



**UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI- URCA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA-MPSF**

LEILANY DANTAS VARELA

**CONSELHO LOCAL DE SAÚDE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: participação, envolvimento e solidariedade comunitária.**

CRATO-CE

2016

LEILANY DANTAS VARELA

**CONSELHO LOCAL DE SAÚDE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: participação, envolvimento e solidariedade comunitária.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), pertencente a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) como requisito para conclusão do Mestrado em Saúde da Família.

Nucleadora: Universidade Regional do Cariri (URCA)

Orientador: Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto.

Coorientador: Prof. Ms. Rogério Sampaio de Oliveira

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

CRATO-CE

2016

Varela, Leilany Dantas.

V293c Conselho local de saúde no território da estratégia saúde da família: participação, envolvimento e solidariedade comunitária/ Leilany Dantas Varela. –Crato-Ce, 2016

130p.; il.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), pertencente a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri – URCA; Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Orientador: **Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto.**

Coorientador: **Prof. Ms. Rogério Sampaio de Oliveira**

1. Planejamento em Saúde; 2. Planejamento Participativo;
3. Estratégia Saúde da Família; 4. Conselho Local de Saúde;
- I. Título.

CDD: 613

LEILANY DANTAS VARELA

**CONSELHO LOCAL DE SAÚDE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: participação, envolvimento e solidariedade comunitária.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) RENASF, pertencente a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) como requisito para conclusão do Mestrado em Saúde da Família.

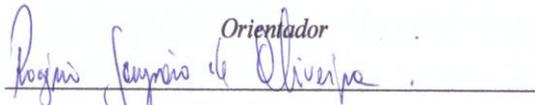
Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA



Universidade Regional do Cariri

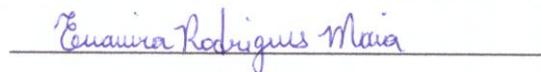
Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto

 *Orientador*

Faculdade de Medicina do Juazeiro do Norte-Ceará

Prof. Ms. Rogério Sampaio de Oliveira

Co-orientador



Universidade Regional do Cariri

Prof.^a Dr.^a Evanira Rodrigues Maia

1º Membro



Universidade Regional do Cariri

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Vieira Lopes

2º Membro



Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães

Membro Suplente

*A minha amada **mãe** Rita Dantas Varela, pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas, pelo gesto de solidariedade e amor no meu “puerpério acadêmico”, me acompanhando nas aulas para que eu pudesse amamentar Levi exclusivamente. Você é o meu maior exemplo de vida.*

*Ao meu **filho**, Levi Abraão Dantas Sampaio, que ainda no ventre e no seu primeiro aninho de vida participou desse processo, me fortalecendo diante das dificuldades e me fazendo superar os limites do cansaço. Todo esse esforço é para você, meu amado filho.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, pela força e iluminação para que todo esse caminho fosse percorrido. Sei que todas as coisas que acontecem em nossas vidas são pela Sua vontade. Tantas noites rezei em Seu nome e fui atendida, para que eu cumprisse dois grandes sonhos, que se realizaram ao mesmo tempo, o de ser mãe, e o mestrado que por 12 anos, ansiosamente esperei. “ Para tudo há um tempo” o de agora é de agradecimento e de felicidade.

Ao meu orientador, Antônio Germane Alves Pinto, pela oportunidade da convivência acadêmica, inicialmente, por toda a aprendizagem que você me proporcionou, pelos novos horizontes apresentados. Sobretudo pelo afeto e solidariedade que você teve comigo e com seu “orientandozinho” Levi, nesse momento tão singular de nossas vidas. O seu apoio foi de tamanho valor. De todas as significações, além de sua competência, fica a generosidade da qual você se imbuí e estende nos processos relacionais de ensino e da vida. Aprendi com você que a implicação com algo é tão importante, quando se deseja que as mudanças aconteçam e que as boas práticas no SUS devem ser disseminadas. Agradeço imensamente por esse encontro.

Ao meu companheiro e amor, Vinicius Sampaio Pereira Machado, que soube compreender a importância desse sonho, me apoiando incondicionalmente. Por entender as minhas ausências na vida de nossa família, e que com tanto zelo e cuidado esteve ao meu lado.

Aos meus irmãos Daiany Dantas Varela e Danilo Dantas Varela, pela união, pelo amor e por todo o apoio nesse momento tão significativo para mim. Nossos sonhos sempre foram compartilhados, obrigado por fazerem parte das minhas escolhas.

AGRADECIMENTOS

Ao meu coorientador Professor Rogério Sampaio por sua contribuição e zelo nesse processo de aprendizagem.

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF pela qualidade do mestrado.

À URCA querida, “minha eterna casa acadêmica”, pela oportunidade de mais uma vez estar nesse espaço de aprendizagem e lutas, e pelos reencontros e novos encontros que me foram oportunizados.

A Emanuella Freire (“nossa querida” Manu), pela sua competência, zelo e generosidade. O seu acolhimento tornou o processo mais suave e saudoso.

Aos professores do mestrado, pela contribuição com a minha formação, pela atenção dispensada, por compartilhar saberes e ciência. Grandes profissionais.

Aos membros da banca, pela disposição em avaliar este estudo. Obrigada!

A todos os colegas do mestrado (Anailza, Elisabete, Fernanda, Geórgia, Lívia, Moacir, Viviane, Virginia, Rosa Maria), pela convivência afetuosa e solidária. Aprendi muito com vocês, sofremos e rimos juntos. Saudades.

À minha amiga irmã Rosa Maria, o meu sentimento é de gratidão, a Deus por nos conceder mais uma oportunidade de juntas realizarmos mais um sonho em nossas vidas, e a você, por todo o cuidado que teve comigo ao longo desses dois anos, além de toda uma vida. Amizades como a nossa perpassam por várias vidas. Muito obrigada, amiga.

A Lívia, pelo encontro, pela contribuição com essa pesquisa e por todo apoio que você me deu.

Ao município de Milagres-CE, pelo apoio durante esses dois anos.

À Equipe de Saúde da Família do Rosário, com quem convivo há 12 anos, obrigada pela compreensão da minha ausência e pela aprendizagem cotidiana diária.

Às comunidades do Rosário, Gameleira e Limoeiro e aos usuários do SUS, pela contribuição singular para a minha vida profissional e pessoal.

Ao Conselho Local de Saúde do Rosário e aos conselheiros por terem aceito participar deste estudo, e pela significativa contribuição.

A Robson Taumaturgo, meu amigo querido, que sonhou junto comigo um SUS melhor, a quem admiro como profissional e ser humano, pela sua competência e agir solidário. Muito obrigado, essa pesquisa tem muito de você.

