

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**CAMILA FRESSATTI FURLANETTO**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESVELANDO FRAGILIDADES E POSSIBILIDADES**

**SÃO CARLOS  
2014**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**CAMILA FRESSATTI FURLANETTO**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESVELANDO FRAGILIDADES E POSSIBILIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Niituma Ogata

**SÃO CARLOS**

**2014**



# **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**CAMILA FRESSATTI FURLANETTO**

**“PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESVELANDO FRAGILIDADES E  
POSSIBILIDADES”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 26/03/2014**

## **COMISSÃO EXAMINADORA:**

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado - UFSCar

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Adriana Barbieri Feliciano – UFSCar

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria do Carmo G. Caccia Bava – FMRP-USP



Dedico este trabalho ao meu grande amor, Vitor.



## **Agradecimentos**

Na empreitada de construir esta dissertação e finalizar mais este ciclo com a conclusão deste mestrado foi preciso ter muita fé e garra para não desistir, foram vários os motivos no meio do percurso para que isso acontecesse.

Contudo forças inexplicáveis e o apoio de pessoas especiais contribuíram para que mesmo após um período de interrupção este trabalho pudesse ressurgir das cinzas e finalmente ser concretizado.

Por isso, deixo registrado aqui meus mais sinceros agradecimentos a todos que de algum modo participaram, incentivaram, apoiaram e colaboraram de para o desbravamento desta trilha.

Agradeço as forças de nível superior, a Deus, que sempre mostrou seu poder na minha vida, me dando força nos momentos mais difíceis e iluminando o meu caminho!

Ao Vitor, meu amor, cúmplice, ponto de equilíbrio, grande amigo e companheiro que passou comigo longos finais de semana construindo este trabalho. Já passamos por várias fases de transição, vários momentos difíceis e também muitas conquistas, sempre juntos de mão dadas! A força do verdadeiro amor nos trouxe muito aprendizado e assim continuamos a crescer juntos e aos poucos vários sonhos vão se tornando realidade! Todas as lutas ao seu lado valeram e continuam valendo a pena!

A minha orientadora, Maria Lúcia, que apesar de todas as adversidades desta travessia, nunca desistiu de mim.

A minha mãe Bete, meu maior exemplo de força, me ensinou a não desistir nunca. Sempre me apoia, mesmo quando muitos são contra. E por ela e com ela que cheguei até aqui! Grande educadora, incentiva meu conhecimento sempre!

Ao meu pai e meus irmãos pelo carinho e apoio e compressão da minha ausência.

As outras grandes mulheres da minha vida, Vó Maria, Tia Edna e Tia Elaine, exemplos de mulheres fortes e perseverantes! Sempre apoiando, incentivando e colaborando no processo de educação e aprimoramento da geração netos da vó Maria.

As minhas grandes amigas Amanda e Jéssica, que compartilharam sonhos de crescer profissionalmente, começamos juntas e já crescemos tanto! Obrigada pelo apoio, incentivo e compreensão.

As minhas amadas Paola e Renata que mesmo distantes e sem conhecer os detalhes dos momentos da vida uma da outra, há uma calorosa e carinhosa torcida sempre, com a mesma pureza do amor e amizade que temos há quase vinte anos.

A Ângela grande amiga e companheira, sempre ao meu lado irradiando minha vida com sua luz e bondade.

A Ju, colega de profissão, companheira de trabalho e amiga para a vida! Obrigada pelo incentivo para eu não desistir desta empreitada que você conhece bem!

A Adriana, recente colega de trabalho, coordenadora do curso de Serviço Social de instituição importante, me abriu portas e me proporcionou a oportunidade da docência, fato que me incentivou muito para esta finalização.

Aos meus colegas de trabalho do Projeto Guri, em tão pouco tempo já possuem importância na minha vida! Agradeço pela compreensão e apoio nesses momentos finais.

Às professoras: Marcia N. Ogata, Adriana B. Feliciano e Maria do Carmo G. Caccia-Bava. Agradeço as contribuições durante a qualificação. Foram muito importantes!

À turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – UFSCar 2009-2011, minha matricial, aos profissionais das USFs em que trabalhei. Obrigada pela partilha de tantos momentos de aprendizado.

E por fim, agradeço a todos os participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e pela atenção, afinal este trabalho não existiria sem a importante contribuição de vocês!

Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena  
Acreditar no sonho que se tem  
Ou que seus planos nunca vão dar certo  
Ou que você nunca vai ser alguém  
Se você quiser alguém em quem confiar  
Confie em si mesmo  
Quem acredita sempre alcança!

(Renato Russo)



## RESUMO

A participação e o controle social são princípios norteadores do SUS e para democratização do sistema. A gestão e organização das ações e serviços de saúde devem expressar definições conjuntas entre o poder público e população. A Lei 8.142/1990 estabelece como instâncias para participação e controle social na saúde os conselhos e as conferências. A Estratégia Saúde da Família pode ser considerada um lócus facilitador da materialização da participação social devido à possibilidade de vínculo com a população usuária. Considerando esta hipótese a pesquisa buscou analisar as percepções dos usuários e trabalhadores da Saúde da Família em relação à participação social, visando o efetivo controle social em saúde. A partir de abordagem qualitativa de pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e usuários de duas Unidades de Saúde da Família no Município de São Carlos e posterior análise temática, que deu origem a três categorias: (i) desafios para a efetivação da participação social na ESF; (ii) espaços de participação ou “cumprimento de tabela?”; (iii) ESF: potencialidade para a participação social. Os resultados deste estudo permitiram desvelar diversas fragilidades que se configuram como desafios para a participação social no território pesquisado, tais como: falta de informação/compreensão, exposição e relações de poderes e assistencialismo/acomodação. Os espaços institucionalizados para a participação e controle social abordados neste estudo foram as Conferências Municipais de Saúde e os Conselhos Gestores locais. A efetivação dos mesmos foi analisada negativamente devido à falta de apoio e participação da gestão municipal. A pesquisa permitiu desvelar também potencialidades como o empenho dos conselheiros e os espaços de capacitação realizados entre equipe e usuários membros do Conselho Gestor nas Unidades de Saúde da Família. Por fim, a percepção dos participantes reforça o desafio que é a participação social no SUS. Como contribuição o apontamento da necessidade de maior investimento e atenção a estes espaços a partir do reconhecimento de suas potencialidades.

**Palavras- chave:** Controle Social, Estratégia Saúde da Família, Participação Social, Sistema Único de Saúde.



**Abstract:**

The participation and the social control are guiding principles of SUS and for democratization of the system. The health acting and services management should express joint definitions between the government and population. The 8.142/1990 Law establishes as instances for participation and social control in the Health the counsels and the conferences. The Family Health Strategy (FHS) could be considered an easier locus of the materialization of the social participation because of the link possibility with the user population. Considering this hypothesis, the research sought to analyze the users and Health worker's perceptions of the Family for the social participation, seeking for the social effective control in health. It was held with workers and users of two Family Health Units in the São Carlos county, from the qualitative analysis, up with the application of semi structured interviews and thematic analysis, whose origins three categories(i) challenges for the effectiveness of the social participation in the FHS; (ii) participation spaces or just completion of formalities?; (iii) FHS: potentiality for social participation. The results of this study allowed unveiling various fragilities that figures as challenges for the social participation in the researching field, such as: lack of information/comprehension, exposition and power relations and welfares/accommodation. The institutionalized spaces for the participation and social control addressed in this study were the Municipal Health Conferences and the locals Management Councils, the effectiveness of them were analyzed negatively due lack of support and government participation. The research allowed unveiling also potentials as the counsels' effort and the capacity spaces done between the team and the users members of the Management Councils in the Family Heath Units. Lastly, the participants perception strengthens the challenge that is the social participation in the SUS. As contribution, the needing pointing of more investment and attention to this spaces from the recognition of their potentialities.

**Keywords:** Social Control, Familiy Health Strategy, Social Participation, SUS - Sistema Único de Saúde.



## Sumário

|   |            |
|---|------------|
| <b>Apresentação</b> .....   | <b>23</b>  |
| <b>1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....   | <b>27</b>  |
| <b>1.1 Cidadania, Participação e Controle Social</b> .....                                  | <b>29</b>  |
| <b>1.2 Controle Social: princípio norteador do SUS e da democratização do sistema</b> ..... | <b>32</b>  |
| <b>1.3 Conselhos e Conferências de Saúde: espaços de participação social?</b> .....         | <b>36</b>  |
| 1.3.1 Conselhos de Saúde: propostas e desafios .....  | 41         |
| <b>1.4 Estratégia Saúde da Família e os Conselhos Gestores Locais</b> .....                 | <b>44</b>  |
| <b>1.5 Estudo sobre o Município de São Carlos</b> .....                                     | <b>46</b>  |
| 1.5.1 ARES Cidade Aracy.....  | 47         |
| 1.5.2 Conselho Municipal de Saúde de São Carlos .....                                       | 50         |
| 1.5.3 Conferências Municipais.....  | 51         |
| 1.5.4 Conselhos Gestores Locais.....  | 54         |
| <b>2 - PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....  | <b>55</b>  |
| <b>2.1 Fundamentação Metodológica</b> .....   | <b>57</b>  |
| 2.1.1 Caracterização do estudo .....  | 57         |
| <b>2.2- Procedimentos Metodológicos</b> .....   | <b>58</b>  |
| 2.2.1 Cenário de estudo .....   | 58         |
| 2.2.2 Participantes da Pesquisa .....   | 59         |
| 2.2.3 Coleta de dados.....  | 60         |
| 2.2.4 Análise dos dados.....  | 60         |
| 2.2.5 Procedimentos éticos .....  | 61         |
| <b>3 - RESULTADOS DA PESQUISA</b> .....   | <b>63</b>  |
| <b>3.1 Caracterização dos participantes da pesquisa:</b> .....                              | <b>65</b>  |
| 3.1.1 Profissionais: .....  | 65         |
| 3.1.2 Usuários: .....   | 66         |
| <b>3.2 Análise e discussão dos dados:</b> .....   | <b>67</b>  |
| 3.2.1 Desafios para a efetivação da participação na ESF .....                               | 67         |
| 3.2.2 Espaços de participação ou “cumprimento de tabela?” .....                             | 75         |
| 3.2.3 ESF: Potencialidade para a participação social .....                                  | 83         |
| <b>Considerações finais:</b> .....  | <b>92</b>  |
| <b>Referências</b> .....  | <b>97</b>  |
| <b>APÊNDICES</b> .....  | <b>101</b> |
| <b>A - Roteiro de entrevista (profissionais)</b> .....                                      | <b>103</b> |
| <b>B - Roteiro de Entrevista (Usuários)</b> .....   | <b>104</b> |

|  |            |
|--|------------|
| C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ..... | 105        |
| <b>ANEXO.....</b>                                    | <b>107</b> |
| A – Parecer consubstanciado do CEP .....             | 108        |

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ABRASCO** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

**ARES** - Administração Regional de Saúde

**CAPs** - Caixas de Aposentadoria e Pensão

**CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

**CG** - Conselho Gestor

**CMS** - Conferência Municipal de Saúde

**CNS** - Conferência Nacional de Saúde

**CONASS** - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

**CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**FMS** - Fundo Municipal de Saúde

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IFSP** - Instituto Federal de São Paulo

**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social

**LOAS** - Lei Orgânica de Assistência Social

**PCB** - Partido Comunista Brasileiro

**PNAS** - Política nacional de Assistência Social

**RMSFC** - Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

**SUAS** - Sistema Único de Assistência Social

**SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UEL** - Universidade Estadual de Londrina

**UFSCar** - Universidade Federal de São Carlos

**UPA** - Unidade de Pronto Atendimento

**USF** - Unidade de Saúde da Família

**USP** - Universidade de São Paulo

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1</b> – História das Conferências Nacionais de Saúde .....                | 40 |
| <b>Quadro 2</b> – História das Conferências Municipais de Saúde de São Carlos ..... | 52 |
| <b>Quadro 3</b> – Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa .....  | 63 |
| <b>Quadro 4</b> – Caracterização dos usuários participantes da pesquisa. ....       | 64 |



## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> – Mapa da Pobreza: Contraste São Carlos.....   | 48 |
| <b>Figura 2</b> – Mapa da Pobreza: domicílios com renda per capita de até 70 reais –<br>Cidade Aracy ..... | 49 |



## **Apresentação**

Ao apresentar um trabalho e descrever sobre a trajetória profissional, nos remetemos a situações de cunho pessoal em que são revistos distintos momentos. A sensação é boa, pois esta revisão traz um sabor de finalização de uma etapa, rumo a mais uma conquista.

Sou Assistente Social formada pela Universidade Estadual de Londrina - UEL em 2008. Parece que pensar em cinco anos de formação é pouco, mas foi um período de diferentes e intensas experiências, as quais vou descrever brevemente.

Durante a graduação fiz estágios na área da saúde mental, em seguida com crianças e adolescentes em um abrigo e também com a nova Lei de Drogas e Penas Alternativas. Este foi o tema que me proporcionou o primeiro contato com a pesquisa, realizada para o trabalho de conclusão de curso da graduação.

Ainda na graduação conheci alguns residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL e me interessei muito pela proposta, foi quando decidi que era o que eu queria para mim após a graduação. Logo fiquei sabendo que também havia esta Pós-Graduação na UFSCar, o que se tornou meu objetivo, pois assim cumpriria dois desejos o profissional e o pessoal que era voltar para mais próximo da minha cidade de origem, Ribeirão Preto.

Em 2009 ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade<sup>1</sup> (RMSFC –UFSCar), onde desde o início percebi o quanto seria válido e intenso o aprendizado.

Fui percebendo o quanto os objetivos e a visão trazida pelo SUS e suas políticas vão ao encontro do Serviço Social. Esta percepção me motivou e com a dedicação nestes anos de residência, sentia que estava no lugar certo e na hora certa!

Hoje, olhando para trás posso dizer que até então foi a melhor experiência profissional que tive. Nestes dois anos de residência trabalhei no bairro Cidade Aracy, território com intensa vulnerabilidade social e dificuldade de acesso a direitos básicos. Estar neste local me proporcionou significativa experiência enquanto assistente social.

---

<sup>1</sup> É constituída em ensino de Pós-graduação “lato-sensu” e se destina às profissões da saúde e correlatas, sob forma de Curso de Especialização modalidade Residência caracterizado por capacitação em serviço, sob a orientação de profissionais, oriundos da Universidade e da Secretaria Municipal de Saúde (Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, 2009, p. 07).

Neste período conheci também o Conselho Gestor (CG) das USFs, e era perceptível a dificuldade de funcionamento e efetivação das propostas. Uma colega sugeriu para alguns residentes o trabalho e discussão de temas com a comunidade, como a política de saúde e a importância do controle social.

Já encantada com toda a proposta da ESF, fiquei muito motivada em trabalhar com um tema diretamente ligado aos objetivos da minha profissão na perspectiva da garantia de direitos.

Fiquei envolvida com o Conselho Gestor durante quase toda a residência, trabalhamos diversos temas com as equipes e a comunidade, e por algum tempo as reuniões foram se aproximando do objetivo da construção conjunta da política de saúde.

Com a rotatividade de profissionais envolvidos e a dispersão de alguns conselheiros representantes dos usuários, aquele espaço de discussão foi perdendo o sentido e os participantes ficaram desmotivados.

Nos altos e baixos vividos neste processo decidi direcionar minha pesquisa para o trabalho de conclusão de curso da RMSFC a tentar compreender a dinâmica dos CGs.

A pesquisa foi realizada com os representantes dos usuários do Conselho Gestor de uma USF, o objetivo foi compreender a dinâmica do funcionamento e como se deu a eleição dos conselheiros. Emergiram várias questões interessantes em relação ao motivo que levou ao desejo de participar, bem como a compreensão sobre o funcionamento do Conselho Gestor. Contudo ainda restaram questões em relação a percepção sobre direitos e participação social como um todo e não apenas neste espaço institucionalizado, além da necessidade de compreender a percepção daqueles que não possuem relação direta com espaços de participação.

Tendo em vista o interesse de aprofundamento na discussão do tema, ao ingressar no Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica optei, por complementar o estudo anterior a partir de um novo recorte com **objetivo** principal de analisar as percepções dos usuários e trabalhadores da Saúde da Família em relação à participação social, visando o efetivo controle social em saúde.

Entendendo a importância de problematizar a atuação dos espaços de participação e controle social para aprofundar o debate acerca de questões relevantes e apontar caminhos para sua maior efetividade, este trabalho buscou atingir os seguintes **objetivos específicos**: - Conhecer as percepções dos usuários

e trabalhadores de Unidades de Saúde da Família sobre o controle social na saúde e respectivas instâncias de participação; - Apreender as percepções dos usuários e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre os Conselhos Gestores das USFs, enquanto instâncias de controle social na saúde; - Identificar as repercussões das decisões dos Conselhos Gestores no cotidiano do trabalho, de acordo com as percepções dos usuários e trabalhadores das USFs.

É esperado que esta pesquisa possa contribuir para esclarecer fatos e motivos que levam a dificuldade da efetivação da participação e controle social na saúde e possivelmente fazer algumas sugestões sobre novos caminhos.

Para tanto, este trabalho está dividido em quatro capítulos. No primeiro é apresentada a contextualização do problema, subdividida em temas como: cidadania, participação e controle social; controle social: princípio norteador do SUS; os conselhos e as conferências de saúde. Ainda neste capítulo é apresentado um breve estudo sobre Município de São Carlos.

No segundo capítulo são apresentados o percurso e os procedimentos metodológicos da pesquisa.

No terceiro capítulo estão os resultados deste estudo subdivididos em caracterização dos participantes e análise e discussão dos dados. E no quarto e último capítulo estão as considerações finais a respeito dos dados pesquisados.



## **1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA**



## 1.1 Cidadania, Participação e Controle Social

*“Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar(...)” (ONU, 1948, art. XXV).*

A conquista de direitos geralmente é resultado de longos processos de construção e intensos conflitos de interesses. O exercício de direitos vem acompanhado de deveres e ambos compõem a cidadania.

Cidadania implica o exercício simultâneo de três categorias de direitos: os direitos civis (liberdade pessoal, de ir e vir, de expressão, de pensamento, de religião); os direitos políticos (de associação, eleitorais) e os direitos sociais, condições de vida, trabalho, educação, saúde, assistência em situações de risco social (BRASIL, 2009, p. 9).

