sup>3</sup>.

Esse contexto nos permite algumas indagações: estaríamos realmente implementando a ESF ou nos acomodamos no PSF? Seria esse incentivo financeiro o motivo que levou a pulverização de novas equipes de saúde da família no território brasileiro ou os gestores, profissionais de saúde e comunidade estão sensibilizados com a proposta trazida pela ESF?

É evidente que muitas indagações podem ser levantadas a partir da implementação da ESF. E isso pode ser atribuído, principalmente, ao fato de não existir um modelo exemplar e único de modelo de atenção à saúde para solucionar as limitações existentes na assistência prestada aos brasileiros. Porém, inferimos sobre a necessidade de instituímos políticas de saúde no Brasil que estejam dentro do contexto local, e que leve em consideração as necessidades de saúde da população, articulando os princípios da integralidade, da intersetorialidade numa perspectiva interdisciplinar e que busque estratégias para estimular a participação da comunidade.

## **Estratégias de Controle Social**

Os textos técnicos, as publicações científicas e os documentos oficiais, utilizados como material de coleta de dados, apresentam o Controle Social como a capacidade que o cidadão tem de intervir na gestão pública, assim como orientar as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade pelo bem comum<sup>18</sup>.

Nesse sentido, consideramos pertinente e relevante tais considerações, pois entendemos o Controle Social como um princípio fundamental do SUS, ao tempo em que o consideramos importante estratégia para garantir a participação dos usuários dos serviços no processo de descentralização e municipalização da saúde.

Outra ideia presente no material bibliográfico utilizado considera o conceito de Controle Social entrelaçado com a compreensão da participação popular, que pode ser entendida como um espaço legitimado de confronto de interesses contraditórios na perspectiva de que no resultado dos conflitos prevaleça o anseio da maioria da sociedade, através de pactos que assegurem a equidade do sistema e o direito de cidadania<sup>19</sup>. Corroborando com esse conceito, a participação tende a institucionalizar o processo de inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade<sup>20</sup>.

Dessa forma, os Conselhos de Saúde, em suas várias modalidades, correspondem à atuação do usuário na organização dos serviços enquanto participação cidadã institucionalizada seja nos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais, no Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências de Saúde, regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.142 de 1990 e por Resoluções do CNS, a exemplo da Resolução nº 333/2003<sup>15,16,21,22</sup>.

No contexto do SUS, entendemos que a participação popular é validada através dos Conselhos e Conferências de Saúde que compõem fóruns importantes para as discussões e as tomadas de decisões na gestão das ações e dos serviços de saúde.

A legislação que rege o Sistema Único de Saúde regulamenta a organização e funcionamento das Conferências de Saúde que devem ocorrer a cada quatro anos com a participação de vários segmentos da sociedade, objetivando avaliar as ações de saúde desenvolvidas e delinear a atenção à saúde nos anos posteriores<sup>15,16</sup>. E, no que tange aos Conselhos de Saúde, apresentam caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes

do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, considerando a paridades na distribuição de suas vagas<sup>16</sup>.

Nessa perspectiva, podemos considerar a conquista destas instâncias colegiadas como estratégias de controle social e de garantia ao acesso da população nos processos decisórios concernentes à saúde. Contudo, esse contexto suscita uma reflexão: Será que estas instâncias garantem a efetivação dos princípios da equidade e da igualdade de oportunidades de acesso às decisões ou permite a diminuição das desigualdades nas reivindicações entre os diversos setores representados?

Desse modo, corroboramos com Assis e Villa<sup>19</sup> ao considerar a necessidade de articulação entre os atores sociais que apresentam olhares distintos sobre a realidade, que são portadores de valores, costumes e interesses nem sempre convergentes, mas que, em alguns momentos, buscam alternativas para garantir a melhoria da qualidade de saúde da população.

A prática do controle social, apesar de estar regulamentada, necessita de mecanismos que promovam uma atuação consciente, porém alguns obstáculos são apontados como empecilhos para a operacionalização desse princípio e maior empoderamento da população para assumir uma atitude resolutiva frente aos problemas de saúde como: o desconhecimento da população e dos conselheiros sobre a função social dos conselhos de saúde, a visão centrada no modelo de atenção biomédico ou a ausência de infraestrutura logística e organizacional adequada para o estabelecimento dos conselhos de saúde<sup>23</sup>.