A Lilian (cunhada) e sua mãe Ana Cláudia Feitosa, que me acolherem nesses dois anos em sua casa, tornando mais leve estar fora de casa na gestação e puerpério com Levi. Obrigada pelo cuidado e carinho.

A tia Acisa e A tia Fátima, segundas mães que a vida me deu, muito obrigado pelo amor e apoio.

Aos primos-irmãos, que contribuíram com a realização desse sonho, pela paciência e até apoio logístico. Muito obrigada: Igor, Karen, Carol, Emília.

A Ana Ivyna (ilustradora), artista de Milagres, pela arte maravilhosa que vem engrandecer a significação desta pesquisa.

A Babá, Maria, por todo o amor de uma vida. Quando penso em uma vida dedicada aos outros, a senhora é a maior referência.

A Patrícia Rodrigues, Laratec, pelo apoio logístico e afetivo em todas as horas.

Por fim, a todos que contribuíram com esse movimento de produção e aprendizagem,

Muito obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto a compreensão do processo participativo do Conselho Local de Saúde (CLS) no território da Estratégia Saúde da Família (ESF). Objetivou-se analisar a organização do CLS com ênfase no planejamento e participação no território da ESF. A pesquisa tem natureza qualitativa, numa perspectiva crítica e reflexiva. O cenário do estudo foi uma unidade de saúde ESF I-Rosário, no município de Milagres, Ceará. Participaram do estudo 22 sujeitos, usuários e trabalhadores de saúde integrantes do CLS. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a julho de 2016. Foram utilizadas as técnicas de observação sistemática, levantamento documental e grupo focal. Os dados foram analisados com base nos pressupostos da hermenêutica e dialética. O estudo seguiu os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA) sob Nº.953.830. Ao vivenciar o cotidiano da comunidade e seus enfrentamentos sociais, evidencia-se que a organização e dinâmica de funcionamento do CLS são movidas pela participação comunitária e envolvimento com as questões sociais locais. O CLS no território em estudo, produziu um movimento integrado ao planejamento da equipe de saúde de impulsão das redes locais e de referência e de práticas de ações mais atentas e efetivas às demandas reais e necessárias dos usuários assistidos na ESF. As interações sócio comunitárias na produção do cuidado, os atos solidários entre conselheiros e trabalhadores da equipe de saúde conduziram a um planejamento local em saúde como objeto de transformação social. A atitude, a união e o empoderamento comunitário foram dispositivos que emergiram do movimento no Conselho que fortaleceram a participação comunitária, impulsionando a responsabilização dos usuários e trabalhadores, potencializando o planejamento local. Este estudo evidencia que o planejamento local participativo possibilita a construção de espaços de diálogo a fim de fomentar práticas que rompam com o controle e execução apenas procedimental nas unidades básicas, superando os limites de processos fragmentados. É um instrumento para elucidação coletiva de problemas vivenciados, produz interlocução dos sujeitos e de dispositivos sociais instalados na comunidade, consolidando-o como ferramenta para a gestão da ESF. Evidenciou-se que a mobilização motivada, o envolvimento dos sujeitos, a parceria e a solidariedade potencializam a participação comunitária. Há, de uma maneira geral, governança do Conselho, que apresenta algum potencial resolutivo em relação a algumas demandas comunitárias, porém ainda não há governabilidade sobre determinadas ações, mediante a complexidade dos problemas identificados. Muitos desafios precisam ser superados e que apontam para a necessidade de instrumentalização dos conselheiros. É indicativo que o CLS seja mais inclusivo. O planejamento local em saúde, com o envolvimento do CLS, transformou o processo de trabalho na ESF, ressignificando as práticas de saúde locais.

Palavras Chaves: Planejamento em Saúde; Planejamento Participativo; Estratégia Saúde da Família; Conselho Local de Saúde.

ABSTRACT

This research has the purpose of understanding of the participatory process of the Local Health Council (LHC) in the territory of the Family Health Strategy (FHS). This study aimed to analyze the organization of the LHC with emphasis on planning and participation within the FHS. The research is qualitative in a critical and reflective perspective. The study setting was a health unit FHS I-Rosário, the city of Milagres, Ceará. The study included 22 subjects, users and LHC members' health workers. Data collection occurred from February to July 2016. We used the techniques of systematic observation, documental survey and focus group. The data were analyzed based on the hermeneutic and dialectical assumptions. The study followed the ethical principles of research involving human subjects, as reported by the Ethics Committee of the Regional University of Cariri (URCA) under N°.953.830. To experience the community's daily life and their social confrontations, it is evident that the organization and LHC operating dynamics are driven by community participation and involvement in local social issues. LHC in the territory under study, produced a movement integrated into the planning of impulsion health team of local networks and reference and more attentive actions practical and effective to the real demands and need of assisted users in FHS. As partner community interactions in production of care, acts solidarity between counselors and health team workers led to a local health planning as an object of social transformation. The attitude, union and community empowerment were devices that emerged from the movement in the Council strengthened community participation, boosting the accountability of users and workers, strengthening local planning. This study shows that the participatory local planning enables the construction of spaces for dialogue to foster practices that break with the control and execution only procedural in basic units, exceeding the limits of fragmented processes. It is an instrument for collective elucidation of problems experienced, produces dialogue subjects and social devices installed in the community, consolidating it as a tool for management of the FHS. It was evident that motivated mobilization, involvement of individuals, partnership and solidarity empower community participation. There is a general governance of the Council, which has some potential resolute in relation to some community needs, but there isn't governance over certain actions by the complexity of the problems identified. Many challenges need to be overcome and pointing to the need for instrumentalization of directors. It is indicative that the LHC is more inclusive. Local health planning, with the involvement of the LHC, transformed the work process in the FHS, giving new meaning to the local health practices.