A história do Brasil é marcada por longos processos de exclusão, autoritarismo e restrição de direitos. As conquistas de vários direitos que hoje são garantidos por lei são oriundas de diversas lutas para reconhecimento como, por exemplo, o direito ao voto que gradualmente se estendeu para todo brasileiro maior de dezesseis anos.

Foram várias conquistas em relação aos direitos civis e políticos, nota-se que os direitos sociais, que são referentes a condições de vida, o acesso a bens e serviços para garantia de vida digna, caminham de forma mais lenta em relação aos demais, pois sua concretização exige um caráter redistributivo o que implica em conflitos de interesses de maior amplitude, isto é, a redução de privilégios de determinada classe em detrimento de outra. A “existência de direitos pressupõe que cada pessoa tenha que se conhecer e reconhecer o outro como portador de direitos” (BRASIL, 2009, p.11).

Não há como conquistar a cidadania e direitos embutidos sem a ação dos sujeitos envolvidos, este precisa participar de decisões que afetam sua vida e agir perante a elas, mas para isso é necessário que este sujeito possua conhecimento e entendimento de seus direitos e deveres. A partir deste, o cidadão pode interferir na implementação e controle das políticas públicas e assim alcançar a realização dos direitos sociais.

Além de conhecer e entender sobre seus direitos os cidadãos precisam ter consciência da coletividade, do pertencimento a um determinado grupo que pode se unir para a discussão e resolução de causas coletivas, assim pode ocorrer a participação direta de todos os envolvidos.

Outra maneira é a eleição de representantes, como acontece em um sistema de democracia representativa, que conhecemos e praticamos. Nesta o poder legislativo não diz respeito ao povo reunido, mas a um corpo restrito de representantes que são eleitos por aqueles cidadãos a quem são reconhecidos direitos políticos (BOBBIO, 1998).

Para a efetividade da atuação de representantes, é importante que o grupo representado lhe dê apoio para os enfrentamentos necessários e processos de decisão, isso significa que, mesmo indiretamente todos participam. A ausência da participação dos representados pode dar margem a conflitos de interesses, podendo não mais atender a demandas coletivas. É primordial assegurar que o interesse público prevaleça.

Para Soratto (2011, p.11) *“a democracia é uma organização política que reconhece a cada um dos membros da comunidade o direito de participar da direção e gestão de interesses públicos”*, porém ela pode ser facilmente utilizada de forma totalitária por meio da dominação de classes. Desta forma, a democracia pode ser considerada um termo de difícil conceituação, pois pode vir a ser justificativa para práticas totalitárias contraditoriamente ao seu real significado e ideologia.

No intuito de evitar que a representatividade perca sua função, os cidadãos podem exercer sua cidadania através da participação e controle social.

Teixeira (2001, p.30) propõe a denominação conceitual de Participação Cidadã, *“como exercício da cidadania ativa (...) processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e Mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações”*.

O tema da participação é uma lente que possibilita um olhar ampliado para a História. O resgate dos processos de participação leva às lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e à cidadania. A participação é, também, a luta por melhores condições de vida e por benefícios à população (PEDUZZI, 2005, p.7).

A sociedade vive as consequências do sistema capitalista, a partir de uma relação de exploração em que a concentração de renda, riquezas e poder ficam com a minoria da população, enquanto a maioria encontra dificuldade de acesso a direitos e condições de vida digna.

Esta dinâmica intensifica e multiplica várias expressões da questão social<sup>2</sup>, como o crescimento da desigualdade social, o desemprego, a fome, a violência e muitos outros. Neste contexto a participação e o controle social podem ser importantes ferramentas para viabilização de políticas públicas e garantia de direitos.

Importante discutir sobre o conceito de controle social, pois a própria história pode levar à confusão de interpretação, na qual o termo pode ser considerado o controle do estado sobre a sociedade. Nesta abordagem, a ênfase é no significado do controle da sociedade sobre o estado a partir da fiscalização, avaliação e participação na gestão das políticas públicas. Gazeta (2004, p.30) esclarece que:

O conceito de controle social, historicamente, foi entendido apenas como controle do Estado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido do controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas.

Em alguns momentos o direito à participação da população brasileira foi reduzido ou proibido, como em períodos ditatoriais, porém a partir da Constituição de 1988 passa a ser considerado um direito, identificado principalmente através das Conferências, Conselhos e Fóruns.

O controle social é considerado uma importante ferramenta para a democratização das organizações, além de efetivar e institucionalizar a participação

---

<sup>2</sup> A questão social contemporânea nas sociedades capitalistas mantém a característica de ser uma expressão concreta das contradições e antagonismos presentes nas relações entre classes, e entre estas e o Estado. As relações capital-trabalho, no entanto, não são invariáveis, como tampouco o é a forma de organização do capital e do trabalho: por isso, concordamos com a ideia de que existem novidades nas manifestações imediatas da “questão social”, o que é bem diferente de afirmar que a “questão social” é outra, já que isso pressuporia afirmar que a “questão social” anterior foi resolvida e/ou superada (PASTORINI, 2007, p.14-15).

da sociedade na gestão. Por outro lado, como coloca Rolin (2013) pode ser um termo que traduz um reducionismo, pois não traduz a amplitude do direito assegurado na Constituição Federal, em que há garantia não apenas da fiscalização e sim da aplicação dos recursos públicos. Isso significa a participação direta dos cidadãos a partir da intervenção em decisões de interesse público e formulação de políticas.

Os objetivos das ações de controle social devem ir além de tentar coibir corrupções e desperdício de dinheiro público, é necessário buscar o comprometimento dos gestores públicos na implantação de programas, projetos e ações de interesse coletivo. Desta maneira o controle social pode adquirir o sentido de vigilância e responsabilização (ROLIN, 2013).

## **1.2 Controle Social: princípio norteador do SUS e da democratização do sistema**

Até o fim do século XVIII, a assistência à saúde dependia apenas da filantropia e dos profissionais liberais. A partir do século XIX, surgem iniciativas relacionadas a saúde pública devido as transformações sociais e econômicas decorrentes da industrialização.

No início do século XX, alguns direitos sociais foram conquistados pelas classes trabalhadoras a partir da reivindicação dos movimentos operários e de algumas interferências do estado com o objetivo de manutenção da ordem social.

Com o avanço do capitalismo no Brasil, ligado à exportação de café e ao crescimento da classe operária, emerge a necessidade de um serviço de saúde para melhor controle da saúde do trabalhador. A reforma Carlos Chagas em 1923 buscou ampliar o atendimento em saúde pública.

Surge então a necessidade de um novo olhar em relação à higiene e saúde do trabalhador. Diante destas demandas, em 1923 foram criadas no Brasil as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), como forma de acesso à saúde e previdência aos trabalhadores. Possuía direito quem contribuía através de contratos que as empresas faziam com os funcionários. Nas CAPs o mecanismo de participação era através da representação de trabalhadores contribuintes (COHN, 1996).

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930 têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores (BRAVO, 2001, p.3).

O desenvolvimento da indústria no país, o crescimento econômico e a democratização favoreceram o cenário para o fortalecimento do movimento sindical na busca por direito dos trabalhadores, assim como a maior representação nos colegiados da previdência.

Essas transformações políticas e econômicas favoreceram também a criação de políticas sociais em resposta a várias expressões da questão social decorrentes da nova dinâmica de acumulação de capital, a ampliação da urbanização, o crescimento da massa trabalhadora e as condições precárias que eram sujeitados (BRAVO, 2001).

No período da década de 1930 até 1964 os serviços de saúde eram fornecidos para os beneficiários dos institutos, as campanhas sanitárias não obtiveram resultados significativos em relação a doenças infecciosas, parasitárias e a mortalidade em geral.

Com o golpe militar em 1964 os trabalhadores são retirados das representações e participação nas decisões dos institutos, o momento era de centralização do poder e repressão a qualquer tipo de manifestação de insatisfação da população. As decisões e o acesso aos direitos ficam exclusivamente sobre o controle do Estado.

Neste contexto os grandes problemas estruturais do país foram agravados, ao mesmo tempo em que a postura centralizadora amplia a política assistencial com o objetivo de não causar tensões sociais, manter a ordem e o bom funcionamento do sistema, assim como o acúmulo de capital.

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, aprofundando o perfil assistencialista de atendimento em saúde (ênfase em assistência médica), bem como as demais políticas deste regime de governo (COHN, 1996).

Assim o Estado passa a atuar com crescente papel interventivo, excluindo a sociedade de qualquer intervenção política ou participação na gestão da previdência.

Mesmo neste período de enfraquecimento e repressão da força popular e dos movimentos sociais, a população foi gradativamente ganhando voz frente à restrição de direitos apresentada pela centralização do poder no período da ditadura militar no país. Com os anos estes movimentos se desenvolveram em torno de causas maiores buscando por direitos e lutando por problemas que a sociedade passava naquele momento.

A conjuntura do momento era de crise política e econômica, faltava infraestrutura básica para a população. Estes e outros motivos foram propulsores para a organização da sociedade na luta por direitos básicos de sobrevivência.

O processo de abertura política possibilitou o desenvolvimento de movimentos populares, a maioria estimulados pela busca da redemocratização do país. Os movimentos sociais passaram a contestar o poder centralizador do Estado, lutam por liberdade, igualdade e justiça social. Soratto (2011, p.27) analisa que não tinha apenas caráter contestador e sim legalista. Era uma luta de *“sujeitos sociais críticos e não mais meros reprodutores de informação.”* A população se cansou de apenas seguir o estabelecido, agora buscava a participação nas decisões antes atribuídas apenas ao estado.

Dentre os movimentos e lutas por garantias neste período destaca-se o movimento sanitário, com início em meados da década de 1970, que buscava um novo conceito de saúde. Neste contexto a política de saúde se tornou importante interesse da sociedade, compreendida como direito e estreitamente vinculada à luta pela democracia.

O movimento sanitário conta com ampla participação de diversos setores da população, de profissionais e intelectuais da saúde. Nessa conjuntura foram criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976 e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979, ambas contribuíram para a institucionalização do movimento.

Este movimento que uniu profissionais da saúde, intelectuais, lideranças políticas e população em busca da garantia de acesso igualitário e de qualidade para os brasileiros resultou na Reforma Sanitária.

Assim o movimento que buscou a reorientação do sistema de saúde brasileiro demarcando o início de uma nova era a partir da Reforma Sanitária, trazia propostas para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial envolvido no contexto de redemocratização da política brasileira (ACIOLI, 2005).

O envolvimento de representantes de alguns partidos políticos de oposição como o Partido Brasileiro Comunista (PCB) no movimento sanitário viabilizou a inclusão de discussões no âmbito do congresso nacional. Os principais temas discutidos foram a reestruturação da saúde a partir de um sistema unificado de livre acesso, contando com olhar sobre a saúde individual e coletiva. Também a descentralização administrativa entre estados e municípios e a democratização da gestão com inclusão da participação da sociedade por meio dos conselhos de saúde.

O fato marcante para a legitimação das propostas do movimento sanitário foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 em Brasília – DF. Os principais temas abordados foram: a saúde como direito e inerente à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

A 8ª Conferência contou com ampla participação da sociedade civil como nunca visto em conferências anteriores, mais de cinco mil pessoas dentre as quais mil eram delegados. Foi um marco incontestável de participação social (BRAVO, 2001).

O resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) posteriormente Sistema Único de Saúde (SUS) legitimados no plano jurídico pela constituição Federal de 1988 que afirma que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado”* e pela Lei Orgânica 8.080 de 1990. O SUS torna obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão tendo como princípios a integralidade, universalidade, equidade e participação da população. O artigo 198 da Carta Constitucional estabelece as diretrizes do SUS:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. Descentralização, participação social e atendimento integral, estes são os alicerces para a construção do SUS.

A participação social, o envolvimento da população na formulação e fiscalização das políticas públicas foi um dos eixos amplamente discutidos na 8ª Conferência e incluída nas diretrizes do SUS. A gestão, organização e controle das ações e serviços de saúde devem expressar definições conjuntas entre o poder público e população. O controle social é apontado como um dos princípios

norteadores na implementação do SUS e imprescindível para redemocratização do sistema.

A reforma sanitária e a implementação do SUS foram de inegável destaque, porém não podemos esquecer os fatos deste momento de transição na política nacional como um todo.

Logo nos primeiros anos de funcionamento do SUS, encontra-se diversas dificuldades estruturais. Surgem tensões diante da ineficácia do setor público colocando em dúvida a legitimação das bases da reforma sanitária. O desestímulo por não ver as conquistas legais concretizadas e a burocratização do sistema afasta a população do envolvimento nas questões políticas da saúde (FLEURY, 2009).

Mesmo com vários avanços constitucionais não foi dada a devida importância para diversas questões como, por exemplo, a legitimação da participação quando sancionada a Lei 8080/90. Nesta, o então presidente da república, Fernando Collor de Mello, veta os artigos que dizem respeito a participação da população no SUS.

Com os vetos emergem novos debates com o objetivo de garantir juridicamente a participação da comunidade na gestão do SUS, o que culmina na Lei 8142/90. Esta estabelece, organiza e normatiza a participação em duas instâncias: as conferências e os conselhos, ambas em níveis municipal, estadual e nacional.

### **1.3 Conselhos e Conferências de Saúde: espaços de participação social?**

Após a 8ª CNS, os conselhos e as conferências foram de fato consideradas de caráter público, garantindo a participação de representantes de trabalhadores e da sociedade civil.

As conferências estaduais e municipais instituídas pela Lei 8.142/90 começaram a ser realizadas no início da década de 1990 e gradativamente foram se disseminando e aumentando a participação.

O objetivo das conferências é analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes. Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência. Isso envolve o debate entre os representantes dos diferentes grupos de interesse e a construção de acordos sobre aspectos que devem ser considerados prioritários na definição das ações do sistema (BRASIL, 2009, p. 33).

As conferências de saúde nas três esferas de governo, conforme a Lei 8.142/90 devem ser realizadas a cada quatro anos para avaliar as condições da saúde, propor melhorias e formulação de novas políticas. Participam representantes de diversos segmentos da sociedade. As conferências podem ser convocadas pelo poder executivo ou pelos conselhos de saúde.

Há autonomia para as esferas estaduais e municipais para o estabelecimento de Leis próprias para a definição da periodicidade das conferências, desde que respeitado o intervalo máximo de quatro anos. Vários municípios realizam as conferências a cada dois anos.

Por deliberação do CNS, as conferências nas três esferas de governo são realizadas com temas específicos, com o objetivo de aprofundar os debates e tornar mais precisas as propostas e orientações. Alguns temas já tratados em conferências nacionais foram: saúde mental, saúde do trabalhador, saúde da mulher, medicamentos e assistência farmacêutica e diversos outros.

Está previsto em Lei que as regras para a realização das conferências deverão ser definidas pelos seus respectivos conselhos, salvo aquelas definidas na legislação nacional como a composição e a periodicidade. Estas decisões envolvem desde a escolha do tema, data a ser realizada, dinâmica dos debates e número de delegados (BRASIL, 2009).

As conferências, assim como os conselhos, representam avanços para o fortalecimento do controle e da participação social no SUS. Ambos enfrentam limites e desafios que podem ser analisados e superados.

Conferências de Saúde são realizadas a mais de setenta anos. A primeira foi realizada em 1941 no governo de Getúlio Vargas com o tema “*Situação sanitária e assistencial dos estados*”. Foi convocada pelo Ministro da Educação, pois na época a saúde era um departamento deste Ministério, ainda não existia o Ministério da Saúde. Desde o início o objetivo das conferências era avaliar e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde.

As conferências nacionais de educação e de saúde como mecanismo do governo federal articular-se e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Foram estabelecidas pela Lei n. 378, de 13/01/1937, que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde. Eram espaços estritamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então

Ministério Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados (BRASIL, 2009, p. 11).

Em 1950 aconteceu a segunda Conferência Nacional de Saúde (CNS) no governo de Eurico Gaspar Dutra com o tema “Legislação referente à higiene e segurança do trabalho”. Logo em seguida em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, oriundo de propostas e discussões das duas primeiras conferências.

Apesar destas conquistas a terceira conferência aconteceu apenas 13 anos depois em 1963 no governo do presidente João Belchior Goulart com o tema “*Descentralização na área de saúde*”. Esta contou um fato diferente das anteriores, a participação dos movimentos sanitários com a proposta de um sistema nacional de saúde.

Percebe-se realização das três primeiras conferências alguns avanços em relação aos temas discutidos e também ao início da participação, contudo no ano seguinte, 1964 aconteceu o golpe militar. Neste período de autoritarismo e centralização do poder, aconteceram quatro conferências: 1967 no governo do presidente Arthur Costa e Silva com o tema “*Recursos Humanos para as atividades em Saúde*”, em 1975 e 1977 no governo de Ernesto Geisel ambas com o tema “*Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização*” e em 1980 a última realizada no período ditatorial no governo de João Batista Figueiredo com o tema “*A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos*”.

Embora diante desta postura centralizadora do governo os movimentos sanitários mantiveram suas discussões, e em meados da década de 80 com o fim da ditadura militar, o movimento da reforma Sanitária adquire forças e reconhecimento para a notável atuação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, grande marco e nova era para esta política no país.

Na 8ª CNS, realizada em 1986 no governo do presidente José Sarney, foi discutido como tema central “Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial” houve uma ampla e significativa participação popular e isso proporcionou o acontecimento de diversas mudanças na saúde com a aprovação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) posteriormente Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a partir de 1988 o SUS passa a ter base legal, a saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado.

A 9ª CNS aconteceu em 1992 no governo do presidente Fernando Collor de Mello com o tema "*Municipalização é o caminho*", foram reafirmados os princípios constitucionais do SUS e traçadas estratégias de descentralização e municipalização.

A 10ª CNS foi realizada em 1996 no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e teve como tema: "O SUS - Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a qualidade de Vida". A 11ª CNS realizada em 2000, ainda no governo FHC, contou com a temática "*Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social*" foi marcada por ampla participação da população e intensas discussões sobre o fortalecimento do controle social e conselhos de saúde.