Nesse sentido, ratificamos a importância do Controle Social como ferramenta para a implementação dos modelos de atenção à saúde, uma vez que estes se apresentam como dispositivos de reorientação e organização dos serviços em conformidade com os princípios do SUS, representando as mudanças necessárias às práticas de saúde de modo que as ações sejam mais resolutivas e com maior envolvimento dos trabalhadores e usuários dos serviços, estimulando-os ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

Destarte, os modelos assistenciais podem proporcionar à população o incentivo em exercer o controle social como um direito adquirido com a luta de movimentos populares e como uma diretriz que se relaciona ao fortalecimento da participação popular e aos agentes partícipes do SUS, expandindo os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde<sup>24</sup>.

Assim, o controle social deve ser entendido como um dos instrumentos de regulação do SUS, sendo os usuários, os gestores e os trabalhadores de saúde responsáveis por estimular mudanças que visem uma prática organizada na perspectiva de atenda às demandas sociais propiciando a promoção da saúde em um contexto amplo de qualidade de vida.

## **Considerações Finais**

A realização desse estudo nos possibilitou compreender como o contexto histórico das políticas públicas de saúde influenciou na idealização do Sistema Único de Saúde com suas diretrizes e princípios, e como o papel da

sociedade foi importante para a sua implementação através do exercício da cidadania.

As reflexões sobre as diversas propostas de modelo de atenção à saúde trouxeram a necessidade de pensarmos nos possíveis desdobramentos que versam sobre a organização dos serviços de saúde no que tange ao processo de trabalho e a formação profissional, como também deixou notório que diante a heterogeneidade das realidades que compõem o território brasileiro a existência de um modelo de atenção único e padrão não atenderia as reais demandas dos serviços de saúde, ferindo o princípio da equidade.

O processo dialógico estabelecido com os autores nos instigou a perceber que os modelos de atenção à saúde devem pautar-se na transversalidade do cuidado para atender à proposta integral do SUS, e as iniciativas apresentadas podem ser consideradas exitosas, com contribuições importantes para a construção de sua dinâmica.

Os resultados revelaram também que o controle social pode ser considerado como um importante instrumento para o fortalecimento do princípio da participação popular, e que suas estratégias estão diretamente ligadas às conferências e aos conselhos de saúde, com o envolvimento da sociedade no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das ações e dos serviços de saúde.

Entretanto, apesar da importância desse princípio, alguns obstáculos apresentam-se como empecilhos na sua efetivação sendo necessária a mobilização dos atores sociais envolvidos para uma atuação crítica e construtiva no processo de mudança dos modelos assistenciais.

## Referências

1. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N (orgs.). Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
2. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
3. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad Saude Publica. 2002; 18 (Supl 2): S153-S162.
4. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saude em Debate. 2003; 27(65): 257-77.
5. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
6. Silveira CH. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde na Brasil. In: Machado PHB, Leonardo J, Michaliszyn MS. (org). Saúde Coletiva um campo em construção. Curitiba: IBPEX; 2006.
7. Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e SUS. In: Westphal MF, Almeida ES (org). Gestão de serviços de Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.
8. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Relatório da Conferência de Alma Ata, 1978. [Citado 2009 Ago 08]. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.

9. Silva Junior AG. Modelos Tecnoassistenciais em saúde o debate no campo da saúde coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
10. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília – DF; Senado Federal. Centro Gráfico; 1988.
11. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO (org.). Inventando a Mudança na Saúde. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
12. Cecílio L. Inventando a mudança na Saúde. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
13. Rabello LS. Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
14. Xavier C. Cidade Saudável, uma filosofia e uma ideia. Tema: 2000; 19:3-5.
15. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências; 1990.
16. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências; 1990.
17. Ministério da Saúde. Avaliação da Implantação e Funcionamento do programa de Saúde da Família – PSF; 2000.
18. Correia MVC. Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
19. Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev. Latinoam. Enferm. 2003; 11(3): 376-82.
20. Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/IBAM; 1995.
21. Aciole GC. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. Saude em Debate. 2003; 27(63): 63-3.
22. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Cien Saude Colet. 2005; 10(2): 323-31.
23. Oliveira ML, Almeida ES. Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS. Saude Sociedade. 2009; 18(1): 141-53.
24. Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular no SUS: Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde; 1994.

---

**Endereço para correspondência**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)  
 Departamento de Saúde.  
 Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho  
 Jequié – Bahia - Brasil  
 CEP 45.206-190

Recebido em 14/10/2009

Aprovado em 14/06/2011