Key Words: Health Planning; Participatory planning; Family Health Strategy; Local Health Council.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não-governamental
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PBE	Prática Baseada em Evidência
PMAQ	Programa de Melhoria e Acesso de Qualidade
PMAQ-AB	Programa de Melhoria e Acesso de Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PLS	Planejamento Local de Saúde
PS	Plano de Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
PUBMED	National Library of Medicine and National Institutes of Health
RAG	Relatório Anual de Gestão
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SOAF	Sociedade de Assistência a Criança
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCLO	Termo de Consentimento Pós- Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
URCA	Universidade Regional do Cariri

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	Imagem da Praça da Igreja Fotografia: Flavio Leite	37
FIGURA 02	Desenvolvimento da análise Hermenêutica e Dialética.	45
FIGURA 03	Imagens dos envelopes para agrupamento das Unidades de Sentido	48
FIGURA 04	Entrecruzamento das narrativas do Grupo Focal 1 – Trabalhadores de saúde	48
FIGURA 05	Entrecruzamento das narrativas do Grupo Focal 2 – Usuários	49
FIGURA 06	Entrecruzamento das narrativas do Grupo Focal 3 – Usuários	49
FIGURA 07	Entrecruzamento das Unidades Analíticas entre os Grupos I, II e III (22 pessoas)	49
FIGURA 08	Expressão das demandas e necessidades comunitárias no território da ESF.	57
FIGURA 09	Relações Solidárias e o Encontro entre trabalhadores e usuários no CLS.	62
FIGURA 10	A Conferência Municipal de Saúde como propulsora da criação do CLS	65
FIGURA 11	O PMAQ e sua contribuição para a equipe com abertura à participação comunitária	67
FIGURA 12	A Equipe de Saúde Motivada: Responsabilização e Mobilização para a Ressignificação do cuidado	69
FIGURA 13	Os sujeitos e a representatividade na formação do CLS	72
FIGURA 14	O fluxo de renovação dos conselheiros operando o fortalecimento do CLS	74
FIGURA 15	Dificuldades e fragilidades enfrentadas no processo de organização do CLS	77

FIGURA 16	A Mobilização motivada e os enfrentamentos cotidianos comunitários	81
FIGURA 17	Sentidos, valores e empoderamento comunitário no Conselho Local de Saúde	92
FIGURA 18	O agir solidário e a conquista pela mobilização comunitária	94
FIGURA 19	O CLS no território da ESF: participação, envolvimento e solidariedade comunitária	103

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Seleção dos artigos encontrados nas bases de dados PUBMED, LILACS, COCHRANE e CINAHL de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.	31
QUADRO 2	Síntese das evidências nos artigos sobre planejamento em saúde	32
QUADRO 3	Composição amostral dos Grupos representativos dos participantes do estudo. Milagres, CE, 2016	39
QUADRO 4	Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Trabalhadores de Saúde (Grupo Focal 1 - GF1). Milagres, CE, 2016.	40
QUADRO 5	Quadro 5 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Usuários de Saúde (Grupo Focal 2 - GF2). Milagres, CE, 2016.	40
QUADRO 6	Quadro 6 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Usuários de Saúde (Grupo Focal 3 - GF3). Milagres, CE, 2016.	41
QUADRO 7	Quadro 7 - Identificação das Unidades de Sentido. Milagres, CE,2016.	46
QUADRO 8	Quadro 8 – Categorias e sub-categorias empíricas do estudo. Milagres, CE,2016.	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Implicações da pesquisadora com o tema	18
1.2 Objeto de estudo e contextualização	18
1.3 Justificativa	21
1.4 Relevância	22
1.5 Questionamentos	23
2 OBJETIVOS	24
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 Planejamento no Sistema Único de Saúde: concepções e desafios na ESF	25
3.2 Planejamento Local em Saúde: revisão integrativa e evidências	29
4 MÉTODO	36
4.1 Tipo de Estudo	36
4.2 Local de Estudo	37
4.3 Sujeitos da Pesquisa	39
4.3.1 Relações entre os sujeitos, contexto e objeto de estudo	41
4.4 Técnicas, instrumentos e procedimentos da coleta dos dados	42
4.5 Análise dos dados	44
4.6 Aspectos Éticos	52
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
5.1 Contextualização	53
5.2 CLS como espaço de participação e expressão das demandas comunitárias	53
5.3 Conselho Local de Saúde como dispositivo de relações solidárias entre	58

trabalhador de saúde e usuários para melhorias na comunidade

5.4 Contexto histórico e social da construção e organização do Conselho Local de Saúde	63
5.4.1 A Conferência Municipal de Saúde como propulsora da criação do CLS	63
5.4.2 Contribuição do PMAQ para a equipe no processo de abertura à participação comunitária	65
5.4.3 Formação do CLS a partir da tomada de decisão da equipe frente às necessidades de saúde da comunidade	67
5.4.4 A representatividade e a participação dos sujeitos na formação do CLS	69
5.4.5 O fortalecimento do CLS e da participação comunitária com a renovação dos conselheiros	72
5.4.6 Dificuldades enfrentadas no processo de organização do CLS	74
5.5 Sentidos, valores e empoderamento comunitário no CLS	77
5.5.1 Motivações para mobilização e participação social	77
5.5.2 Participação comunitária e envolvimento	82
5.5.3 Valores ético e simbólico no processo de planejamento local em saúde	84
5.5.4 Atitude, união e empoderamento comunitário	88
Um caso especial: a aquisição de uma cadeira de rodas como conquista da mobilização comunitária	92
5.6 Resultados do Planejamento Local em Saúde: interrogações, limites e desafios	95
5.6.1 É possível construir a governabilidade na participação comunitária?	95
5.6.2 É possível resolver as demandas da comunidade pelo planejamento local em saúde?	97
5.6.3 É possível envolver o usuário do SUS no planejamento em saúde?	99
5.6.4 É possível incluir o planejamento em saúde no processo de trabalho da ESF?	100
5.6.5 É possível ressignificar a solidariedade na participação comunitária das ações de saúde?	101

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

104

REFERÊNCIAS

109

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

1.1 Implicações da pesquisadora com o tema

A condução da vida acadêmica da pesquisadora, na Universidade Regional do Cariri (URCA), foi influenciada pela participação em movimentos sociais, desde seu envolvimento com a política estudantil a projetos institucionais de natureza acadêmica como pesquisas, trabalhos de extensão em comunidades, de caráter solidário, e projetos extra-institucionais com o envolvimento em organizações não governamentais. Esse enveredamento foi impulsionado pela valorosa contribuição de uma grande mestre do curso de enfermagem que apontou na graduação um caminhar voltado para as questões sociais e para as múltiplas relações com sujeitos no campo do cuidado.

A aprendizagem na graduação conduziu a prática profissional com o desejo iminente de provocar mudanças operacionais no território vivo de trabalho. No movimento contínuo, a especialização em Saúde da Família, na URCA, contribuiu para a instrumentalização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). Mais tarde a especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde conduziu a pesquisadora para o campo da gestão e planejamento, instigando a ampliação do conhecimento e ativando um trabalho dinâmico em nível local na ESF.

A inserção profissional no município de Milagres-CE, território de residência da pesquisadora, onde construiu sua história de vida em meio a vínculos familiares e afetivos, conduziu o desejo de contribuição para a transformação deste espaço. Ser da terra em que se trabalha conduz a um sentimento de pertencimento que empodera e incentiva a realização de boas práticas, pelo desejo de transformar o espaço a que se pertence.