"*Saúde é um Direito de Todos e Dever do Estado - A Saúde que Temos e o SUS que Queremos*" foi o tema da 12ª CNS realizada em 2003, no governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, reuniu um número ainda maior de participantes e delegados que a conferência anterior.

Em 2007 foi realizada 13ª Conferência Nacional de Saúde, também no governo do presidente Lula, foram avaliados os 20 anos do SUS, suas potencialidades, fragilidades e como superar os principais desafios em busca da qualidade de vida da população. Um destaque desta conferência é que dos 5564 municípios brasileiros, 4430 realizaram suas Conferências Municipais, correspondendo a 77% de todos os municípios do país.

Questões controversas como o aborto e a fundação estatal de direito privado foram as mais discutidas e analisadas nessa oportunidade democrática e de compartilhamento social.

A 14ª CNS em 2011, última realizada até então, já no governo da atual presidente da república Dilma Rousseff, teve como temática: "*Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro.*" Foram aprovadas várias propostas divididas em quinze diretrizes, entre estas: Em defesa dos SUS – pelo direito a saúde e a seguridade social, Gestão Participativa e controle social sobre o estado: ampliar e consolidar o modelo democrático no SUS. Nesta diretriz foram aprovadas diversas estratégias para fortalecer o controle social no SUS, como o investimento em infraestrutura para o funcionamento dos conselhos, a capacitação continuada para conselheiros e outras.

Segue no Quadro 1 a apresentação das Conferências Nacionais de Saúde realizadas desde 1941 (passando por diversas fases e transformações como exposto acima) e os respectivos Presidentes da República da época de acontecimento de cada uma, bem como os temas centrais discutidos.

**Quadro 1:** História das Conferências Nacionais de Saúde

| <b>Conferências</b> | <b>Ano</b> | <b>Presidente da República</b> | <b>Tema (s)</b>   |
|---------------------|------------|--------------------------------|---|
| 1ª                  | 1941       | Getúlio Vargas                 | Situação sanitária e assistencial dos estados.  |
| 2ª                  | 1950       | Eurico Gaspar Dutra            | Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.                                   |
| 3ª                  | 1963       | João Belchior Goulart          | Descentralização na área de saúde.  |
| 4ª                  | 1967       | Arthur da Costa e Silva        | Recursos humanos para as atividades em saúde  |
| 5ª                  | 1975       | Ernesto Geisel                 | Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização.                    |
| 6ª                  | 1977       | Ernesto Geisel                 | Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização.                    |
| 7ª                  | 1980       | João Batista Figueiredo        | A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos                                |
| 8ª                  | 1986       | José Sarney                    | Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial.   |
| 9ª                  | 1992       | Fernando Collor de Mello       | Municipalização é o caminho.  |
| 10ª                 | 1996       | Fernando Henrique Cardoso      | Construção de modelo de atenção à saúde.  |
| 11ª                 | 2000       | Fernando Henrique Cardoso      | Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. |
| 12ª                 | 2003       | Luís Inácio Lula da Silva      | Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.    |
| 13ª                 | 2007       | Luís Inácio Lula da Silva      | Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento.                         |
| 14ª                 | 2011       | Dilma Rouseff                  | SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo brasileiro.               |

**Fonte:** BRASIL, 2009 (Adaptada)

### 1.3.1 Conselhos de Saúde: propostas e desafios

Os conselhos de saúde são instâncias de caráter deliberativo e permanente, forma-se um órgão colegiado com representantes da população usuária, dos profissionais de saúde e da gestão/administração. Neste espaço os representantes devem *“atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”* (BRASIL, 1990, p.2).

A Lei estabelece ainda a paridade entre os conselheiros representantes de usuários, profissionais e gestores. A recomendação é que 50% seja de representantes dos usuários, 25% de trabalhadores e 25% de representantes da gestão.

Os conselhos de saúde são espaços legitimados que “conjugam características da democracia representativa com elementos da democracia direta.” Representam inúmeros avanços em relação ao controle dos cidadãos sobre as ações governamentais, uma vez que é um espaço aberto a negociações (ESPERIDIÃO, 2013, p.6).

No entanto, podem revelar várias contradições, quando os conselheiros atuam com maior representação política que social, ou quando a representação transforma-se em forma de barganha. Faz-se necessário questionar sobre a real influência destes conselhos e quais os interesses negociados para processos decisórios na política de saúde (ROLIM, 2013).

Em pesquisa na literatura a respeito dos conselhos de saúde e suas contribuições para o fortalecimento do SUS, Esperidião (2013, p.325) faz um levantamento dos principais problemas relativos a dificuldades de operacionalização dos conselhos de saúde, destacam-se:

- **Baixa Visibilidade:** Os conselhos geralmente não são conhecidos pela população local. Há pouca ou nenhuma divulgação das ações desenvolvidas nestes espaços nos meios de comunicação, assim como a não convocação da população para discussão de questões relativas à saúde.

- A resolução 453 (CNS de 10/05/2012) determina a necessidade de ampla divulgação das agendas das reuniões dos conselhos de saúde, bem como que estas aconteçam em lugar de fácil acesso.
- Baixa Representação: pode estar diretamente ligado ao problema citado anteriormente. Muitas vezes a população não conhece o papel dos conselhos, ou o identifica como espaço para denúncia ou discussão de problemas pontuais.
- Burocratização: geralmente as reuniões gastam boa parte do tempo com discussões de assuntos internos, transformando-se em momentos burocráticos para aprovação de Relatórios de Gestão ou Planos Orçamentários. Todos sem discussão aprofundada e muitas vezes sem esclarecimentos cabíveis.
- Precariedade da Estrutura: de infraestrutura como espaço apropriado e de operacionalização como comunicação e apoio da gestão. Estas dificuldades influenciam no bom funcionamento dos conselhos e limitam muitas ações que poderiam ser desenvolvidas.
- Baixa informação e qualificação dos Conselheiros.
- Fisiologismo: quando as ações e decisões dos conselhos são baseadas em trocas de favores e benefícios, ligados a interesses pessoais ou de um determinado grupo, ao invés de interesses comuns, como deveria ser.
- Cooptação.
- Autoritarismo, corporativismo, atuação de partidos políticos.
- Influência do conselho na formação da consciência cidadã, tendo seu alcance limitado.

- Imprecisão sobre o chamado “caráter deliberativo” atribuído aos conselhos: neste caso, falta determinação jurídica do que seria caráter deliberativo.

Ainda de acordo com a pesquisa realizada por Esperidião (2013), a maioria dos conselhos municipais no Brasil funciona com dificuldade ou de maneira incipiente. Além das dificuldades citadas há a prática de seletividade ou cooptação dos governos gestores, que não apoiam o exercício dos conselhos e ainda ignoram as decisões tomadas em conselhos e conferências.

O funcionamento dos conselhos, teoricamente espaços abertos para participação, construção e fiscalização de uma política pública vai à contramão da política neoliberal fortemente disseminada a partir da década de 1990, tal fato influencia diretamente nas dificuldades de operacionalização dos conselhos e nos conflitos de interesses.

Outro problema enfrentado pelos conselhos é a paridade, que não representa proporcionalidade dos representantes de usuários, trabalhadores e gestores, este desequilíbrio dificulta o objetivo da construção e aprovação de propostas e políticas que atendam demandas comuns.

Ainda há a dificuldade de compreensão dos representantes em relação aos reais objetivos de um conselho e qual o papel dos representantes. Neste aspecto, uma importante ferramenta para o funcionamento efetivo dos conselhos são as capacitações para os conselheiros.

O Conselho Nacional de Saúde promoveu discussões para a formulação de diretrizes para a capacitação de conselheiros de saúde e em 2002 foi criado o documento denominado “Diretrizes Nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde”.

Outras importantes políticas ministeriais foram implementadas com o objetivo de fortalecimento do controle social, a partir da capacitação de conselheiros de saúde. Em 2009 foi criada pela Secretaria de Gestão Participativa a “Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS.” Tem como objetivo orientar as ações governamentais no que refere a promoção da

gestão democrática no SUS. Entre as ações propostas pelo PARTICIPASUS destacam-se:

- Apoio ao controle social
- Educação Popular
- Incentivo a mobilização social
- Busca pela equidade
- Monitoramento e avaliação das políticas
- Implantação de ouvidorias e auditorias
- Gestão ética nos serviços públicos de saúde

O objetivo desta política é ampliar a participação da população na gestão do SUS através de incentivos e conscientização sobre a participação social. Espera-se com elas criar novas perspectivas.

#### **1.4 Estratégia Saúde da Família e os Conselhos Gestores Locais**

Considerando a necessidade de dar continuidade as conquistas sociais estabelecidas pelo SUS, após diversos embates políticos ideológicos ao longo dos anos, seguindo as propostas da Atenção Primária em Saúde e as diretrizes do SUS, nasce o Programa Saúde da Família em 1994, posteriormente adotado como Estratégia Saúde da Família e atualmente uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivenciada no setor.

A Estratégia Saúde da Família, pautada nas diretrizes do SUS, visa um novo formato de organização do trabalho, modificando a forma de prestação de assistência, transformando em um novo modelo de Atenção Primária. Tem como objetivo inovar por meio do estabelecimento de vínculos e co-responsabilização entre profissionais de saúde e população usuária dos serviços (COELHO, 2009).

Os atendimentos são prestados no lócus das unidades de saúde e também no domicílio dos usuários por equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e várias outras especialidades que podem ser incluídas de acordo com a localidade e/ou necessidade (SORATTO, 2011).

O território de atuação é uma área geográfica previamente delimitada, em que são identificadas as necessidades de saúde de uma determinada comunidade em que a equipe de uma USF irá atuar com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde da família e da comunidade.

Neste modelo a atenção não é mais concentrada apenas no indivíduo, se estende a coletividade através da família e da comunidade, a estratégia é atuar nestes núcleos a partir de ações coletivas com objetivo de alcançar a promoção e prevenção em saúde de forma mais abrangente e efetiva.

A ESF traz em seus princípios um novo modelo, o que exige também um novo olhar dos profissionais que nela atuarem, é preciso redirecionar a prática para um trabalho que evolva a compreensão da dinâmica social do território, bem como um trabalho em equipe coerente para a garantia da integralidade (SORATTO, 2011).

O trabalho na ESF vai muito além do atendimento a doença, significa um trabalho social com as famílias e a comunidade, a apropriação de visões de mundo e a garantia de direitos. Uma das diretrizes propostas é: *“Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social”* (BRASIL, 1997, p.9).

Nesta perspectiva, a participação e o controle social contribuem significativamente para a efetivação dos objetivos da ESF. A mobilização para a participação da comunidade a fim de exercer o controle social é considerada uma atribuição primordial dos profissionais da ESF.

Entre os vários desafios a serem superados para a concretização da proposta deste novo modelo, existe a necessidade de superação do trabalho centrado em procedimentos e a compreensão do processo de trabalho ser considerado também de construção de cidadania.

Peduzzi (2005) afirma que a característica peculiar da ESF é a aproximação e vínculo existente entre comunidade e equipe, pois favorece a integração e a democratização das instituições em busca de um projeto assistencial comum.

Uma das intenções desta aproximação das equipes com a comunidade é incentivar o usuário a participar dos processos de decisão e do funcionamento dos serviços. Nas unidades de saúde da família essa atuação pode acontecer por meio das ações coletivas, em grupos e nas reuniões do conselho gestor.

Os Conselhos Gestores Locais das Unidades de Saúde da Família, seguindo o disposto às demais instâncias de controle social, têm composição tripartite, com 50% (cinquenta por cento) de representantes dos usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos trabalhadores de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes da gestão.

Neste espaço, os representantes planejam e avaliam ações em saúde, bem como discutem demandas locais, identificando problemas e prioridades da comunidade. Esta possibilidade da democratização de decisões pode representar uma oportunidade concreta de fazer com que as reais necessidades da população sejam atendidas (COELHO, 2009).

Os conselhos gestores locais podem proporcionar uma participação social permanente por serem territoriais e setoriais, assim a dinâmica destes espaços possibilitam uma ampliação de informações sobre o funcionamento dos serviços (MATUOKA, 2008).

A discussão com a população durante as reuniões e no próprio cotidiano de funcionamento dos serviços sobre os problemas e as condições de saúde local é uma importante estratégia para promover a mobilização e compreender a real necessidade da comunidade. Tal dinâmica é necessária para o desenvolvimento de propostas que serão levadas até a gestão local.

## **1.5 Estudo sobre o Município de São Carlos**

O município de São Carlos está localizado no interior do estado de São Paulo, na região Centro-Leste, a uma distância de 230 quilômetros da capital paulista. O último Censo Demográfico realizado no município em 2010 pelo IBGE aponta uma população de 221.936 habitantes.

O município é conhecido como a “Capital da Tecnologia”, devido ao seu grande vigor acadêmico, tecnológico e industrial. Possui grandes universidades e centros de pesquisa que são reconhecidos pela excelência e diversidade: A Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e o Instituto Federal de São Paulo (IFSP).

Também conta com empresas e centros de pesquisa e um Parque Tecnológico que lhe garante a transferência de tecnologia das universidades e centros de pesquisas para as empresas.

Quanto aos serviços de saúde, São Carlos conta com uma rede pública (estadual e municipal) com serviços particulares e filantrópicos. Entre os serviços públicos atualmente conta com dois hospitais, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Centro Municipal de Especialidades, um Centro de Especialidades Odontológicas, dois Centros de Atenção Psicossocial, 12 Unidades Básicas de Saúde e 17 Unidades de Saúde da Família (SÃO CARLOS, 2013).

No município os serviços de saúde são divididos em cinco micro regiões denominadas de Administração Regional de Saúde (ARES).

Esta divisão ocorreu a partir de um processo de territorialização realizado em 2003. O objetivo deste processo foi de facilitar a coordenação das unidades de saúde nos territórios, bem como garantir melhor atendimento a população através da proximidade proporcionada. As regionais de saúde do município de São Carlos são: ARES Cidade Aracy, ARES Vila Isabel, ARES Redenção, ARES Vila São José e ARES Santa Felícia.

### **1.5.1 ARES Cidade Aracy**

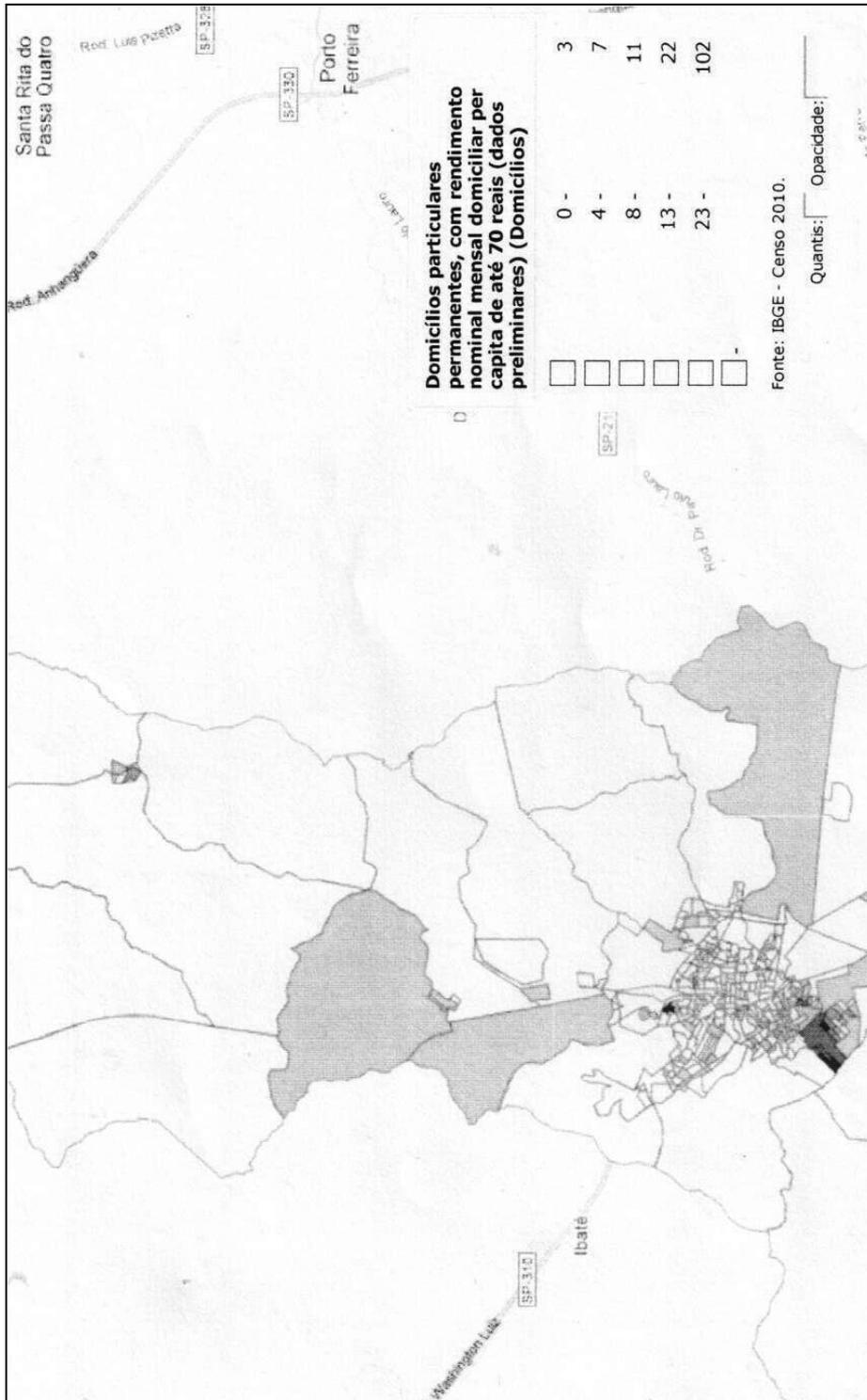
Este estudo foi realizado na ARES Cidade Aracy, localizada em uma região periférica do município. Considerada uma região com grande vulnerabilidade social, possui histórico de ocupação inadequada do território, por ser uma área de mananciais e de proteção ambiental. Mesmo assim, a ocupação foi incentivada por um forte agente especulador do mercado imobiliário (SANCHEZ E DAL BELLO, 2001 *apud* SILVA, 2007).

Segundo dados do Núcleo de Pesquisa e Documentação do Departamento de Ciências Sociais da UFSCar (1994) os bairros pertencentes a ARES Cidade Aracy (Aracy I e II, Presidente Collor e Antenor Garcia) foram apontados como os bairros mais carentes quanto à educação, saúde, segurança, renda familiar e inserção no mercado de trabalho.

Com o crescimento do município hoje há outras regiões carentes e com intensa vulnerabilidade social, mesmo assim a denominada “Grande Cidade Aracy” ainda é considerada a região que abriga o maior bolsão de pobreza no município de São Carlos.

De acordo com o mapeamento feito pelo IBGE (2010), esclarecimentos obtidos no CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) do próprio bairro, e a

pesquisa realizada por Menegussi (2013), é possível identificar o contraste desta região com as demais regiões do município. Conforme a ilustração das figuras abaixo:



**Figura 1:** Mapa da Pobreza: Contraste São Carlos (IBGE, 2010)

O “Mapa da Pobreza” identifica as famílias que vivem com renda per capita inferior a setenta reais, quanto mais escuro a legenda, maior o número de família naquela rua. As anotações a caneta foram feitas pela equipe do CRAS Aracy, são os nomes e números da rua, para facilitar a identificação.

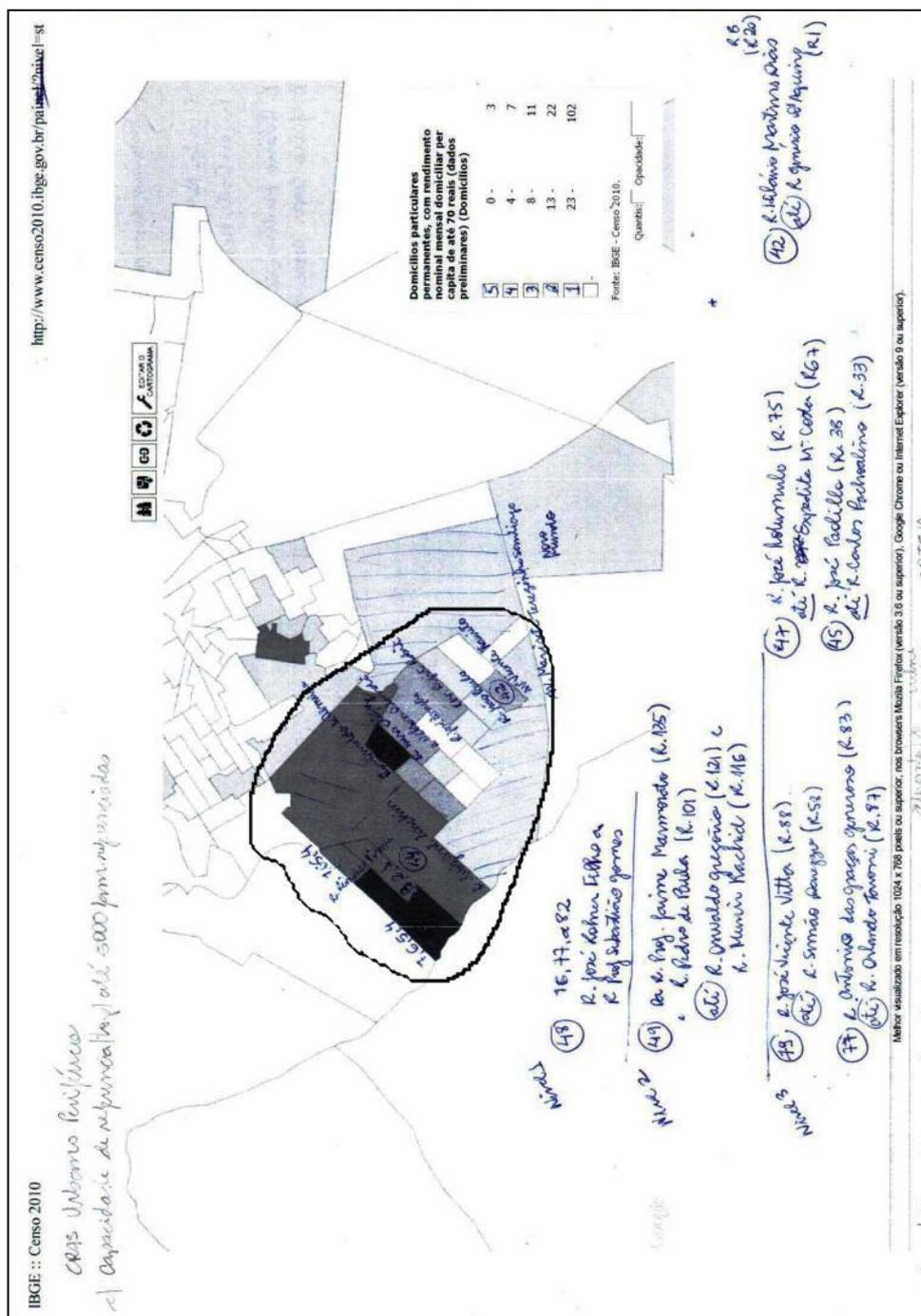


Figura 2: Mapa da Pobreza: domicílios com renda per capita de até 70 reais – Cidade Aracy (IBGE, 2010)

Os dados fornecidos pelo CRAS Cidade Aracy e a pesquisa realizada por Menegussi (2013) auxiliam na compreensão das figuras acima:

- A região identificada na cor preta refere-se à parte dos bairros Antenor Garcia e Aracy II, na qual se encontra a maior concentração de pobreza e vulnerabilidade social;
- A região com cor cinza escuro refere-se à outra parte dos bairros Antenor Garcia, Aracy II;
- As demais escalas de cinza referem-se aos bairros Aracy I e Presidente Collor.

Ainda de acordo com dados desta pesquisa os maiores problemas deste território são:

- Alto índice de desemprego
- Condição de moradia precária
- Violência urbana e tráfico de drogas
- Grande parte da população possui como renda fixa familiar os benefícios de transferência de renda.

Apesar de diversos equipamentos públicos e do terceiro setor que atuam na região na busca de garantir direitos, a Grande Cidade Aracy ainda é identificada como a região que apresenta as maiores expressões da questão social em São Carlos.

### **1.5.2 Conselho Municipal de Saúde de São Carlos**

De acordo com o estudo de Gazeta (2004), o Conselho Municipal de Saúde de São Carlos foi implementado em um contexto político marcado por gestões municipais pouco favoráveis ou comprometidas à participação e à incorporação efetiva da participação da sociedade na gestão da política de saúde.

Nesta perspectiva o estudo de Oliveira (1998, p.7) mostra a influência do clientelismo, prática utilizada por gestores de *“orientação política pouco favorável à participação sobre a formação e constituição dos Conselhos Municipais de São Carlos”*. O objetivo era tentar conter efeitos que as novas regras da gestão participativa poderiam causar sobre sua dominação política.

O CMS de São Carlos foi criado a partir da Lei Municipal nº 10.418 de 25 de abril de 1991, que também criou o Fundo Municipal de Saúde – FMS, órgão

responsável pelo gerenciamento de verbas destinadas à saúde. O Decreto Municipal nº 46, de 29 de abril de 1991, estabelece ao CMS as seguintes atribuições (GAZETA, 2004, p. 127):

- Fiscalizar o Fundo de Saúde e demais órgãos financeiros relacionados ao órgão de saúde municipal.
- Acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde.
- Articular-se com órgãos de saúde dos níveis estadual e federal
- Participar da formulação e execução da política de saúde do município, passando do caráter consultivo para o deliberativo.

Com o Conselho Municipal instituído, inicia-se o planejamento para a realização de Conferências Municipais de Saúde.

### **1.5.3 Conferências Municipais**

No município de São Carlos a primeira Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 1992 e a segunda apenas em 2002. Esta diferença de dez anos entre uma conferência e outra confirma argumentos dos estudos de Oliveira (1998) e Gazeta (2004), no que diz respeito à falta de interesse e comprometimento da gestão municipal na inclusão da participação social.

No quadro 2, são apresentadas as conferências realizadas no Município de São Carlos, com os respectivos prefeitos e os temas centrais discutidos.

A primeira Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 1992 na gestão do prefeito Neurivaldo José de Guzzi com o tema “Municipalização é o caminho”, mesmo tema da 9ª Conferência Nacional de Saúde.

São Carlos sediou uma Mini-Conferência Regional de Saúde ocorreu em uma tarde do mês de Maio de 1996, em que brevemente se discutiu Ciência e tecnologia, Ensino e pesquisa, Modelo de atenção e Organização do Serviço.

A segunda conferência aconteceu somente dez anos após a primeira, e foi realizada no governo do prefeito Newton Lima com o tema “*Construção do Sistema Único de Saúde de São Carlos com participação social*”. Foi precedida de Pré-conferências de saúde, isto é, reuniões preparatórias realizadas em várias

regiões da cidade, com a finalidade de apresentar os objetivos da conferência, discutir temas e subtemas e apresentar propostas.

**Quadro 2:** História das Conferências Municipais de Saúde de São Carlos

| Conferências              | Ano  | Prefeito                 | Tema (s)   |
|---------------------------|------|--------------------------|--|
| 1ª                        | 1992 | Neurivaldo José de Guzzi | “Municipalização é o caminho”  |
| Mini Conferência Regional | 1996 | Rubens Massucio          | “Ciência e Tecnologia”, “Ensino e Pesquisa” e “Modelo de Atenção e Organização dos serviços”   |
| 2ª                        | 2002 | Newton Lima Neto         | “Construção do SUS em São Carlos com participação social”  |
| 3ª                        | 2007 | Newton Lima Neto         | “Construção do SUS no município de São Carlos”   |
| 4ª                        | 2009 | Oswaldo Barba            | “O SUS que temos e o SUS que queremos.”  |
| 5ª                        | 2011 | Oswaldo Barba            | “Todos usam o SUS!” SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro. Acesso e Acolhimento com qualidade – Um desafio para SUS” |
| 6ª                        | 2013 | Paulo Altomani           | “Tecendo a rede no município de São Carlos – Fortalecendo o SUS”   |

**FONTE:** dados da pesquisa (2013).

Foram apresentadas diversas palestras voltadas para quatro subtemas: Modelo Assistencial, Direito à Saúde, Recursos Humanos e Controle Social (Relatório Final da 2ª Conferência Municipal de Saúde).

Na terceira conferência, realizada cinco anos depois, em 2007, no segundo mandato do prefeito Newton Lima, foi discutido o tema “*Construindo o SUS no Município de São Carlos com participação social*”. Nesta foram discutidos os seguintes subtemas: Rede de Cuidados e Controle Social, Rede de Cuidados e Formação em Saúde, Financiamento das Ações em Saúde e Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento.

A discussão em destaque foi a implementação da Rede Escola de Cuidados à Saúde no município, sendo a responsabilidade desta construção compartilhada entre gestão, trabalhadores e usuários dos serviços prestados nas áreas da saúde e da educação (Relatório Final da 3ª Conferência Municipal de

Saúde). Após 2007, o município vem realizando Conferências periodicamente a cada dois anos.

A quarta conferência realizada em 2009, no governo do prefeito Oswaldo Barba, o tema central discutido foi *“O SUS que temos e o SUS que queremos”* Foi subdividida em oito temas e em cada um destes foram aprovadas diversas propostas. Estes são: Implementação e Reestruturação de Unidades/Recursos, Humanização na Assistência e Qualificação Profissional, Controle Social e Participação Popular, Fortalecimento da Rede e Intersetorialidade, Processo de Trabalho das Equipes e Organização dos Serviços de Saúde, Políticas, Programas e Estratégias Específicas e por fim Educação em Saúde (Relatório Final da 4ª Conferência Municipal de Saúde).

Em 2011 foi realizada a quinta conferência, ainda na gestão do prefeito Oswaldo Barba. A discussão abordou o tema *“Todos usam o SUS?! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro. Acesso e Acolhimento com qualidade – Um desafio para SUS”* (Relatório Final da 5ª Conferência Municipal de Saúde).

As temáticas discutidas nesta CMS foram: Controle Social, Financiamento da Atenção Básica, Acesso e Acolhimento, Vigilância em Saúde e Recursos Humanos para o SUS. Foi também o ano da realização da última Conferência Nacional de Saúde até então.

Na sexta conferência realizada em 2013 no município de São Carlos, na gestão do prefeito Paulo Altomani foi abordado como tema central *“Tecendo a rede: Fortalecendo o SUS em São Carlos”*. As discussões foram divididas em quatro grupos temáticos: Atenção Ambulatorial Básica e Especializada, Atenção Hospitalar e de Urgência, Controle Social e Financiamento do SUS.

Durante a leitura dos relatórios finais das seis CMS é possível notar a semelhança de temas, bem como de propostas aprovadas. Muitas vezes se as propostas se repetem, o que pode significar a não concretização entre uma conferência e outra, fica o questionamento de qual a percepção da gestão em relação aos produtos das CMS.

O tema controle social se faz presente nas discussões de todas as CMS, foram construídas diversas propostas para a efetivação do que parece ser um desafio.

#### 1.5.4 Conselhos Gestores Locais

Apesar da Lei 8.142/90 prever instâncias de participação e controle social, no município de São Carlos os Conselhos Gestores Locais foram implementados a partir da Lei nº 12.587, de 17 de julho de 2000 que dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde.

Mesmo com a implementação em 2000, de acordo com Machado (2007), as primeiras eleições foram realizadas em 2002 e a posse dos conselheiros ocorreu durante a 2ª Conferência Municipal de Saúde.

Nesta ocasião, Machado (2007, p.83) registra em seu trabalho o seguinte discurso da então Secretária Municipal de Saúde: *“O Conselho Gestor Local é uma oportunidade em nível da própria unidade de achar soluções para seus problemas.”* E o discurso do prefeito de São Carlos neste ano: *“Isso nunca aconteceu e é importante que seja ressaltado, pois é o poder público e a comunidade que vão trabalhar em parceria [...]”*

Diante do exposto, observa-se que os conselhos gestores locais em São Carlos não surgiram a partir da organização popular e sim como uma deliberação da Secretaria Municipal de Saúde.

Na pesquisa de Matuoka (2009), realizada com Conselhos Gestores Locais de várias Administrações Regionais de Saúde em São Carlos, algumas gestoras de unidades de saúde entrevistadas afirmam que esta deliberação para o funcionamento dos conselhos foi negativa, pois pode representar uma obrigatoriedade de participação da sociedade, não contribui para a participação popular espontânea.

Há, portanto, uma burocratização imposta que pode ir ao caminho inverso da participação democrática, transformando-se em um ambiente centralizador, distante dos princípios políticos ideológicos propostos para esses espaços.

## **2 - PERCURSO METODOLÓGICO**



## 2.1 Fundamentação Metodológica

### 2.1.1 Caracterização do estudo

De acordo com Minayo (2006, p. 19) a metodologia “é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central das teorias e está sempre referida a elas”.

Neste estudo optou-se pela linha de pesquisa exploratória e descritiva, valendo-se de abordagem qualitativa, visto que para a obtenção dos objetivos considera-se a valorização da descrição do fenômeno social que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2006).

Segundo Chizzotti (1991, p. 79), essa abordagem parte “do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

A escolha metodológica da pesquisa deu-se então, pela percepção e concepção dos sujeitos sobre a participação social, levando em consideração a história particular de cada um.

Na pesquisa qualitativa, de acordo com Canzonieri (2010, p.13), o objetivo de estudo está em “como” ocorrem os fenômenos, preocupando-se em compreender o mundo de significados, para o autor essa metodologia é baseada em alguns pilares que fazem sentido para esta pesquisa pelos seguintes aspectos:

1. A busca da compreensão, da significação do fenômeno em si: buscamos entender a dinâmica da participação social em um micro espaço da saúde, a ESF.

2. O sujeito é o objeto da pesquisa, há significação dada pelo sujeito ou grupo: buscamos compreender o significado de participação para cada sujeito e para o grupo do qual faz parte.

3. O pesquisador faz parte do processo de pesquisa, suas observações, manifestações, percepções e conhecimentos sobre o tema pesquisado são de extrema importância e relevância para a realização da pesquisa;

4. A validade ocorre por intermédio da descrição precisa da aproximação do pesquisador com o fenômeno;

5. A generalização se torna possível a partir da construção do conhecimento, que leva a pensar e a refletir sobre os dados encontrados. O fenômeno pesquisado revela algo que instiga o pesquisador para a busca de novos conhecimentos.

## **2.2- Procedimentos Metodológicos**

### **2.2.1 Cenário de estudo**

O local de pesquisa são Unidades de Saúde da Família localizadas na Administração Regional Cidade Aracy no Município de São Carlos SP. O território conhecido como Grande Cidade Aracy, local bastante afastado da região central da cidade e foi povoado através de ocupações e venda de lotes a preços populares.

O surgimento dos bairros, de acordo com a estimativa rápida realizada em 2008, ocorreu em meados da década de 1970, porém só conseguiu adquirir infraestrutura (água, energia elétrica, transporte e outros) no final da década de 1980. Estas conquistas foram oriundas de ações de mobilização da comunidade moradora destes bairros, de ações de participação popular.

Os bairros localizados no Grande Cidade Aracy são Presidente Collor, Cidade Aracy I e II e Antenor Garcia. Estes sempre tiveram problemas sociais bastante significativos, notadamente em relação às condições sócio econômicas. Segundo a estimativa rápida realizada em 2008, a renda média per capita da região é de 0,65 do Salário Mínimo, valor ratificado pelos dados da Secretaria de Cidadania (2008). As famílias que possuem essa renda per capita encontram-se dentro das chamadas linhas de miséria e de pobreza – não auferem rendimento suficiente nem para arcar com os custos de sua alimentação e não conseguem arcar satisfatoriamente com os custos das outras necessidades.

Diante deste breve contexto histórico observamos o difícil acesso aos direitos básicos nesta comunidade, observamos também várias conquistas comunitárias. No entanto, atualmente parece haver pouca união e mobilização desta comunidade ao participar de ações que possam trazer benefícios para a mesma.

A estimativa rápida explicita relatos da própria comunidade como: a maioria das pessoas entrevistadas disse que os moradores não se reúnem para discutir os problemas do bairro. Outros entrevistados afirmaram que as pessoas discutem os problemas, porém informalmente, com manifestações isoladas, e que reclamam, mas não comparecem a espaços coletivos para discussão e busca de soluções (SÃO CARLOS, 2008).