Milagres é um município de pequeno porte, sem muito poder econômico, está no semiárido cearense e encontra-se, como muitos dos municípios do país, em dificuldades sociais e política. Apesar das adversidades, o território é de povo forte, criativo e batalhador que não foge a lutas e busca dias melhores. Tem na sua religiosidade e na cultura histórias de fé, arte e perseverança que movimentam as comunidades locais.

Como profissional da ESF, vivencia-se em mais de uma década várias mudanças que foram ocorrendo no Sistema Único de Saúde (SUS) e os novos processos relacionais que foram conduzindo as diversas práticas de saúde. A pesquisadora é enfermeira no território da ESF I Rosário, em Milagres, há doze anos. A vivência cotidiana com a equipe e comunidade,

os vínculos construídos por muitos anos, estimularam processos de troca, de reflexão e participação, além de toda a contribuição para o amadurecimento pessoal e profissional.

Em 2014 veio a tão esperada oportunidade do ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), nucleadora URCA, fomentando a abertura e a ampliação de instrumentalização para o trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS) na ESF, a fim de conduzir um processo de trabalho com visão integral, ativo e estimulando práticas de saúde inovadoras. O MPSF vem a contribuir com a implementação do que realmente se objetiva com as políticas públicas de saúde, para a população assistida, consolidando um retorno ao campo de atuação do discente.

O envolvimento com o campo de trabalho conduziu ao desejo e ao despertar pelo objeto de estudo desta pesquisa, que emergiu destes lócus. A temática em questão funde o objeto e o pesquisador em um movimento intersubjetivo, em que o distanciamento não permitiria a compreensão do processo e da dialética das relações entre os sujeitos, das questões sociais e do cotidiano investigado.

Em nível local, um Conselho de Saúde instalado no território da ESF desvelou novas relações, provocando uma maior integração entre trabalhadores e usuários. De forma analítica tem-se ciência do encontro desses sujeitos em torno do processo de produção do planejamento, mas se tornou instigadora a sua compreensão e a análise dos resultados que tal fenômeno vem produzindo ou não neste território.

Muitos pensamentos, reflexões e estranhamentos promoveram esse despertar. Processo, fruto de trabalho, baseado em construções significativas que impactou de tal forma que conduziu esta pesquisa.

1.2 Objeto de estudo e contextualização

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a compreensão do processo participativo do Conselho Local de Saúde no território da Estratégia Saúde da Família. A análise pautou o planejamento das ações de saúde na comunidade, as relações cotidianas e atos solidários entre conselheiros e trabalhadores da equipe de saúde. Enfatiza-se um movimento de construção social que inova e ressignifica o envolvimento social nas políticas públicas de saúde.

O planejamento em saúde tem sido uma ferramenta de gestão indispensável para o direcionamento adequado de ações no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, e como instrumento a nível local nos municípios, sua construção coletiva baseada em análise

situacional, com a contribuição de vários atores, pode definir direcionamentos e estratégias para que as equipes de saúde organizem o seu serviço (BRASIL, 2012).

A Lei nº 8.080/90 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011. Nesse documento oficial que rege o funcionamento da atenção à saúde no País, se expressam as diretrizes organizacionais do planejamento e assistência à saúde em uma articulação interfederativa, estabelecendo que o planejamento da saúde é ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2013).

Entre as diretrizes e pressupostos do planejamento para o SUS estão: o desenvolvimento de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo; é de competência dos gestores federal, estadual e municipal, em seu âmbito administrativo, formular, gerenciar, implementar, monitorar e avaliar o processo permanente de planejamento e a gestão do SUS; o seu processo ascendente, baseado em necessidades e problemáticas locais nos municípios e das necessidades de saúde da população; a elaboração dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal e as Programações Anuais de Saúde, observando as Diretrizes estabelecidas pelos Conselhos de Saúde; deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite; o deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde (BRASIL, 2016).

A Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que estabelece as diretrizes e normas para a sua organização, propondo a ESF para sua ampliação e consolidação. No condizente ao processo de trabalho, é responsabilidade da equipe a realização do planejamento local em saúde, o monitoramento e avaliação das ações executadas no território de atuação (BRASIL, 2012 b).

Entre as diretrizes da Atenção Básica (AB) a indicação de estimular a participação popular na orientação e organização dos serviços pode favorecer práticas de cuidado mais centradas no usuário e fortalecer o controle social. A inclusão dos usuários no processo de trabalho da ESF pode fortalecer as práticas de saúde, conformando o planejamento como um instrumento qualificador do processo de gestão utilizado cotidianamente para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) que emergiu inicialmente como um programa em 1994, incorporando os princípios do SUS, assume um patamar de conduzir a orientação da Atenção Básica no país. Trabalha com a definição de território com indivíduos e famílias a ele pertencentes, fomenta a criação de vínculos entre trabalhadores e usuários,

preconiza a realização de diagnóstico de saúde a partir da identificação de problemas e situações de risco da comunidade, orienta a realização do planejamento local com a participação da comunidade, incentivando a corresponsabilidade e objetiva a melhoria da qualidade de vida local (OLIVEIRA et al., 2015).

A ESF é um território ímpar, com peculiaridades que a torna um espaço propício para a construção do controle social e do planejamento participativo, entre esses aspectos estão: atuação intensa de vários sujeitos; ambiente de demandas de atenção e de resolutividades; proximidade com a realidade local da comunidade que pode permitir a população acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas, ampliando ainda mais a descentralização das decisões através de mecanismos democráticos e participativos (SORATO et al. , 2010).

A participação da comunidade no SUS foi regulamentada pela Lei n.8.142/90, que estabelece as Conferências e os Conselhos de Saúde após um longo processo de lutas sociais em torno do direito à saúde, conduzido pelo Movimento de Reforma Sanitária e a resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde (BRASIL, 2009).

A partir da sua regulamentação, a participação da comunidade no SUS tornou-se elemento de referência, destacando-se como um diferencial em documentos, leis e políticas instituída como princípio, estratégia, meta e direito, devendo ser promovida por todos os atores envolvidos. Sua menção está nas normas operacionais básicas; o Pacto pela Saúde: em Defesa da Vida, de Gestão e em Defesa do SUS; na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); na PNAB; na Política Nacional de Humanização (PNH), entre outros (BRAVO et al., 2012).

Os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo, que devem garantir à sociedade o direito de participar e intervir na gestão, sendo seu funcionamento premissa para a aprovação e repasse de recursos financeiros federais aos estados, Distrito Federal e municípios (OLIVEIRA et al., 2010).