A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família da ARES Cidade Aracy, estas são: a USF Presidente Collor e a USF Antenor Garcia. Foram escolhidas por serem as mais antigas desta ARES, ambas funcionam desde 2000. Partiu-se da hipótese que por ter mais anos de funcionamento possibilitaria conselhos gestores melhor estruturados.

### **2.2.2 Participantes da Pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram profissionais e usuários das USFs Presidente Collor e Antenor Garcia. Foram entrevistados quatro profissionais e quatro usuários em cada USF, totalizando dezesseis participantes.

A inclusão dos profissionais na pesquisa foi realizada a partir dos seguintes critérios:

- Um profissional de nível superior (médico, dentista ou enfermeiro)
- Um profissional técnico (enfermagem e odontologia)
- Dois profissionais de nível médio (Agente Comunitário de Saúde)

Assim foi possível manter um equilíbrio entre as categorias profissionais, considerando que em cada USF as equipes geralmente são compostas por: três profissionais de nível superior, dois de nível técnico e cinco ou seis de nível médio (ACS).

A pesquisa foi apresentada em reuniões de equipe nas USFs, foram abordados os objetivos, a relevância do tema e os critérios de inclusão. Assim, dentro destes termos, os profissionais se prontificaram para participação neste estudo.

Importante destacar que houve participação de todas as categorias da equipe. Em São Carlos, diferente de alguns outros municípios, não há equipe administrativa, visto que são os Agentes comunitários de saúde que exercem tal função.

Em relação aos usuários foi adotado o seguinte critério: dois usuários que tiveram algum contato com conselho gestor (conselheiro ou ex-conselheiro) e dois usuários escolhidos aleatoriamente em sala de espera em cada USF. O objetivo foi poder identificar as diferentes percepções.

Os usuários e os profissionais foram abordados a partir de um roteiro de entrevista sucinto, em uma sala reservada dentro da USF.

### **2.2.3 Coleta de dados**

Como técnica de pesquisa foi utilizada a entrevista semi-estruturada que permite o pesquisador abordar de forma mais abrangente possível as questões a partir de suas hipóteses ou pressupostos (MINAYO, 2006).

Foi utilizado roteiro para as entrevistas e neste há a caracterização dos entrevistados e perguntas abertas para os usuários e trabalhadores das USFs. Todas as entrevistas foram gravadas, com consentimento dos sujeitos participantes, e posteriormente transcritas, mantendo a fidedignidade do discurso de cada sujeito, bem como o sigilo em relação à sua identificação.

Durante as entrevistas a pesquisadora esteve atenta às expressões dos participantes ao responder as perguntas, bem como manifestações de silêncio, descontentamento, revolta, dúvidas e incertezas.

Foram utilizados dois roteiros de entrevistas distintos, um para profissionais (Apêndice A) e outro para os usuários (Apêndice B). Esta distinção dos questionários foi necessária levando em consideração as peculiaridades de cada grupo, profissionais e usuários das USFs.

### **2.2.4 Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo das respostas obtidas nas entrevistas. Esta metodologia permite que a análise se dê de forma mais aprofundada, destacando assim os aspectos relevantes dos discursos. (MINAYO, 2006)

Dentre as modalidades de Análise de Conteúdo utilizamos a Análise Temática que é considerada apropriada para pesquisas qualitativas em saúde. *“Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que*

*compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2006, p.22).*

Assim, sustentamos nossa análise na proposição que operacionalmente se dividiu em três etapas:

1. Pré-Análise: nesta etapa foi realizada uma leitura exaustiva dos dados coletados, a fim de aprofundar o conteúdo, elaborando pressupostos que sustentaram a análise e a interpretação do material.
2. Exploração do material: trata-se de uma etapa classificatória onde realizamos a categorização dos dados, recortando no texto as unidades de registro como palavras, frases, temas considerados relevantes para esta pesquisadora. Em seguida, foi realizada a codificação das unidades de registro, classificação e organização dos dados, delimitando as categorias teóricas ou empíricas utilizadas.
3. Interpretação: foram realizadas inferências e interpretações relacionando-as aos pressupostos teóricos apresentados anteriormente que favoreceram esta análise.

Após a transcrição integral das falas dos sujeitos da pesquisa e da leitura do material empírico, foram identificados os seguintes temas:

1. Desafios para a efetivação da participação na ESF;
2. Espaços de participação ou “cumprimento de tabela?”;
3. ESF: potencialidade para a participação social.

### **2.2.5 Procedimentos éticos**

Este trabalho foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética da UFSCar, por meio da submissão à Plataforma Brasil, do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

A aprovação foi realizada em 14/08/2012 com o parecer de n. 72036. Após a aprovação iniciou-se a coleta de dados em campo, no qual, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) os participantes receberam todas as orientações e sanaram suas dúvidas.

O TCLE foi elaborado em duas vias contendo justificativa, objetivos, possíveis riscos e benefícios esperados, garantia de esclarecimento em qualquer momento da entrevista, liberdade para recusar a participação em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo que assegurava a privacidade dos sujeitos, sem divulgação dos nomes, evitando assim qualquer identificação. O TCLE é apresentado no Apêndice C.

### **3 - RESULTADOS DA PESQUISA**



### 3.1 Caracterização dos participantes da pesquisa:

O objetivo deste capítulo, inicialmente, é apresentar algumas características dos participantes da pesquisa. Foram usuários e profissionais das equipes das duas Unidades de Saúde da Família da ARES Cidade Aracy. No Quadro 3 é apresentada a caracterização dos profissionais participantes e no Quadro 4 dos usuários.

#### 3.1.1 Profissionais:

**Quadro 3:** Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa.

|   | SEXO | IDADE | PROFISSÃO             | ESCOLARIDADE FORMAÇÃO                              | TEMPO NA FUNÇÃO | MOVIMENTO SOCIAL                  | CONSELHO GESTOR |
|---|------|-------|-----------------------|--|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| 1 | M    | 46    | Cirurgião Dentista    | Mestrado Incompleto                                | 23 anos         | Não                               | Sim             |
| 2 | F    | 43    | Técnico de Enfermagem | Ensino médio + Técnico de Enfermagem               | 11 anos         | Não                               | Sim             |
| 3 | F    | 30    | ACS                   | Ensino médio                                       | 4 anos          | Grupo de Mulheres na Igreja       | Não             |
| 4 | F    | 38    | ACS                   | Técnico em Enfermagem e Ensino Superior incompleto | 7 anos          | Coordenadora Pastoral da Criança  | Sim             |
| 5 | F    | 42    | Cirurgião Dentista    | Superior-especialização                            | 19 anos         | Trabalho de prevenção nas escolas | Não             |
| 6 | F    | 47    | Médico                | Superior   | 13 anos         | Não                               | Sim             |
| 7 | F    | 32    | Auxiliar Odontológico | Ensino médio + Técnico                             | 7 anos          | Não                               | Sim             |
| 8 | F    | 32    | ACS                   | Ensino médio                                       | 5 anos          | Não                               | Sim             |

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa (2013).

Entre os oito profissionais de saúde participantes da pesquisa, foi identificada a predominância do sexo feminino, sendo sete mulheres e apenas um homem. As idades variam de 30 a 47 anos.

Quanto às profissões foram entrevistados três agentes comunitários de saúde, dois cirurgiões dentistas, um técnico de enfermagem, um auxiliar odontológico e um médico.

Quanto à experiência e tempo de atuação na profissão é possível observar uma significativa diferença, pois variam entre 4 e 23 anos.

Uma informação relevante nesta pesquisa ao tratar de participação, foi o envolvimento em movimentos sociais, além dos muros da USF. Entre os oito participantes entrevistados, três participam de ações que foram consideradas por eles como movimentos sociais.

Por este fato, observa-se que, como foi aberta a participação para quem manifestasse desejo, os membros da equipe que se prontificaram foram aqueles que se identificam com o tema, naturalmente possuem algum envolvimento em movimentos sociais relacionados à saúde e/ou outras políticas.

### 3.1.2 Usuários:

**Quadro 4:** Caracterização dos usuários participantes da pesquisa.

|   | SEXO | IDADE | PROFISSÃO          | ESCOLARIDADE<br>FORMAÇÃO | MOVIMENTO SOCIAL                        | CONSELHO<br>GESTOR |
|---|------|-------|--------------------|--------------------------|---|--------------------|
| 1 | M    | 59    | Aposentado         | E. Fundamental           | Vice-presidente<br>Associação de bairro | Sim                |
| 2 | F    | 28    | Do Lar             | E. Médio                 | Não                                     | Não                |
| 3 | F    | 34    | Serviços<br>Gerais | E. Médio                 | Orçamento<br>Participativo              | Não                |
| 4 | M    | 51    | Aposentado         | E. Fundamental           | Não                                     | Sim                |
| 5 | F    | 27    | Do Lar             | E. Fundamental           | Não                                     | Não                |
| 6 | F    | 53    | Do Lar             | E. Fundamental           | Orçamento<br>Participativo              | Não                |
| 7 | F    | 57    | Aposentada         | E. Fundamental           | Não                                     | Sim                |
| 8 | F    | 33    | Do Lar             | E. Médio                 | Não                                     | Sim                |

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa (2013).

Dos oito usuários, foi identificada a predominância do sexo feminino, sendo seis mulheres e dois homens. As idades variam de 27 a 59 anos. Como profissão observa-se a predominância de aposentados e do lar.

Em relação à escolaridade, cinco participantes possuem ensino fundamental (maioria incompleto) e os outros três possuem ensino médio completo.

Quanto ao envolvimento em algum movimento social, dois usuários participaram das reuniões do Orçamento Participativo e um deles é Vice-presidente da Associação de Bairro. Em relação ao Conselho Gestor, quatro já participaram são ou formam conselheiros e os outros quatro que foram escolhidos aleatoriamente em sala de espera nunca participaram de reuniões.

A caracterização dos profissionais e usuários participantes da pesquisa permitiu a apresentação do perfil dos entrevistados e contribuiu com a fase seguinte da estudo.

### **3.2 Análise e discussão dos dados:**

Apresentaremos a análise e discussão dos dados desta pesquisa. Após a transcrição e análise das dezesseis entrevistas realizadas, foram identificadas três categorias: - Desafios para a efetivação da participação na ESF, - Espaços de participação ou “cumprimento de tabela?” e - ESF: potencialidade para a participação social.

#### **3.2.1 Desafios para a efetivação da participação na ESF**

*Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho:  
os homens se libertam em comunhão  
(Paulo Freire).*

Essa categoria ilustra a percepção dos participantes deste estudo em relação a participação social na Estratégia Saúde da Família, assim como os desafios para sua efetivação.

Pensando que a participação está ligada a garantia de direitos, buscou-se entender, inicialmente, se os usuários participantes compreendem a saúde como um direito. O autorreconhecimento como portador de direitos é essencial para que haja o reconhecimento do direito pelos outros (BRASIL, 2009, p.11).

*SUS é pra quem não tem condições de pagar uma coisa particular, aí procura o SUS (usuário).*

*Uso o SUS, porque não posso pagar convênio (usuário-conselheiro).*

Saúde é direito de todos e 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 (BRASIL, 1988, p.99).

Mesmo após muitos anos em que a saúde é um direito universal garantido pela Constituição Federal, a ideia de ser apenas para quem não tem condições de pagar por um serviço de saúde particular ainda é bastante disseminada.

Santos (2013) indaga o “porque” da sociedade não reconhecer direitos sociais como a saúde, a educação, a segurança pública que são direitos de cidadania. A autora coloca que isso pode estar ligado a falta do sentimento de pertencimento. Em relação à saúde observa que vários segmentos sociais buscam de algum modo garantir um plano de saúde privado.

Esta situação gera a cultura de “SUS para os pobres”, quando as classes sociais que possuem condições buscam planos particulares enquanto o SUS fica apenas para àqueles sem condições financeiras.

Essa ausência fundamental do sentimento de pertencimento ao SUS e daqueles que acham que o Sistema é para a sua empregada doméstica, produzirá um SUS pobre para pobres (...) isso faz com que a sociedade se isole do SUS e se desinteresse de seu financiamento, o qual deve garantir um padrão de integralidade de atenção à saúde discutido por todos (SANTOS, 2013, p.1).

Sem a concepção e o reconhecimento do direito, como participar de espaços para sua garantia? A *“existência de direitos pressupõe que cada pessoa tenha que se reconhecer e reconhecer o outro como portador de direitos”* (BRASIL, 2009, p.11).

Mesmo diante das incertezas sobre direito à saúde, ao falar sobre participação social identificam como a interação com o cotidiano da unidade de saúde, em eventos e reuniões, são percepções associadas à coletividade, o que pressupõe o encontro com outras pessoas que estão em um determinado local. Contudo citam momentos pontuais como feira da saúde e reuniões.

*Igual teve a feira da saúde, quando tem aqui eu sempre participo (usuário).*

*Acho que é participar dessas reuniões que tem aqui (usuário).*

*Acho que participação social é a gente participar de tudo as coisas que tem no posto. Se você vai participar no dia a dia você sabe as coisas que acontecem no posto de saúde (usuário – conselheiro).*

Neste sentido, na fala de outros participantes é possível observar a participação como algo mais abrangente, como ação coletiva e possível instrumento de garantia de direitos.

*Acho que é quando você participa e interage com bastante pessoa né? Pessoas assim do seu bairro, essas coisas assim. Acho que se juntasse todo mundo fazer pra alguma coisinha, teria sim algum sucesso... Assim eu acho que é como mostrou na televisão mesmo né. Esses protesto que as pessoas tão fazendo do ônibus né, essas coisas assim. Sempre dão certo né....Eu achei bom, obrigou baixar o preço do ônibus né (usuário).*

Desta maneira a união de várias pessoas está associada ao sucesso da participação. “O aspecto de coletividade ganha força para a solução de um projeto comum, até por que as singularidades existentes ampliam as possibilidades de conquistas” (SORATTO, 2011, p.71).

Os depoimentos até o momento são de participantes representantes dos usuários, o ponto principal a ser destacado até então é a noção de coletividade relacionado a participação. Contudo é preciso avaliar se as situações a serem tratadas por esta coletividade são de interesse comum ou individual.

Nos depoimentos dos representantes dos profissionais de saúde que se referem a percepção sobre a participação social na ESF, é possível notar diversas diferenças em relação aos usuários. Percebe-se que também é enfatizado a noção de coletividade, porém o usuário é colocado como responsável pelo processo de participação.

*A comunidade, auxiliar na fiscalização e também colaborar com sugestões... pra saber se as coisas estão andando direitinho (profissional – conselheiro).*

*A participação é quando o sujeito é ativo, ele está ali pré-determinado em mobilizar e fazer (profissional – conselheiro).*

Os profissionais não se colocam neste processo de participação o que denota passividade. Colocam ainda, a necessidade do entendimento prévio dos usuários em relação aos espaços de participação.

*Quando o usuário tem entendimento que o processo de saúde na comunidade, depende dele, (...) o usuário tem que se fazer participativo nas reuniões do conselho gestor, nos processos e na rotina de trabalho da unidade (profissional - conselheiro).*

*Acho que eles não entendem e não se preocupam muito...mas isso é porque não participam, a partir do momento que tiver interesse em vir, aí vão entender melhor...mas acho que o problema maior é encarar mais uma responsabilidade (profissional).*

Percebe-se nos depoimentos dos profissionais a culpabilização do usuário pela não participação em atividades oferecidas. Isso modifica o foco de reflexão dos trabalhadores, pois ao invés de questionar sobre a realização do próprio trabalho, colocam o usuário como problema, uma forma de se isentar de ações de mobilização.

Com isso chegamos a uma questão frequentemente debatida, a sobreposição do saber técnico frente ao saber popular.

*E tem a questão da compreensão, a gente passa a informação mas eles entendem do jeito que eles conseguem, depende de muitos outros fatores (profissional – conselheiro).*

*As pessoas não entendem. A gente até se esforça pra explicar mas tem gente que não consegue entender (profissional).*

*Instruir toda comunidade, toda sociedade a participar e desenvolver os mesmos objetivos, validar consensos (profissional)*

Os profissionais se colocam como detentores do saber que precisa ser transmitido para os usuários, o que nos remete ao conceito de educação “bancária” de Paulo Freire, em que o conhecimento é apenas transmitido para o “educando” que deve absorver as informações sem questionar. Assim o reduz à mero espectador, tornando-o um objeto, porque não é capaz de exercer atividades como a participação e o diálogo.

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julga nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão (...) constrói o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta encontra sempre no outro (FREIRE, 1997, p.81).

Nos depoimentos dos participantes da pesquisa foram discutidas diversas fragilidades que funcionam como barreiras para o desenvolvimento da participação e do controle social na ESF. As principais foram:

- Falta de Informação/Compreensão;
- Exposição e relação de poderes;
- Assistencialismo e acomodação;

Discutiremos individualmente as fragilidades apontadas para melhor compreensão da realidade apresentada na pesquisa.

Correia (2005) afirma que existem várias dificuldades e obstáculos para a efetivação da participação e do controle social, como a falta de informação da comunidade sobre a importância da participação, a fragilidade de mobilização devido ao descrédito em relação à saúde pública, a desmotivação em participar e reivindicar seus direitos, entre outras limitações.

### **3.2.1.1 Falta de Informação/Compreensão**

Uma das principais fragilidades discutidas pelos participantes foi a falta de compreensão em relação a participação social e os espaços institucionalizados para tal. É complexo discutir compreensão, pensado na realidade da educação no Brasil, por tanto trataremos aqui como falta de informação.

*Por mais que às vezes a gente ache que a população tem compreensão, não tem. A gente observou nesses usuários deste último conselho... se candidataram e se tornaram conselheiros... a gente sentiu que eles vieram pela boa vontade e sem compreender o que poderia acontecer (profissional- conselheiro).*

*A maioria da população não entende. ... tem gente que até hoje não sabe o que é USF. Não entende o que é o programa. Então é complicado (profissional).*

*Não, não entendem. Talvez um dos motivos da baixa participação é essa. Então essa participação para eles acho que é bem confusa (profissional).*

Como já apresentado alguns usuários obtiveram dificuldade de relatar sobre a saúde como direito ou sobre o significado de participação social, porém observa-se o entendimento de coletividade e saberes populares que precisam ser valorizados.