O controle social no SUS foi assim institucionalizado através dos Conselhos de Saúde, que têm importante papel na descentralização das ações de saúde, onde devem ser cumpridos os princípios de promoção da participação da população. Na prática esses espaços não vêm assegurando de fato a participação social, que se encontra fragilizada, seja pela incipiente representatividade dos usuários, pelo desconhecimento da população proveniente das poucas iniciativas de divulgação, levando a uma baixa adesão da população nos processos decisórios locais; seja por interesses políticos na escolha de conselheiros e ou pela

manutenção dos conselhos apenas em caráter figurativo, para cumprimento de exigência legal para a gestão e financiamento dos serviços de saúde (DURAN et al. 2014; OLIVEIRA et al.2015; ZAMBON et al.2013).

Uma das possibilidades de efetivação da participação social nos espaços das ESF, configurando o processo de democratização do sistema de saúde para a sociedade brasileira nas decisões a nível local, são os Conselhos Locais de Saúde (CLS). O CLS é um espaço não institucionalizado, menos formal e burocratizado, considerado um ambiente para exercício de cidadania e potencial gerador de mudanças sociais e de melhoria das condições de vida da comunidade. Esse espaço informal é ideal para a manifestação das demandas da comunidade e deve ser considerado como um potente instrumento de planejamento, de ouvidoria, de corresponsabilização e de democracia participativa (BUSANA et al., 2015).

Nesse sentido, indica-se que a proposição do planejamento participativo das ações na ESF pode ser efetivada pelo CLS através do exercício do controle social dos seus integrantes contribuindo para a conformação dos princípios do SUS e proporcionando mudanças na atenção à saúde (MARTINS et al., 2012).

Planejamento participativo é um instrumento que adotado como prática social exerce um forte poder de agregação de pessoas e grupos, os quais passam a compreender e conviver com os anseios dos outros atores sociais. Ele auxilia o trabalho comunitário por meio de discussões e exercícios que ampliam a compreensão de uma realidade e fomenta a participação conjunta dos moradores, instituições governamentais e não governamentais, cria elos que promovem compromissos sociais (FRANCO, et al.2010; MATOS et al.,2010).

1.3 Justificativa

Justificativa pessoal, profissional e acadêmica – A capacitação permanente da profissional, através de especializações e do próprio mestrado, conduz a pesquisadora a objetivar que seu estudo seja um produto com aplicabilidade na sua prática cotidiana. A pesquisa inerente ao cenário que se vivencia pode produzir um retorno a esse lócus, tendo em vista a condução de transformações reais na comunidade que acolhe a pesquisadora.

Imbuída também pelo sentido do que se objetiva com um mestrado profissional, que além de fortalecer a formação científica do trabalhador de saúde para a tomada de decisões e para a gestão do processo de trabalho e do cuidado, articula elementos da educação, atenção, gestão e investigação no aprimoramento da ESF e do SUS com ênfase na

atenção básica. Há nesse sentido toda uma conexão do objeto de estudo com essas vertentes, que embasam a sua operacionalização.

Justificativa político-institucional – No cotidiano local, foi sentido pelos trabalhadores que compõem a equipe, bem como por membros da comunidade, a necessidade de modificar a conjuntura do cuidado oferecido a partir de práticas centradas no procedimento, que não impactavam satisfatoriamente na saúde da comunidade assistida. Iniciou-se um processo de planejamento local, no qual os usuários pudessem vir a ser protagonistas, assumindo corresponsabilidade na produção de saúde local.

Cruz et al. (2014), em seu estudo acerca do uso do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho da ESF, na Atenção Básica, identificam que o processo acontece em grande parte das equipes. Há a identificação de problemas, definição de prioridades, as equipes realizam autoavaliação com apoio institucional e utilizam dados para análise de situação de saúde, porém os autores constataram ainda práticas pouco integradas e sem menção a participação dos usuários no planejamento local.

Emerge o interesse para esta pesquisa a fim de compreender o processo de planejamento na ESF considerando a participação do Conselho Local de Saúde. O planejamento como categoria operacional do SUS, assim como o controle social estão limitados à representatividade, a implicação desta pesquisa é com a consolidação do planejamento participativo e com a inovação da gestão local.

1.4 Relevância

A relevância desse estudo está na possibilidade dessa experiência representar a ampliação do planejamento representativo, normativo, para o participativo estratégico na ESF. A partir da experiência do Conselho Local de Saúde, sendo um aporte para a orientação da prática de estímulo a participação social neste território; e, talvez, com a possibilidade de se expandir para outras realidades loco-regionais.

Conceitualmente, pressupõe-se que “um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de capacidade de direção entre o conjunto de pessoas de um Coletivo e não somente entre sua cúpula” (CAMPOS, 2000, p. 43). Portanto, o planejamento em saúde perpassa pela capacidade de governo que se operacionaliza por aptidões sociais para construção inerente a todos os membros de uma equipe (MATUS, 1993). Em sentido

fundamental, o SUS deve implementar a participação ressaltando os espaços e expressões da sociedade civil organizada (ACIOLI, 2005).

O processo de planejamento participativo amplia a visão dos trabalhadores para as reais demandas e vulnerabilidades da comunidade e pode direcionar um trabalho de promoção coletiva e individual que de forma qualitativa provoca mudanças reais no território e na vida das pessoas que o compõem. Talvez essa experiência possa impactar no modo de cuidar em saúde e provocar nos trabalhadores a sensação de pertença dos processos que possam fazer a diferença na esfera real e local onde o SUS acontece.

A articulação com os atores sociais inseridos no contexto dos serviços de saúde, em questão os trabalhadores de saúde ao Conselho Local de Saúde, pode auxiliar o processo de trabalho da equipe e a aproximação com a comunidade.

Torna-se importante a participação dos usuários nos espaços de controle social, e que estes sejam motivados pelo exercício da cidadania e melhoria da qualidade de vida da sua comunidade. Uma comunidade ativa e participante dos processos que se instalam em seu território pode favorecer mudanças significativas no modo de vida local.

Há a possibilidade da expansão dessa experiência no município através da divulgação desta pesquisa e estimulando a implantação de Conselhos Locais em outras equipes, com o apoio da gestão. Nesse estudo apontam-se aspectos importantes de aplicabilidade ao SUS, no âmbito do planejamento local participativo das ações de saúde na ESF.

1.5 Questionamentos

Quais as ações do Conselho Local de Saúde no território da Estratégia Saúde da Família?