Os depoimentos dessa pesquisa e o conteúdo de outros trabalhos que discutem a participação social no município promovem a reflexão se falta mesmo

informação ou se falta significado na vida das pessoas. Esses espaços são realmente considerados de participação democrática?

Vale ressaltar que, de acordo com os estudos de Machado (2007) e Matuoka (2009) a implementação dos Conselhos Gestores Locais em São Carlos foi a partir de uma deliberação da Secretaria Municipal de Saúde.

Em depoimentos do estudo de Matuoka (2009) os participantes afirmam que este formato institucionalizado dos conselhos nas unidades de saúde dificulta que os espaços seja abertos a proposições e reivindicações.

### **3.2.1.2 Assistencialismo e Acomodação**

O assistencialismo e a acomodação foram fatores considerados como obstáculos por muitos participantes. Falar em assistencialismo também é bastante complexo, pois o termo está sujeito a pré-julgamentos e pré-conceitos.

O assistencialismo (...) é o acesso a um bem através de uma benesse, de doação, isto é, supõe sempre um doador e um receptor. Este é transformado em um dependente, um apadrinhado, um devedor (SPOSATI, 2011, p.3).

Importante reafirmar a realidade de território da pesquisa, considerado um dos “bolsões de pobreza” do município. Sabe-se que territórios vulneráveis possuem maior número de famílias que recebem benefícios de transferência de renda, estão sujeitos a diversas expressões da “questão social”.

*Aqui é uma população muito pobre, muito vulnerável mesmo, uma dependência de vários programas, do bolsa família, do leite da unidade...tem algumas questões enraizadas, é cultural mesmo, difícil mudar (profissional).*

Atualmente as políticas de assistência social possuem objetivos emancipatórios, buscam a transformação da realidade social, mas não se pode negar sua origem histórica no assistencialismo e filantropia.

*Eles não acreditam que tem a possibilidade de lutar e garantir seus direitos, eles ficam esperando para trocar ou simplesmente esperando que tudo caia do céu sem ser preciso fazer nada. É uma*

*comunidade educada a querer seus direitos, sem fazer nada por eles e sem deveres. Vivem no assistencialismo (profissional-conselheiro).*

Até recentemente, a política de assistência social no Brasil era marcada por ações paternalistas, com foco em ações de caridade e solidariedade. Não havia preocupação em termos de modificação da realidade social de seus beneficiários (SPOSATI, 2011).

Após a aprovação da Lei 8.742/93 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), foram regulamentadas as diretrizes da política pública de assistência social, cujos propósitos haviam sido inicialmente introduzidos na Constituição Federal. A LOAS apresenta um conjunto de critérios e normas ao funcionamento da assistência social como base para garantia de direitos sociais, destacando em seu texto a ideia da autonomia do indivíduo (BRASIL, 1993).

A partir da LOAS foram implementadas várias normativas em relação a política social como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). São pautadas pela lógica da autonomia dos indivíduos, ou seja, os serviços e os programas ofertados no âmbito das ações de assistência social devem estimular seus beneficiários a suprir suas necessidades por conta própria, rompendo o ciclo de dependência do Estado, promovendo a autonomia do cidadão (BRASIL, 2004).

Entretanto são conquistas recentes em vistas a cultura assistencialista enraizada por muitos anos. Muitos usuários ainda não se reconhecem como sujeitos de direito, o que pode ser confundido com assistencialismo ao invés da assistência social como direito. Esse não reconhecimento pode sim ser um obstáculo para a transformação da realidade, da garantia de direitos que possui na participação social uma importante ferramenta.

Relacionando esta cultura assistencialista à história de São Carlos, o estudo realizado por Oliveira (1998) sobre “participação popular e clientelismo” refere que o município é marcado por gestões políticas centralizadoras que privilegiavam a política de favores em detrimento da garantia de direitos, desde sua fundação.

Tal histórico permite a compreensão do quanto esta postura centralizadora interfere diretamente no desenvolvimento político e crítico da

população e o quanto possui influência direta no funcionamento de espaços democráticos até os dias atuais.

### **3.2.1.3 Exposição e Relações de poderes**

As relações de poderes estão presentes em todos os lugares, nas USFs é estabelecida no relacionamento profissional/usuário e pode influenciar diretamente na participação social, quando os usuários temem a exposição.

O poder não se limita a aspectos institucionais e organizacionais e a formas econômicas, relações de classe, status, prestígio ou desempenho de papéis sociais; ele está presente em todas as relações na rua, na família, nas relações afetivas ou de amizade, não somente reprimindo e destruindo o outro, mas também produzindo efeitos de verdade e saber, constituindo verdades, práticas e subjetividades (FOUCAULT, 1998).

Os participantes apresentaram várias situações de dificuldades quanto à participação social relacionada à exposição e relações de poderes no que diz respeito ao relacionamento usuário/profissional de saúde.

*As pessoas tem muito medo de misturar as coisas, como vir em uma reunião dar opiniões e depois ser destruído pelos profissionais, eu já ouvi gente falar “eu não vou lá reclamar se não depois não vou conseguir marcar consulta” (usuário-consultor).*

Constata-se no depoimento acima que o usuário tem medo de participar de um espaço que é garantido por Lei em que ele pode lutar para melhor qualidade do atendimento em saúde para ele, sua família e comunidade, por acreditar que isso pode influenciar no relacionamento com a equipe da Unidade de Saúde, teme ser mal atendido por expor opiniões. Assim os profissionais de saúde são detentores do poder de atender bem o usuário ou não de acordo com as atitudes do mesmo? Pode-se ser considerada assim uma relação de opressão.

*Não tem como negar que é uma “faca de dois gumes”, tem o lado bom que é o espaço de fala de participação, mas acaba tendo o lado ruim também...mas a gente precisa saber entender as diferenças se surge uma crítica não encarar como pessoal, mas nem todo mundo pensa assim (profissional – consultor).*

No depoimento o profissional esclarece que esta opressão profissional/usuário realmente pode acontecer.

Assim pelo medo da exposição e da influência no atendimento alguns participantes acreditam que as pessoas discutem e problematizam questões relacionadas a saúde, mas não nos espaços institucionalizados.

*As pessoas costumam reclamar com os conselheiros, mas não vem falar pessoalmente nas reuniões, eles não gostam de se expor e isso é uma fala dos próprios conselheiros e isso realmente é o que a gente vivencia... (profissional – conselheiro).*

*Acho que hoje a população já entendeu que a saúde é um direito e que pode reclamar pra tentar melhorar, mas não sabem o local certo pra isso, e mesmo quando explicado ainda existe a questão da exposição...Eles reclamam bastante, mas é no ponto de ônibus, na padaria e em diversos lugares, menos no lugar onde é o espaço para isso (profissional- conselheiro).*

Acreditam que essa problematização pode ser positiva, são discussões em que muitas vezes são produzidas sugestões interessantes, mas por serem em locais diversos (ponto de ônibus, supermercado, etc.) se perdem e não chegam até a USF, impossibilitando mudanças a partir da participação da população.

Percebe-se então que este espaço formal, deliberado e institucionalizado deixa a população pouco à vontade para participar, eles não se reconhecem com sujeitos de direitos e agentes de transformação no papel de conselheiros.

### **3.2.2 Espaços de participação ou “cumprimento de tabela?”**

Nesta categoria serão destacadas percepções dos participantes relacionadas aos espaços de participação e controle social que foram abordados nesta pesquisa: os conselhos gestores locais de Unidades de Saúde da Família e as Conferências Municipais de Saúde.

Os conselhos gestores locais de saúde são espaços descentralizados de participação social garantidos constitucionalmente. Estando presentes em todos os serviços, garantem a acessibilidade. Compreender sua dinâmica possibilita um aumento no grau de informação sobre o funcionamento dos serviços e da administração de saúde municipal (MATUOKA, 2010, p. 396).

Os conselhos gestores são espaços institucionalizados de participação social, de natureza deliberativa e com composição paritária entre sociedade civil e Estado. Nestes espaços a população pode participar e defender seus interesses, exercendo assim o controle social (PELLIZZARO; MILBRATZ, 2006).

Alguns usuários participantes da pesquisa que não são conselheiros afirmam que nunca participaram das reuniões do conselho gestor, nunca foram convidados e não sabiam o que era.

*Não, nunca participei... Nunca ouvi falar (usuário).*

*Nunca ouvi falar... Então, eu nunca participei porque não tinha conhecimento que tinha essas reuniões, agora que você tá me explicando né... eu poderia tá aqui junto e queria ajuda a cobrar nosso direito (usuário).*

Um dos entrevistados é conselheiro e explicou brevemente sobre o funcionamento das reuniões.

*Eu sou conselheiro aqui. Nas reuniões primeiramente a gente dá algum informe de alguma coisa que tá acontecendo no dia a dia, durante o mês o que vai acontecer. Se as vezes tem alguma reunião que a gente marca com o pessoal lá da prefeitura (usuário-conselheiro)*

Ao colocar em discussão durante a entrevista sobre a função dos Conselhos Gestores, mesmo com os participantes que não sabiam sobre as reuniões do conselho gestor, valorizam o espaço como possibilidade de garantir direito e entendendo como algo que pode influenciar na melhoria de qualidade de atendimento na USF.

*Porque se todo mundo vir e entender melhor como as coisas funcionam vai ser bom (usuário).*

*Acho que se pegar um povo bom melhora sim...mas sabe o que que não funciona? Coloca umas dez cabeças ai, dez mentes com vontade de trabalhar mesmo, ai vai montar uma coisa muito bacana, sabe? Porque aí cada um fala o que pensa né (usuário).*

Os profissionais participantes afirmam que há empenho para que os espaços dos conselhos gestores funcionem como deveriam, mas que existem muitas fragilidades e dificuldades para que sejam realmente efetivados.

*Eu faço parte do conselho, represento a gestão local...ai vou nas reuniões, faço os encaminhamentos que precisa (profissional - conselheiro).*

*Eu vou em todas as reuniões. Quando precisa de algum ofício, alguma carta pra marcar alguma reunião eu fico responsável. Faço as atas e vou atrás da população (profissional-conselheiro).*

Nas falas pode-se perceber que são relatadas ações individuais de dois participantes que são representantes dos trabalhadores no conselho gestor. No entanto, quando são ações coletivas ou quando depende da responsabilização da equipe em relação a este espaço de participação social, são citadas várias dificuldades.

*Então parte da equipe valoriza o que vem do conselho gestor, mas parte não gosta...Uns acreditam tem empenho e até gostam do conselho gestor (profissional).*

*Quando é época de eleição, nunca ninguém quer ser candidato, pois uma vez você se sujeitando a ser candidato enquanto profissional, não é candidato, você já é leito, porque ninguém quer! É uma briga pra não assumir, mas depois que passou a eleição e alguém já assumiu, fica tudo bem...Assim, não existe uma repulsa em relação ao conselho ou as propostas, mas sim em ter a responsabilidade de ser um conselheiro (profissional-conselheiro).*

*Ninguém gosta. Ninguém gosta porque não vê resultado né. Aí quando fala que vai ter votação ninguém quer ser votado pra não ter que ficar à frente né, com a responsabilidade do conselho. Fica um pouco tenso quando fala do conselho... Ninguém quer ser responsabilizado de participar (profissional).*

Evidencia-se nas falas a dificuldade da equipe em assumir as responsabilidades em relação ao conselho gestor, afirmam que é algo que gera incômodo. Portanto, aparentemente não é considerado como parte do trabalho a ser desenvolvido dentro da Unidade de Saúde da Família.

(...) há necessidade da compreensão por parte dos profissionais de que atuar na ESF é muito mais do que tratar doentes (...) significa

também se apropriar de outras visões de mundo, e nessas novas visões da realidade local, com a possibilidade de atuação profissional voltada para a participação e controle social (SORATTO, 2011, p. 36)

Nesta perspectiva os trabalhadores da ESF devem orientar seu processo de trabalho baseado nos princípios propostos pela Política de Atenção Básica, em que é destacada a importância do estímulo à participação e controle social como atribuição das equipes.

Observando os depoimentos é notável o desafio de trabalhar para mobilizar e estimular a comunidade, entretanto nota-se fatos importantes que desestimulam profissionais e usuários neste processo. Há uma palavra muito importante pela qual é possível compreender parte das atitudes mencionadas: descrédito (nos espaços de participação).

O principal motivo produtor do descrédito destacado pelos participantes é a falta de apoio da gestão:

*E tem o pessoal lá da gestão, que sempre fala que vai e acaba não aparecendo (usuário- conselheiro).*

De acordo com a Lei nº12.587/2000 regulamentada pelo Decreto nº 142/2001, que dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde e dá outras providências, sobre a composição dos Conselhos Gestores Locais:

**Art. 6º** - Os Conselhos Gestores Locais das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades do Programa de Saúde da Família serão compostos por 8 (oito) membros efetivos, além dos respectivos suplentes, assim distribuídos:

- I – 4 (quatro) representantes dos usuários;
- II – 2 (dois) representantes dos servidores da Unidade Básica de Saúde ou do Programa de Saúde da Família;
- III – 1 (um) representante da Unidade Básica de Saúde ou do Programa de Saúde da Família, indicado pelo Prefeito Municipal;
- IV – 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde.

Nos conselhos gestores pesquisados a composição é a seguinte:

- Quatro representantes dos usuários (dois titulares e dois suplentes);
- Dois representantes dos trabalhadores da USF (um titular e um suplente)

- Dois representantes da gestão da unidade (um titular e um suplente).

De acordo com os depoimentos não há participação de representantes da Secretária Municipal de Saúde (SMS).

Com esta ausência de representantes da SMS, os gestores das USFs tentam assumir este papel, mas ficam muitas vezes sem saber que atitude tomar por não possuírem respostas para questões e demandas levantadas em reuniões que apenas os representantes da SMS saberiam responder.

*Nós decidimos algumas coisas, pedimos resposta da gestão e não conseguimos...Tem coisas que a gente não tem como responder mesmo, tem que consultar a administração! Se tivesse um representante da administração com participação ativa já poderia responder algumas questões na hora e até se comprometer ir atrás de uma solução! Mas com esse descaso eles estão desestimulados, tem um senhor que já até avisou que se continuar assim ele não vai querer concorrer pra ser conselheiro mais... (profissional – conselheiro).*

Na falta destes representantes nas reuniões, geralmente as demandas são comunicadas a partir de ofícios, ou é realizado o convite para a participação esporádica em reuniões do CG, porém de acordo com a fala dos participantes da pesquisa os ofícios não são respondidos e os convites negados.

*Por várias vezes convidam as pessoas da gestão maior e eles nunca vão, não se colocam...tem várias coisas que dependemos deles pra conseguir e as dúvidas dos usuários e da própria equipe...muitas vezes só pedimos uma posição mesmo, ou uma previsão e a gente não consegue. Eu acho que esse canal conselho gestor e a gestão maior (da prefeitura mesmo) é bastante deficitário. Eu acho que esses encontro aconteceu algumas vezes, mas muito esporádico e com baixa resolutividade. E a consequência dessa falta de devolutiva da gestão é o descrédito, porque ai eles pensam: a gente faz e faz, a gente pede e pede e nunca vem, ai quando vem só enrola (profissional-conselheiro).*

*No começo deste governo nós conseguimos uma reunião com o secretário de saúde e com o diretor da parte administrativa...Ai a gente levou no nosso carro e foram três conselheiros e participaram, cobraram...até me surpreendeu de ver o quanto eles são politizados...Ficam de dar uma resposta E ATÉ HOJE NADA! Isso deu uma boa desestimulada, porque o que eles tem cobrado muito é a participação da gestão administrativa...teve uma época que vinha um representante do ARES...ai um dia parou de vir e depois disso eles sempre cobram a presença de alguém do ARES ou da secretária, mas ninguém vem...ai eles ficam desestimulados porque o que adianta a gente ir discutir se não tem nenhum retorno da*

*administração. Então isso eles cobram, e essa falta de resposta tem desanimado bastante os nossos conselheiros: A falta de presença da gestão (profissional-conselheiro).*

Essas situações levam ao total descrédito de qualquer possibilidade de ação dos conselhos gestores, pois as poucas iniciativas e propostas que surgem neste espaço são desconsideradas.

*Eles ficam muito bravos (os conselheiros representantes dos usuários) com os furos que o pessoal da gestão, várias vezes já combinaram e não apareceram...ai os conselheiros também começam achar que estão perdendo o tempo deles. E eu acho bem triste, porque estes que estão participando são bem dedicados mesmo! E eu fico preocupada com o quando eles ficam desanimados com a falta de respostas (profissional -conselheiro).*

*E eu acho que essa população até participaria mais, mas quando acontece algo como a USF conquistada pelo Antenor no orçamento participativo há muito tempo e até hoje nada, a gente fica pensando: que força a gente tem? A gestão deveria bancar, tornar legítimo as coisas trazidas dos movimentos de participação popular (profissional).*

*As condições para deliberações são nulas cáímos no descrédito, pois a gente se reúne, faz, propõe, avalia...mas nem tudo cabe a gente resolver, nós ficamos sempre atrelados a “gestão maior” e com isso as pessoas vão desanimando (profissional- conselheiro).*

*A falta da participação da administração, eu acho que é o que mais enfraquece o conselho...Eles não valorizam muito, as vezes demonstram um certo interesse quando pedem xerox das nossas atas, de certo pra provar que tem conselho né (profissional).*

*Acho que a gestão força a barra para a eleição e funcionamento dos conselhos porque devem receber uma boa verba mediante a isso, mas acaba sendo um espaço de faixada ou de manipulação (profissional).*

Essa realidade da falta de apoio da gestão afirmada de várias formas pelos participantes da pesquisa responde à pergunta desta categoria.

Realidade semelhante foi comentada pelos participantes a partir das percepções em relação às Conferências Municipais de Saúde.

As Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de Saúde. Mais que um instrumento legal de participação popular, a Conferência significa o compromisso do gestor público com as mudanças no sistema de saúde e tem por objetivo: avaliar e propor diretrizes da política para o setor

saúde; discutir temas específicos para propor novas diretrizes da política de saúde; escolher delegados para as Conferências Estaduais e Nacionais (CONASEMS, 2003).

Em relação às Conferências Municipais de Saúde, alguns participantes representantes dos usuários afirmaram desconhecer as funções das CMS como espaço de controle social.

*Não ouvi falar, não sei o que é (usuário).*

*Eu escutei falar sim, mas não participei.... Não sei o que faz (usuário).*

Necessário retomar a questão da dificuldade da apropriação da saúde como direito e assim consequentemente o desconhecimento de espaços em que se possa garanti-los. Não há o sentimento de pertencimento.

Alguns participantes afirmaram possuir conhecimento da última CMS realizada em setembro de 2013, porém poucos participaram e o motivo com maior relevância foi novamente o descrédito.

*Não, não participei. O que fiquei sabendo foi de quem foi lá e deu opinião não valeu de nada... no final a fala foi "a gente vai fazer o que a gente acha que tem que fazer", ou seja, a participação de quem estava lá não resolveu muita coisa (usuário - conselheiro).*

Alguns profissionais participantes desta pesquisa são bem atuantes, participam do conselho gestor e de CMS há muitos anos.

*Participei de todas só que a desse ano eu não fui. Sabe porquê? Sinceramente, já fiquei cansada. Porque tudo que foi aprovado na conferência e nas outras, nada foi feito. Sabe o que é nada? Então até a própria população cansa, sabe assim? É tudo muito monopolizado, já vem tudo muito pronto, "é desse jeito". Aí você cansa né (profissional-conselheiro).*

O descrédito fica evidente na fala deste profissional que ao atuar em conferências lutando por propostas que são aprovadas e não cumpridas acaba desanimando e deixando de acreditar que as próximas conferências podem trazer algum resultado. Coloca também que este desânimo ao longo dos anos também é válido em relação à postura aparentemente passiva da comunidade.

*Participei e achei tenebrosa, só pra cumprir tabela! Foi tudo imposto, as discussões ficaram perdidas e sem enfoque... Pouquíssima participação dos usuários, vários delegados foram apenas no primeiro dia, acho que depois desanimaram. O próprio secretário de saúde quase não ficou na conferência (profissional – conselheiro). Fiquei sabendo. Nós só não participamos porque ficamos sabendo tinha uns 3 dias pra acontecer essa conferência. Aí não deu pra nós ir. Ninguém foi... Foi mal divulgada. Devia ser mais antecipado pra gente se programar e ir né... Nós realmente, a turma do conselho, estamos esperando que as coisas melhorem para o ano que vem né... vamos ver se as coisas começam a melhorar (usuário conselheiro).*

Outro profissional também atuante há vários anos coloca a revolta em relação à última CMS, afirma que foi tão desmotivante que poucos participaram e destes vários foram apenas no primeiro dia.

A fala do usuário justifica em parte a baixa participação pela má divulgação.

*Não tinha nada a ver com o propósito do que ia fazer, com o propósito do que realmente precisava. Aí parece que os representantes da prefeitura foram embora antes do tempo, sabe? Antes de começar a colocar as propostas. Então assim, quem foi saiu reclamando isso e já falou que não vai voltar nas próximas (profissional).*

Este depoimento explicita certo descaso e despreparo dos gestores em relação à CMS, o que foi percebido por quem participou.

*Ficou parecendo que ficaram muito preocupados em enfeitar a cesta, mas dentro dela não tinha nada! De maneira geral, apesar de tudo, tiveram muitos embates interessantes e produtivos, mas a fala do Sr. Prefeito no final passou o trem em cima de tudo que foi construído. Ele disse que independente do que tivesse sido discutido ali ele ia fazer de tudo que fosse de melhor pelos pobrezinhos, coitadinhos e necessitados do SUS. Então foi assim, observa-se que foi feito tudo para cumprir tabela, porque o município precisa cumprir tabela (profissional – conselheiro).*

Novamente é colocada a situação do descaso e “cumprimento de tabela”, mesmo após a construção e aprovação de propostas, a gestão demonstrou desconsiderar todo este processo e ainda usou termos pejorativos ao se referir aos usuários do SUS.

*Foi horrível, colocaram os usuários como os coitadinhos, o prefeito disse umas três vezes, foi pejorativo mesmo! Ficou a impressão de menosprezar a opinião dos usuários e também dos funcionários. Tinham várias discussões sobre vários temas importantes, e parece que não valeu pra nada (profissional).*

Assim de acordo com a fala dos participantes da pesquisa em relação à efetivação dos CG e das CMS como espaços de participação ou “cumprimento de tabela” pode-se considerar que são apenas espaços institucionalizados onde não há apoio dos gestores municipais para o cumprimento de seus reais objetivos.

A partir dos depoimentos dos participantes e da história política do município, percebe-se uma cultura centralizadora em que espaços de participação social como os conselhos gestores ou as conferências municipais de saúde, não são reconhecidos como deliberativos e democráticos.

A postura da gestão pública usa a máscara da ideologia democrática ao deliberar espaços de participação, porém esses ficam sob o seu controle e fiscalização. Não há retorno para a participação da população e são muitos os entraves burocráticos para que esta se efetive.

### **3.2.3 ESF: Potencialidade para a participação social**

*Pra você pegar um pauzinho e quebrar é fácil, mas se você pegar dez daí fica difícil...então quanto mais pessoas tem mais força (usuário).*

Após a discussão sobre diversas fragilidades para a efetivação da participação social e sobre as dificuldades de funcionamento dos espaços institucionalizados para tal, parece não haver muitos caminhos, porém os participantes colocam várias possibilidades utilizando recursos da própria política da ESF, o que pode proporcionar diversas transformações, mesmo que em longo prazo.

As possibilidades colocadas pelos participantes referem-se a espaços de troca e capacitação, bem como ações relacionadas com a participação fora dos

espaços institucionalizados, potencial dos conselheiros como aspecto positivo, além de sugestões para melhorias.

*A saúde da família é uma potencialidade para a participação, pois o fato de você conhecer a casa das pessoas, poder estar mais perto e ouvir já nos ajuda a perceber o que podemos melhorar no nosso trabalho, mas ainda falta conseguir trazer essas pessoas para um espaço de partilha e construção. Esse é um modelo de saúde com altos e baixos ao mesmo tempo que propicia uma devolutiva mais rápida pela proximidade também deixa aberto para diferentes olhares e julgamentos...Do mesmo jeito que a comunidade tem suas fragilidades e dificuldades, a própria comunidade tem as ferramentas para apurar essas fragilidades e dificuldades e fazer o possível para estes espaços funcionarem...Eu ainda acredito que mesmo com essas fragilidades, é possível, mas leva tempo, trabalho de formiga mesmo (profissional-conselheiro).*

É afirmado pelo participante que a própria política da ESF proporciona mecanismos de aproximação entre equipe e comunidade. Assim Crevelim e Peduzzi (2005, p.324) afirmam que “características peculiares do Programa Saúde da Família (PSF) parecem favorecer a integração entre comunidade e equipes de saúde da família, bem como a relação trabalhador-usuário”.

Neste sentido, profissionais reconhecem ações que estimulam a participação social em diferentes momentos na rotina da USF, bem como em outros espaços e equipamentos sociais.

*Sempre a gente procura nas atividades de grupos da unidade validar a questão da corresponsabilidade das atividades, sejam elas a nível comunitário ou individual, a gente acaba sempre agindo (profissional-conselheiro).*

*O trabalho que eu desenvolvo nas escolas pode ser considerado, pois envolve a direção, os professores e as famílias, além de trabalhar com as crianças...É importante esses laços criados com outros equipamentos, porque é uma maneira de se aproximar mais da população (profissional).*

Os participantes dão exemplos de atividades desenvolvidas são considerados por eles como participação social ou como estímulo para. Apontam ainda que deveriam ser espaços menos institucionalizados e momentos mais agradáveis, atrativos e esclarecedores.

*Eu acho que teria que ser uma coisa assim, mais esclarecedora para as pessoas. O que é que elas podem fazer (usuário-conselheiro).*

*Às vezes eu fico pensando que talvez as reuniões do conselho não seja um espaço agradável e atraente pra população... acho que a participação não precisa ser só o conselho gestor...Eu acho que tem horas que a saúde da família espera muito. "Olha você vem na nossa reunião" ...é fácil falar, a gente só convida (profissional).*

Ainda falando sobre a necessidade de esclarecimento o profissional fala que às vezes as equipes se acomodam em simplesmente convidar as pessoas para diversas reuniões sem as explicações necessárias para despertar o interesse. Outro profissional exemplifica dizendo que na própria eleição para o conselho gestor não há muita explicação a respeito do papel do conselheiro, afirmando a necessidade de um trabalho prévio com os candidatos, pois muitos são eleitos sem entender o farão no Conselho Gestor.

*(...)não sabia quando eu comecei o que era o Conselho Gestor e quais eram minhas obrigações e meus deveres. Eu não sabia ao certo do que se tratava, só sabia que eu tinha que vir a uma reunião uma vez por mês (...) entrei mesmo sem saber o que era. Só fui entender na hora que começou as reuniões que aí fui começar a entender. Mas não me arrependo (usuário-conselheiro)*

*Eu acho que, por exemplo, quando se tem uma eleição de conselho gestor, a primeira coisa que teria que ser feita é trabalhar o tema com o pessoal que foi eleito da comunidade ou da unidade, o que se espera do conselho gestor. Mas não tem esse tipo de conversa. Você vai participar do Conselho Gestor, você foi eleito e pronto (profissional).*

Na pesquisa emergiram outras sugestões e formas de efetivar os espaços de participação. Uma das sugestões foi o investimento em divulgação, a outra foi a união de vários conselhos para fortalecimento e criação de propostas mais consistentes para obtenção de melhor visibilidade da gestão.

*Podiam passa carro, colocar anúncio escrito...aquelas faixas no bairro (usuário).*

*O que mais falta pra funcionar bem é todos os conselheiros se reunir... reunir todo mundo...só aqui no Aracy, o tanto de conselheiro que não deve ter, a gente deve se unir né (usuário- conselheiro).*

Correia (2005) refere-se às articulações entre os conselheiros como um componente importante para a efetivação e aperfeiçoamento do controle social no SUS. Esta articulação pode ser essencial para o encontro de propostas mais democráticas e eficazes ao segmento os quais representam.

Além das sugestões são destacados como potencialidades alguns aspectos positivos do funcionamento dos conselhos, entre eles a dedicação dos conselheiros e o fato de existir um conselho atuante mesmo diante de tantas adversidades.

*Os conselheiros eles trazem ideias... A população vai até eles reclamar, ai eles trazem pra gente e a gente que buscar ver o que dá pra fazer (profissional).*

*Quando os conselheiros entendem a proposta do saúde da família acabam explicando pra outras pessoas, porque um grande problema é a falta de entendimento sobre a diferença do atendimento da UBS e da USF (profissional).*

*(...) eu sempre comento, tem gente que acha que USF é a mesma coisa que UBS e não é (usuário – conselheiro).*

*Então a minha participação é vir aqui porque acho que tenho a obrigação porque eu fui eleita, então eu tenho a obrigação de vir, eu tenho a obrigação de ouvir as pessoas e eu tenho a obrigação de orientar as pessoas (usuário-conselheiro).*

Nas falas dos participantes é possível observar a valorização do cumprimento do papel dos conselheiros representantes dos usuários. Eles ajudam a orientar sobre os diferentes modelos de atendimento na atenção básica, assim como trazem reclamações e sugestões da comunidade com mérito a representatividade.

*Eu acho que são os conselheiros, que são bem centrados e politizados...são envolvidos mesmo! Correm atrás das coisas (profissional-conselheiro).*

*As pessoas que participam do conselho, porque estão sempre dispostas, vão nas reuniões, vão atrás do que for preciso...se envolvem mesmo, é legal ver a dedicação deles (profissional-conselheiro).*

É destacada pelos profissionais como fortaleza a atuação dos conselheiros representantes dos usuários. Percebe-se através destas falas que a motivação dos usuários incentiva a participação dos profissionais.

*Um ponto forte é de ter o conselho gestor, tem muitas unidades que não tem, que não conseguem participação efetiva, que a equipe não se envolve...aqui nós temos envolvimento da equipe, da comunidade, só dos conselheiros, mas temos...Em relação a outros lugares, o conselho aqui é bem atuante (profissional-conselheiro).*

*O esforço pra tentar fazer aquilo que está fora do seu alcance, mesmo sabendo que a participação popular é fraca, que culturalmente o pessoal não entende, você leva umas porrada pra lá e pra cá, não consegue quórum para as reuniões e mesmo assim a gente vai tentando, vamos até a casa do usuário pra avisar pra convidar pra reunião, depois faz relatório, a ata... Então eu acho que a potencialidade é essa o empenho de parte da equipe pra tentar fazer funcionar (profissional-conselheiro).*

O esforço em tentar fazer é valorizado pelos profissionais que colocam o fato da existência do conselho gestor como uma potencialidade, afirmam que a maioria das unidades não consegue manter um CG ativo. É colocado como um ato de superação.

Diante do exposto percebe-se que a ESF atualmente já é vista pelos participantes como algo além de tratar doenças, ou mesmo assistir os sujeitos e famílias em seus domicílios e comunidade, já se inicia um caminho de superar o desafio da participação social nos SUS.

### **3.2.3.1 Capacitações: momentos de trocas entre representantes dos usuários e profissionais**

A potencialidade apontada como possibilidade de transformação da atual realidade, fazendo com que os espaços de participação e controle social sejam efetivados são as capacitações, colocadas aqui como espaço de troca de ideias e informações entre usuários e profissionais das USFs.

*Aqui na unidade a gente tem feito capacitação com os quatro conselheiros legalmente instituídos, foram vários encontros (profissional-conselheiro)*

*Fizemos um processo de formação com os conselheiros eleitos, trabalhamos com um material da Fiocruz (profissional-conselheiro).*

O Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006, p.46) propõe ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, como:

- Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- Apoiar o processo de mobilização social.

Destaca-se a importância destes momentos de trocas e aprendizado, considerado como um diferencial comparado a muitas vezes em que o sistema de saúde é imposto para a população usuária.

Durante a pesquisa destacou-se a falta de compreensão da comunidade em relação à saúde como direito bem como o que fazer para garanti-los e um dos motivos para esta situação é a falta de informação e discussão a respeito.

*Não entendem. Talvez um dos motivos da baixa participação é essa. Tem muita gente que quando você anuncia a eleição eles acham que é trabalhar, que vai ser funcionário ou algo assim (profissional).*

Assim este espaço de troca de informação, que já aconteceu nas USFs pode desconstruir uma nova realidade, pois a partir da informação a população se empodera, cria o sentimento de pertencimento para garantir seus direitos. Correia (2005) defende a capacitação como forma essencial para contribuir para a superação das limitações da participação da sociedade civil nos conselhos.

A capacitação de conselheiros não levará à superação dessa realidade de alienação, descompromisso e manipulação, pois tal

realidade tem determinantes macroestruturais. Mas, poderá proporcionar ao conselheiro, dependendo da maneira como for conduzida, um maior acesso às informações diversas e o desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido, legitimando uma agenda política que reafirme a efetivação do SUS e de seus princípios. (CORREIA, 2005, p. 16)

Nestes encontros profissionais e usuários discutiram vários temas que possibilitaram discussões sobre o SUS como direito, assim como a diferença sobre o atendimento nos diferentes níveis de atenção.

*Trabalhamos sobre o que é o conselho gestor, as atribuições dos conselheiros nas três esferas, os princípios do SUS, o funcionamento da atenção básica e demais níveis de atenção, sobre a dinâmica da demanda (profissional – conselheiro).*

*Discutimos o que são ações para o controle social, sobre o papel dos conselheiros...foi bem legal e bastante produtivo (profissional-conselheiro)*

Um usuário relata sobre a dinâmica dessas “capacitações” e o quanto foi importante para ele esses momentos de troca, afirma ter aprendido muito e que já orientou muitas pessoas com as novas informações. São ações aparentemente simples, mas estes momentos de troca podem potencializar, por exemplo, o funcionamento de um conselho gestor e conseqüentemente o da USF.

*Tinha tipo uma aulinha antes né, aí perguntava tipo assim: o que vocês acham que é a UPA? Aí cada um dizia o que achava. Aí no final ele colocava na lousa e dizia o que era. O que vocês acham que é urgência e emergência? Todo mundo participava, tinha bastante gente. (...) Aquela mesa ali de trás ficava cheia, cheinha e todo mundo participava, tinha um pessoal bem unido (...) Todo mundo conversava e chegava no mesmo ponto. Deu pra aprender bem, deu sim, já expliquei pra muita gente as coisas que aprendi nessa época (usuário-conselheiro).*

Os usuários, trabalhadores da saúde e administração, que compartilhando saberes e construindo um novo saber que articule o saber técnico e o saber popular, podem criar condições propícias para estabelecer um projeto assistencial comum, visto que este emerge de concepções sobre o processo saúde-doença e os saberes compartilhados (CREVELIM; PEDUZZI, 2005, p. 329).

A realidade vivenciada pelos representantes dos usuários deste estudo demonstrou que a experiência em espaços democráticos que possibilitem o aprendizado e a participação em processos decisórios de acesso a direitos, não faz parte do cotidiano. Nota-se, diante deste fato, que a atuação democrática é uma prática estranha para a população, há poucas experiências de participação em espaços de intervenção nas políticas públicas.

As capacitações desenvolvidas podem representar o aprendizado da democracia, do acesso a direito e do empoderamento para atuação em espaços de garantia desses. Observa-se que as vivências relatadas pelos participantes promovem interação do grupo e confiança para buscar um espaço de participação coletiva.

Assim, pode-se concluir que este processo de capacitação que possibilita a informação e a participação contribui diretamente para emancipação e autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, possibilita a crítica e a transformação, sendo assim uma importante estratégia de superação para a efetividade dos espaços de participação e controle social.



## **Considerações finais:**

Ao trabalhar com o objetivo de analisar as percepções dos usuários e trabalhadores das Unidades de Saúde da Família em relação à participação social, foi possível apreender diversos olhares e formas distintas de compreensão em relação à saúde pública, assim como várias situações vivenciadas que estão diretamente ligadas a dificuldade da participação social e garantia de direitos, bem como de efetivação dos espaços institucionalizados para tal.