Como se dão as relações entre conselheiros e trabalhadores da ESF na gestão e resolução dos problemas de saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a organização do Conselho Local de Saúde com ênfase no planejamento e participação no território da Estratégia Saúde da Família;

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as ações do Conselho Local Saúde no território da Estratégia Saúde da Família;
- Discutir a corresponsabilidade entre usuários e trabalhadores de saúde na gestão local e resolução dos problemas de saúde na comunidade.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Planejamentos no Sistema Único de Saúde: concepções e desafios na Estratégia Saúde da Família.

O planejamento em saúde é fundamental para melhorar o desempenho das políticas, a eficiência e a efetividade dos serviços, tendo em vista a atenção em saúde de forma integral com vistas à promoção da saúde. Sua contribuição vai desde a compreensão mais ampla das situações de saúde da coletividade para a construção das melhores ações para o seu enfrentamento. Se participativo, é ferramenta para a construção de consensos, com várias visões de mundo e com vários olhares para necessidades antes não valorizadas, com poder de impacto maior na resolutividade das ações propostas (CARDOSO, 2013).

O método de planejamento em saúde no SUS sofreu influência de métodos como o CENDES-OPS com enfoque normativo na área de saúde, principalmente quando se objetiva desenvolver ações e serviços para a racionalização de recursos escassos. Como exemplos têm-se as programações utilizadas no SUS, como a pactuação de serviços entre prestadores públicos e privados, que atuam em um determinado território, municipal ou regional (TEIXEIRA, 2010).

As correntes de planejamento em saúde que enfatizam o potencial do processo dialógico e a valorização da aprendizagem abordam o Pensamento Estratégico em Saúde, de Mário Testa; e, o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus (MATOS, et al., 2013).

O Pensamento Estratégico em Saúde, proposto por Mário Testa, discute a “tipologia de poder em saúde”, destacando-se o poder político, o técnico e o administrativo. O poder político representa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos; o poder administrativo são as atividades e os processos que implicam o manejo de recursos; e o poder técnico se define pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde (TEIXEIRA, 2010).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), concebido na década de 80 por Carlos Matus, é incorporado com adaptações ao planejamento em saúde no Brasil pela possibilidade de desenvolvimento de práticas de planejamento que combinassem a dimensão macro organizacional com a participação, em nível micro, dos diversos atores envolvidos em cada um dos momentos do processo. A flexibilidade desse enfoque permite a construção e desconstrução de planos de acordo com mudanças exigidas pela realidade social encontrada,

trabalha a partir do diálogo e da negociação, possibilitando o engajamento e contribuição de todos os atores no processo (KLEBA et.al, 2011).

Em um momento de reformas institucionais importantes para a efetividade do sistema de saúde, o Ministério da Saúde cria através de revisões das diretrizes do planejamento, um instrumento de gestão do SUS, o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), por meio da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. É uma estratégia para possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às ações de saúde desenvolvidas no SUS. Nessa última década esse é o instrumento posto que direciona o planejamento em saúde no país (BRASIL, 2009).

Entre os objetivos do PlanejaSUS estão pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; elaborar metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, incluindo monitoramento e avaliação contínua das ações implementadas e dos resultados alcançados; implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS, entre as três esferas de governo, e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; incentivar a participação social como elemento essencial do planejamento (BRASIL,2010).

Os instrumentos básicos do PlanejaSUS, definidos a partir desta perspectiva são: O Plano de Saúde (PS); a Programação Anual de Saúde (PAS); e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O PS é o instrumento que, a partir da análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, sendo estruturado em objetivos, diretrizes e metas. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções do PS e o RAG apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS (BRASIL, 2012c).

A extensão territorial do país, a multiplicidade do perfil epidemiológico brasileiro, as desigualdades na prestação dos serviços de saúde no tocante a atenção integral e acesso, tem dificultado a condução do processo ascendente de planejamento definido pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90. O planejamento e a organização das ações ainda são incipientes, principalmente nos municípios de médio e pequeno porte, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do SUS neste nível (BRASIL, 2013 d).

Vieira (2009) em seu estudo promove uma reflexão de que o planejamento ascendente, previsto na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990, não se concretizou, apesar de todos os esforços empregados. Observa-se a desarticulação entre as três esferas de governo, onde na maioria das vezes, o Ministério da Saúde define linhas estratégicas que não são estabelecidas por estados e municípios, gerando uma descontinuidade no processo que

não se efetiva. Há tensão entre as prioridades estabelecidas pela política de saúde e os benefícios propostos pela descentralização.

Muitos são os desafios existentes para a consolidação do planejamento em saúde no Brasil. Entre os desafios presentes na gestão do SUS está a implementação do planejamento ascendente na gestão do SUS, para sua consolidação como sistema único, e a manutenção do processo contínuo de planejamento, bem como o envolvimento dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Com a descentralização do SUS a gestão em saúde, principalmente em nível local, vem assumindo crescentes responsabilidades que impactam nos serviços de saúde e nas relações de trabalho dos profissionais que se inserem na APS (CAMPOS, 2012). O planejamento local participativo torna-se fundamental para a efetivação de um processo de trabalho que contemple as reais demandas na Estratégia Saúde da Família-ESF.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), que é considerada como uma das principais portas de entradas da rede de atenção à saúde do SUS, firma-se como modelo reorientador da APS, focando na comunidade e na família o cuidado em saúde e buscando impulsionar mudanças trouxe consigo, como um dos elementos potenciais a participação social reafirmando, assim, a saúde como um direito de todos e dever do Estado (BUSANA et al., 2015).

O território da ESF hoje assume um dinamismo de várias significações que se complementam. Além de ser uma delimitação de um espaço com uma população específica, do qual a equipe de saúde se apropria para realizar suas ações de saúde e organizar seu processo de trabalho, também é o próprio contexto de vida daquela comunidade com suas características sociais, políticas, culturais, religiosas, com seus determinantes sociais de saúde, com interações com outros espaços e está em permanente construção (SANTOS et al., 2010).

As relações e vínculos produzidos no processo do cuidado na ESF dão dinamicidade ao território, que se torna vivo e inerente à atenção a saúde daquela comunidade. O cuidado ao indivíduo além de ser integrado à família e a comunidade passa a ser também vinculado aos aspectos do território em que está inserido.

Para promover uma reorientação no processo de trabalho na AB, com potencialidade de impactar qualitativamente na saúde dos usuários e da coletividade, foi instituída a equipe da ESF como multiprofissional com atuação interdisciplinar, composta inicialmente por profissionais médico e enfermeiro generalistas ou especialistas em saúde da família, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico em saúde bucal

(BRASIL, 2012 b).