Nesta diversidade de olhares foi possível fazer algumas comparações e associações, como a diferença de percepção entre os usuários que tiveram contato com o Conselho Gestor (são ou já foram conselheiros) e aqueles que não sabiam sobre a existência das reuniões.

A maioria dos usuários que já atuou neste espaço de participação social compreende a saúde como um direito e também a necessidade de participação para a garantia da qualidade. Alguns explicam sobre a diferença dos níveis de atenção à saúde, relatam significativo aprendizado a partir da participação em reuniões do CG e também nas CMS.

Em relação aos usuários que não tiveram contato com os espaços de participação social, a maioria deles demonstra incerteza em relação à saúde como um direito e afirma desconhecer a existência dos espaços de participação social.

Importante enfatizar essas diferentes percepções, pois assim podemos constatar o potencial educativo destes espaços, em que a educação e a informação podem levar os sujeitos à autonomia a partir da compreensão de seus direitos.

Já os profissionais compreendem a função dos espaços de participação, porém existe um processo de “culpabilização” do usuário pela dificuldade de efetivação. A mobilização social não é vista como atribuição do profissional da ESF.

Os participantes apontam fatos que configuram desafios para a participação social no território da pesquisa. Foi citada a acomodação da comunidade que está acostumada com políticas assistencialistas, estas são feitas a partir de doações, ações de caridade, e faz com que os beneficiários destas ações não compreendam o que são seus direitos.

A vulnerabilidade do território da pesquisa o deixa sujeito para a atuação destas políticas assistencialistas que ainda são presentes. Contudo, a Política de

Assistência Social pela qual a comunidade é atendida trabalha com o desenvolvimento da autonomia, com a não dependência de benefícios de transferência de renda, com atividades socioeducativas, entre outras ações com objetivo do reconhecimento como sujeito de direitos.

Outro desafio exposto tratou das relações de poderes existentes dentro da própria USF, o que já foi exemplificado quando os profissionais se colocam como detentores do saber, ou mesmo quando colocam o usuário como centro das dificuldades para efetivação dos espaços de participação.

Neste caso, os usuários temem que dentro destes espaços institucionalizados de participação, ao expor opiniões e buscar garantir direitos, podem ser mal interpretados, adquirindo cunho pessoal e influenciando diretamente na forma de atendimento a eles e seus familiares. Depoimentos relacionados a esta dificuldade estiveram presentes na fala de participantes usuários e também de profissionais, que confirmam que isso realmente pode acontecer.

Acredita-se que processos educativos possam superar algumas situações como as supracitadas, há necessidade de empoderamento dos usuários e também dos profissionais para que estejam mais abertos e compreendam os espaços de participação como algo potencializador do trabalho e não o inverso.

A falta de motivação e o descrédito foram razões destacadas para a não participação nos CG e CMS, como a falta de apoio e integração da gestão municipal. Os participantes afirmam o quanto seria importante a participação, mesmo que esporádica, de algum membro da gestão municipal (ARES, SMS) nas reuniões dos CGs. Há situações que precisam do posicionamento destas instâncias para serem direcionadas.

Com esta ausência, as propostas discutidas no CG se perdem, pois, impossibilita encaminhamentos e resolução, desmotivando profissionais e usuários, que muitas vezes desistem de qualquer tipo de participação.

Há vários relatos sobre a postura da gestão nas Conferências, e o sentimento da população é de descaso, quando as propostas aprovadas em vários anos não são colocadas em prática.

Fica o questionamento sobre este aparente descaso, mesmo com a compreensão da demanda de trabalho existente para gestores. Neste estudo foi contextualizada a importância da participação e controle social para o SUS, foram demonstradas as propostas das conferências nacionais e municipais sempre

destacando o controle social como importante ferramenta para efetivação dos princípios do SUS.

Esta visão macroestrutural demonstra valorização dos gestores no que se refere à participação e controle social, inclusive com a implementação de políticas de incentivo a mobilização social. Porém em uma visão microestrutural, como a demonstrada nesta pesquisa, a realidade é outra, os espaços de participação servem para “cumprir tabela”, ou seja, cumprir determinações políticas e garantir financiamento, enquanto a participação é desvalorizada.

O resultado são espaços de participação vazios, CG inexistentes, CMS que não atingem nem o número mínimo de delegados, e a justificativa que geralmente é colocada para estas situações é que a população não possui interesse.

Foram desveladas significativas fragilidades que se colocam como desafio para a participação, parece haver poucos caminhos, porém é necessário destacar que foram apontadas e discutidas várias potencialidades desenvolvidas em nível micro estrutural que podem contribuir para superar várias dificuldades para a concretização da participação e controle social.

Dentre os pontos fortes foi apontado o potencial da ESF pela proximidade e vínculo que proporciona entre profissionais e usuários, isso pode ser considerado como facilitador na escuta, na exposição de situações problema e também para trocas de informações.

As capacitações foram destacadas pelos participantes como momentos de troca e aprendizado. Observa-se que este acesso a informação para os conselheiros representantes dos usuários possibilitou o desenvolvimento de um senso crítico e até mesmo de autoestima, pois se sentiram empoderados e capazes de lutar pela garantia de direitos.

Sendo assim, é possível concluir que ao mesmo tempo em que a dificuldade de acesso a informações para alguns usuários contribui pra exclusão social, há também o caminho inverso, quando através da aquisição de conhecimento surge o empoderamento, o envolvimento e a vontade da mudança.

Já os profissionais, ao mesmo tempo, que se colocam como detentores do saber frente às dificuldades dos usuários, muitas vezes culminando em relações ou disputas de poderes, demonstram abertura para espaços de trocas, valorização do empenho dos usuários e motivação quando percebem esta dedicação.

Por fim, como em toda pesquisa, existem alguns limites e recortes necessários, sendo assim, muito do que foi analisado aqui, requer novos estudos e outras aproximações.



## Referências:

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro. IMS/UERJ; ABRASCO, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008.

BETTIOL, L.M. **Participação popular em questão**: o Programa Saúde da Família. São Paulo: UNESP, 2006. 155 p.

BOBBIO, N. **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 10.ed. 1998, v. 1, 674 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br). Acesso em: 27 ago. 2013

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 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 dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**: evolução e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde tem calendário definido, 14. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36439](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36439). Acesso em: 11 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As Conferências de Saúde ao longo da história**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26506](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26506)>. Acesso em: 11 out. 2013.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde, trabalho e democracia**: a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica Participativa, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 05 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Participa SUS**: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Brasília: out. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Assistência Social**. PNAS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2009.

BRAVO, M.I.S. **Política de saúde no Brasil**: participação social e controle social. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social: UnB- CEAD/ CFESS, 2001.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X. **Participação social na atenção básica à saúde**: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. Fortaleza: UECE, 2009.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A e ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo. Editora Cortez, 1996.

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

CREVELIN, M.A, PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. & Saúde Coletiva**, 10 (2), 2005.

ESPERIDIÃO, M.A. Controle Social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, Jainilson Silva; Almeida-Filho. **Saúde coletiva**: teoria e prática. MedBook, Rio de Janeiro, p. 245-259, 2014.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, 14(3):743-752. Rio de Janeiro 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio e Janeiro: Graal, 1998.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado a mudança do trabalho tecnoassistencial. In: **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, HUCITEC, São Paulo, 2003.

GAZETA, A.P. Democracia e participação social: a experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo. **Rev. Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v.2 n. 1 (2), janeiro-junho/2004, p. 1-19.

GOHN, M.G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

MENEGUSSI, J.M. **O trabalho do agente comunitário de saúde**: a voz dos gerentes de unidades de saúde da família. 2013. 114 p. (Dissertação de Mestrado em Gestão da Clínica) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec; 2006.

MUTOKA, R.; OGATA, M.N. Análise quantitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, A.C.J. **Participação popular e clientelismo em São Carlos**. 1998.157p. (Dissertação de Mestrado em Sociologia) - Faculdade de Ciências e Letras – Campus de Araraquara. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 1998.

PASTORINI, A. **A categoria “questão social” em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PELLIZZARO, I.; MILBRATZ, R. **A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde de Blumenau**. Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Movimentos sociais (NEPEMOS). Universidade Regional de Blumenau. Blumenau-SC. 2007.

PESTANA, C.L.S.; VARGAS, L.A.; CUNHA, T.S. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2007.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SANTOS, N. R. **Ética social e os rumos do SUS**. Conasems, 2004. Disponível em: <http://www.conasems.org.br>. Acesso em: 31 jan. 2014

SANTOS, L. **A quem pertence o SUS?** Blog Saúde Sanitária: Direito e Cidadania. BVS. 2013. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2013/05/13/a-quem-pertence-o-sus>. Acesso em: 15 fev. 2014.

SÃO CARLOS. Decreto nº 142, de 5 de outubro de 2001. Regulamenta a Lei Municipal nº 12.587, de 17 de julho de 2000. **Dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades**. São Paulo, São Carlos, 2001.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **Conheça São Carlos**: a cidade de São Carlos. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/conheca-sao-carlos/115268-a-cidade-de-sao-carlos.html>. Acesso em: 23 ago. 2013

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Administrações Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-saude/153938-administracoes-regionais-de-saude-ares.html>. Acesso em: 08 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.587, de 17 de julho de 2000**. Dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. São Paulo, São Carlos, 2000. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/1165337963--lei12587.pdf>. Acesso em: 28 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Território, comunidade e atenção à saúde no bairro Cidade Aracy em São Carlos SP**: (re) conhecendo potencialidades e vulnerabilidade por intermédio da estimativa rápida participativa. São Carlos: 2008. 22p.

\_\_\_\_\_. **Manual da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade 2009/2011**. Universidade Federal de São Carlos. Prefeitura Municipal de São Carlos. São Carlos, 2009. 90p.

SORATTO, J. **A participação social na percepção da equipe de saúde da família**. 2011. 120p. (Dissertação de mestrado – Departamento de Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre RS, 2011.

SPOSATI, A. **Desafios para fazer avançar a política de assistência social no Brasil**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, v. 22, n. 68, 2001

TEIXEIRA, E.C. **O local e o global**: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez; Recife, EQUIP; Salvador: UFBA. 2001. 224p.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICES

### A - Roteiro de entrevista (profissionais)

#### 1 - Caracterização do entrevistado:

Nome (sigilo):

Sexo:

Idade:

Profissão:

Escolaridade/Formação:

Atividade que desenvolve na USF:

Tempo de desempenho da função:

Participa do Conselho Gestor: ( ) sim ( ) não

Desenvolve alguma atividade comunitária no bairro? Qual?

#### 2 - Questões norteadoras:

**A-** O que é participação social na saúde para você? E controle social?

**B-** Você desenvolve algum trabalho relacionado à participação social nesta USF?

( ) sim – Qual? Como?

( ) não – Porque? Gostaria de desenvolver?

**C-** Há reuniões do Conselho Gestor nesta USF? Pode ser considerado um espaço de participação e controle social? Por quê?

**D-** Essas reuniões repercutem no cotidiano da USF? (Influencia no desenvolvimento do trabalho dos profissionais e ou na melhoria do atendimento à população)

**E-** Como você avalia a participação da comunidade nas reuniões do Conselho Gestor? (Compreendem seus objetivos? Possuem informações suficientes?)

**F-** Como você avalia a participação da equipe nas reuniões do Conselho Gestor? (Como recebem propostas feitas por usuários?)

**G-** Você participou da Conferência Municipal de Saúde realizada em Setembro deste ano?

( ) sim – Como avalia a efetividade do controle social neste espaço?

( ) não – Porque?

**H-** Aponte fortalezas e fragilidades para a efetivação da participação social e controle social nesta USF.

## **B - Roteiro de Entrevista (Usuários)**

### **1 - Caracterização do entrevistado:**

Nome (sigilo):

Sexo:

Idade:

Profissão:

Escolaridade/Formação:

Participa de algum movimento social/ atividade coletiva na USF/bairro/território?

Participa do Conselho Gestor da USF: ( ) sim ( ) não

### **2 - Questões norteadoras:**

**A-** Diga-me quais são seus direitos na saúde (e na USF) e como são garantidos.

**B-** O que é participação social para você?

**C-** Já participou de alguma reunião do Conselho Gestor?

( ) sim – Conte-me como foi.

( ) não – Porque?

**D-** Como acha que estas reuniões podem contribuir no funcionamento da USF?

**E-** Como você avalia a participação da comunidade nessas reuniões? (Compreendem os objetivos? Possuem informações?)

**F-** Você sabe que em Setembro aconteceu a Conferência Municipal de Saúde? Participou? Conte-me um pouco como foi.

## C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DA CLÍNICA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*Participação social e saúde: percepções de trabalhadores e usuários de Unidades de Saúde da Família.*”, que será realizada para a elaboração da dissertação para a conclusão do Mestrado Profissional do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos – SP. O Sr.(a) foi selecionado por fazer parte da equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) da Administração Regional de Saúde (ARES) da Cidade Aracy ou ser usuário dos serviços de uma destas USFs sendo membro do conselho gestor ou participante de algum grupo das referidas equipes. Esta pesquisa será realizada pela Assistente Social *Camila Fressatti Furlanetto* e está sob orientação da Profª Drª *Maria Lúcia Teixeira Machado* e da co-orientação da Profª Drª *Márcia Niituma Ogata*, ambas do Departamento de Enfermagem da UFSCar. Pretende-se analisar as percepções e ações dos usuários e trabalhadores da Saúde da Família em relação à participação social em duas USFs da Ares Cidade Aracy de São Carlos. Espera-se contribuir para identificação de possíveis fragilidades em relação à participação social, assim como promover a reflexão a respeito do tema possibilitando maior mobilização para o efetivo funcionamento das reuniões dos conselhos gestores e a concretização da participação e controle social nas Unidades de Saúde da Família participantes deste estudo.

Convidamos o(a) sr.(a) a nos conceder uma entrevista com perguntas abertas sobre a temática da participação social. Na entrevista será utilizado meio digital para a gravação da voz, com o uso exclusivo desta apenas para a transcrição das falas. A entrevista falada será de uso do pesquisador, o que garante a não divulgação do material e conduta ética. As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Em relação aos riscos, a qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição e poderá acessar a qualquer tempo, às demais informações que julgar necessárias, não terá obrigação de responder às questões que julgar desnecessárias ou julgar que possam ferir sua integridade moral, havendo situações de desconforto e/ou cansaço durante a entrevista, esta poderá ser interrompida e retomada de acordo com a sua vontade, o tempo estimado para a aplicação da entrevista é de 20 a 60 minutos, a depender das respostas de cada entrevistado(a) para as perguntas abertas. Receberá uma cópia deste termo onde

consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Esta pesquisa, por meio da fundamentação científica, possui benefícios a contribuição para o desenvolvimento de reflexões em relação à participação social para auxiliar na construção de estratégias que busquem a efetivação da participação e do controle social na Saúde da Família.

---

**Camila Fressatti Furlanetto**

End.: Rua Reginaldo Fernandes Nunes,248

Cel: (16) 98813-4812; E-mail: [cacamilaff@yahoo.com.br](mailto:cacamilaff@yahoo.com.br)

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235, Caixa Postal 676, CEP 13.565-905, São Carlos – SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)**

São Carlos, \_\_\_/\_\_\_/2013.

---

Sujeito da Pesquisa

## **ANEXO**



## ANEXO

### A – Parecer consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

#### PROJETO DE PESQUISA

---

**Título:** Participação social e saúde: percepções de trabalhadores e usuários de Unidades de Saúde da Família

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Camila Fressatti Furlanetto

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

**CAAE:** 03688112.4.0000.5504

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

---

**Número do Parecer:** 72036

**Data da Relatoria:** 14/08/2012

##### **Apresentação do Projeto:**

A participação social na saúde é preconizada pelo Sistema Único de Saúde e também pela Estratégia Saúde da Família por meio de espaços para participação social e também para o controle social, que são os conselhos gestores locais e os Conselhos Municipais de Saúde. Este estudo pretende identificar a percepção em relação a participação social pelos trabalhadores e usuários de Unidades de Saúde da Família, associando à participação destes atores no conselho gestor local. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa através de análise temática, segundo Minayo (2010). Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas em duas USFs com 24 sujeitos (12 em cada unidade, sendo 06 usuários e 06 trabalhadores). Serão excluídos aqueles sujeitos que não concordarem em participar da pesquisa através da recusa em assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deverá ser apresentado a eles antes do início da pesquisa. Acredita-se que o presente estudo poderá contribuir para o desenvolvimento de reflexão dos sujeitos em relação a participação social na saúde para posteriormente construir estratégias em busca da efetivação do controle social.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar as percepções e ações dos usuários e trabalhadores de Unidades de Saúde da Família em relação à participação social, visando o efetivo controle social em saúde.

**Objetivo Secundário:**

- Apreender as percepções sobre participação social na saúde dos usuários e trabalhadores de Unidades de Saúde da Família;- Conhecer as percepções dos usuários e trabalhadores de Unidades de Saúde da Família sobre os Conselhos Gestores das USFs enquanto instância de controle social em saúde;- Acompanhar as reuniões dos Conselhos Gestores das USFs pesquisadas;- Levantar a frequência e participação dos membros nas reuniões dos Conselhos Gestores das USFs;- Identificar repercussões das decisões dos Conselhos Gestores no cotidiano do trabalho das USFs.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Em relação aos riscos, a qualquer momento o entrevistado poderá desistir de participar e/ou retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Ele poderá acessar a qualquer tempo, às demais informações que julgar necessárias, não terá obrigação de responder às questões que julgar desnecessárias ou julgar que possam ferir sua integridade moral, havendo situações de desconforto e/ou cansaço durante a entrevista, esta poderá ser interrompida e retomada de acordo com a sua vontade. O tempo estimado para a aplicação da entrevista é de 10 a 40 minutos, a depender das respostas de cada entrevistado(a) para as perguntas abertas.

**Benefícios:**

Como benefícios, espera-se que presente estudo possa contribuir para o desenvolvimento de

reflexões em relação a participação social para auxiliar na construção de estratégias que busquem a efetivação do controle social na Saúde da Família.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Tem bom objetivo social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos presentes.

**Recomendações:**

explicitar melhor os riscos no TCLE, não apenas alertar de possíveis desconfortos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 12 de Agosto de 2012

---

Assinado por:  
Daniel Vendruscolo