A associação de diferentes competências profissionais na equipe da ESF favorece a melhoria na qualidade da assistência, amplia a intervenção em saúde se aproximando de uma visão mais integral do cuidado às pessoas. Seu objeto de trabalho é o usuário em seu contexto comunitário, social e cultural (SORATO et al., 2015).

Nesse contexto a família torna-se alvo da vigilância à saúde e do planejamento da assistência, orientando o cuidado a partir do conhecimento da situação social das famílias do território, para a identificação de necessidades e implementação de intervenções. O planejamento do cuidado torna-se importante pelo diferencial de superação de um modelo centrado na doença e pela oportunidade de se efetivar uma prática de atenção à saúde com foco na promoção da saúde (SILVA et al., 2011).

O SUS e os próprios preceitos da ESF trazem em sua ideologia a gestão participativa, imbuída pelo princípio da participação social. A ação dos profissionais das equipes tem grande potencial mobilizador político, capaz de promover abertura e diálogo para esse fim, porém alguns estudos mostram as dificuldades na prática desses trabalhadores promoverem a inserção da participação social nos espaços e territórios da ESF (OLIVEIRA et al. 2015).

A participação social em saúde não deve se limitar apenas aos espaços instituídos pelo SUS, como os conselhos municipais e as conferências de saúde, é indicativo que se trabalhe nos serviços de saúde cotidianamente essa inserção. A participação popular deve ser trabalhada através do empoderamento dos sujeitos e na perspectiva da conquista da sua autonomia, com politização e democratização da gestão em saúde, segundo as necessidades do enfrentamento das condições de saúde (PAIVA et al. 2014).

Apesar de muitas dificuldades há uma potencialidade transformadora quando se efetiva a participação popular nos serviços locais de saúde. Quando essa participação ocorre no planejamento da ESF há uma ampliação na resolução de muitos problemas cotidianos, que conseguem ser visibilizados e encaminhados pela negociação entre os sujeitos do espaço de diálogo. A integração desses atores permite, em alguns casos, a criação de vínculos e parcerias e identificação de redes de apoio imprescindíveis para efetivação cotidiana de melhoramentos nas ações da saúde da família (CRUZ et al., 2014).

3.3 Planejamento Local em Saúde: revisão integrativa e evidências

As evidências científicas sobre Planejamento em Saúde e participação comunitária estão explicitadas na construção desta Revisão Integrativa. Com a realização do levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas e qualificadas, mapeamos as concepções, modelos e experiências em torno da temática investigada.

O planejamento como ferramenta de gestão, na esfera do Sistema Único de Saúde – SUS em todos os seus níveis – municipal, estadual e federal, tem sido cada vez mais incentivado a ser implementado nas práticas de saúde como uma premissa para a execução e praticabilidade das ações propostas (ANUNCIACÃO et al., 2011).

No planejamento pretendido pelo SUS é indicativo que ocorra o estabelecimento de prioridades por meio da análise situacional, que por sua vez oportuniza identificar, elaborar e priorizar problemas que precisam ser discutidos de acordo com as condições de saúde e os aspectos da gestão e gerenciamento local. Há a abertura de espaço para a interação entre os diversos atores inseridos nos respectivos contextos, promovendo um diálogo e reflexão sobre os problemas identificados para a formulação de estratégias de enfrentamento (BRASIL, 2013 c).

Nessa perspectiva, a ESF, que se tornou modelo preferencial de estruturação da atenção primária em saúde no SUS, é um território propício para o planejamento local em saúde, onde se amplia ainda mais a descentralização das decisões, oportunizando a população acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas (SORATO et al., 2010).

Conceituar planejamento em saúde tem demandado uma reflexão que o vem caracterizando além do cálculo que precede e preside a ação, como um processo social, um dispositivo, uma técnica, uma ferramenta de gestão, uma mediação entre as condutas políticas de uma organização e os processos relacionais dos trabalhadores e suas subjetividades, por que nessas perspectivas planejar tem orientado a ação humana, conduzida para o alcance de objetivos alinhados, se conformando assim como ação social (VILASBOAS et al., 2008).

O planejamento local em saúde é um dispositivo que pode gerar um processo dinâmico, desafiador e potencializar o acesso e a integralidade da atenção, mas historicamente a efetivação e avaliação das políticas públicas, têm se organizado de forma centralizada, fragmentada e imposta de cima para baixo (OLIVEIRA et al., 2010).

Nesse sentido, apresenta-se a análise de artigos científicos relacionados com o objeto de estudo, com fins de responder a seguinte questão norteadora: “Como se dá o

planejamento local em saúde?” E tem como objetivo investigar a produção científica e compilar o conhecimento produzido para o embasamento de práticas baseadas em evidências.

Opta-se por uma revisão integrativa, instrumento da prática baseada em evidência –PBE que possibilita a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo e a síntese do conhecimento produzido acerca de determinada temática (MENDES et al., 2008).

Foram percorridas as seguintes etapas para a realização da revisão: definição do problema de revisão com a elaboração da questão norteadora e estabelecimento de descritores e mesh terms; determinação de critérios para inclusão/exclusão de artigos; seleção da amostra; categorização dos estudos; síntese dos achados evidenciados nos artigos analisados, discussão dos resultados e apresentação da revisão.

Os critérios de inclusão para a seleção das publicações foram: possuir como temática central planejamento em saúde; estar disponível eletrônica e gratuitamente na íntegra; divulgado em inglês, espanhol ou português; indexados nas bases Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cochrane. Foram excluídos os editoriais, e cartas ao editor. O ano de corte inicial para a seleção dos estudos foi de 2010, a busca incluiu portanto estudos de 2010 a 2015.

Utilizou-se os descritores: Na LILACS e COCHRANE “planejamento em saúde”. Nas bases de dados PUBMED e CINAHL, após alguns cruzamentos em busca avançada, definiu-se como resultado a interseção do descritor “mesh terms” : community health planning” (planejamento comunitário em saúde).

A busca ocorreu no mês de julho de 2015, resultando em 419 referências levantadas nas quatro referidas bases de dados. Para seleção da amostra, foram lidos os títulos e resumos, realizando a seleção dos que se enquadravam na temática. Após leitura minuciosa dos títulos e resumos foram selecionados 11 artigos que se encontravam disponíveis na íntegra. Após leitura dos 11 artigos, verificou-se que destes apenas cinco atendiam aos critérios de inclusão mencionados. Os resultados dos artigos encontrados nas bases de dados podem ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1: Seleção dos artigos encontrados nas bases de dados PUBMED, LILACS, COCHRANE e CINAHL de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

CRUZAMENTO	PUBMED	LILACS	COCHRANE	CINAHL
Artigos selecionados	194	147	65	13
Títulos e resumos	05	16	-	03
Artigos na íntegra	03	07	-	01
Seleção após a leitura	01	04	-	-

Procedeu-se à análise dos cinco artigos na íntegra, com investigação de dados como tipo de estudo, objeto de estudo e como ocorre o planejamento local. Foram identificados dois aspectos que tratam do planejamento centralizado na equipe de saúde e do planejamento realizado com a participação do usuário.

A análise dos dados exigiu tradução, leitura e releitura dos artigos. Segue abaixo em forma de quadro a síntese das evidências nos artigos sobre planejamento local em saúde.

Quadro 2: Síntese das evidências nos artigos sobre planejamento local em saúde.

AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETO DO ESTUDO	COMO OCORRE O PLANEJAMENTO LOCAL?
SARTI et al., 2012	Ecológico, retrospectivo de análise de dados secundários	Avaliação da implementação de ações e ferramentas essenciais para o planejamento local pelas equipes ESF do Espírito Santo, Brasil, com base nos indicadores do AMQ-ESF.	Predominantemente centralizado na equipe. Participação do usuário pouco expressiva
ADDUM et al., 2011	Estudo de caso	A identificação e a condução dos problemas ambientais do território coberto pela Equipe Saúde da Família do Alto Caxixe, em Venda Nova do Imigrante – ES, relacionados às doenças infectoparasitárias, em especial às enteroparasitoses.	Centralizado na equipe. Não há Participação do usuário.
DALCIN et al., 2010	A pesquisa exploratória descritiva desenvolvida a partir da triangulação de métodos	Identificação das etapas do processo de Planejamento Local em Saúde- PLS desenvolvidas nas USF do município de Joinville – SC no ano de 2007, e a análise da percepção dos trabalhadores de saúde das ESF em relação à sua motivação para a aplicação do PLS como instrumento de trabalho.	Predominantemente centralizado na equipe. Participação do usuário não efetiva
ANUNCIACÃO e SOUZA, 2011	Estudo qualitativo	A Análise das percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde com base em seu processo de construção em um município do Recôncavo da Bahia para o quadriênio 2010-2013.	Predominantemente centralizado na equipe. Participação do usuário ocorre de modo parcial, considerada como pseudoparticipação
BAATIEMA et al., 2013	Estudo qualitativo	Avaliação da participação aplicada a um planejamento baseado em Saúde Comunitária e Serviços Programa (CHPS) em Gana rural.	Considera a participação do usuário efetiva no planejamento

Os achados desta revisão resgataram publicações realizadas entre o ano de 2010 e 2013. De acordo com os dados expostos no Quadro 2, observou-se que predominou como objeto de estudo a avaliação do planejamento, dois (40%), e a identificação de etapas e de problemas através do planejamento, dois (40, %), e a análise de percepção um (20%). Em relação ao tipo de estudo, a maioria das publicações são de abordagem qualitativa, quatro (80%).

Foi evidenciado de uma maneira geral que o planejamento em saúde é uma ferramenta considerada indispensável tanto para a gestão municipal, quanto para a efetivação do processo de trabalho das equipes de saúde, assumindo a função de contribuir para que o SUS responda com qualidade às demandas e necessidades de saúde da população (ANUNCIACÃO et al., 2011).

Os estudos destacaram o papel decisivo do planejamento para viabilizar tanto a oferta quanto o acesso a um atendimento mais eficaz/efetivo para a população e como dispositivo motivador para os trabalhadores nos espaços coletivos, tendo em vista que quando se planeja, se prioriza as necessidades e demandas, otimizando a assistência (ADDUM et al., 2011; ANUNCIACÃO et al., 2011; BAATIEMA et al., 2013; DALCIN et al., 2010; SARTI et al., 2012;).

Estando clara a indicação nos artigos estudados acerca da relevância do planejamento nos serviços de saúde, discutimos então a questão norteadora desta revisão de como se dá o Planejamento Local em Saúde (PLS). O PLS encontra-se em um movimento de disseminação, é considerado como um dos instrumentos que possibilitam o desenvolvimento, na prática, da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Possibilita o diagnóstico da situação de saúde da população, sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes, a organização de intervenções para enfrentamento, a avaliação dos resultados alcançados, direcionando o trabalho dos profissionais com a participação da comunidade (DALCIN et al., 2010; SARTI et al., 2012).

O planejamento no nível local em saúde observado nos estudos acontece, em sua maioria, sem a efetiva participação comunitária, que pouco tem influenciado no cotidiano, na organização dos serviços e na resolução das necessidades da comunidade. Permanece ainda um cenário de centralização nas relações de poder, que se dá de forma vertical e desigual, onde nem todos os atores envolvidos no processo participam das decisões (ADDUM et al., 2011; ANUNCIACÃO et al., 2011; SARTI et al., 2012).

Anunciação et al. (2011), apontam em seu estudo que o planejamento a partir da construção do plano municipal de saúde pode estar alicerçado em três níveis de participação – “pseudoparticipação”, participação parcial e participação plena, sendo os dois primeiros participações veladas, sem a real parte de tomada de decisões pelos usuários, sendo a prática mais comum realizada pela gestão e profissionais de saúde. Sarti et al. (2012), trazem em seu estudo que além dessa participação incipiente da população ainda há uma carência de iniciativas para o planejamento das ações de saúde, resultando em um processo de trabalho

parcelar, pouco reflexivo e ancorado na resolução de problemas imediatos surgidos principalmente do contato da equipe com os usuários que demandam por atendimentos clínicos não programados.

Alguns fatores foram citados como prováveis aspectos que dificultam a realização de um planejamento efetivo que incorpore a participação popular em nível local, entre eles: as falhas existentes nos processos de educação permanente das equipes e a ausência da intersetorialidade. A formação dos profissionais muitas vezes não dá conta de qualificá-los para essa prática, para se realizar um planejamento local participativo em saúde é preciso que se adentre no cotidiano da população, ação esta que requer dos profissionais de saúde da ESF um olhar qualificado para a identificação destes problemas, além de exigir a utilização de um conjunto de tecnologias adequadas para se lidar com eles (ADDUM et al., 2011; BAATIEMA et al., 2013; DALCIN et al., 2010; SARTI et al., 2012).

A ausência da intersetorialidade, citada anteriormente, surgiu como um aspecto que dificulta a efetiva implantação do PLS, constituindo um entrave, pois muitas situações demandadas pelos usuários podem necessitar de apoio de outros setores públicos, instituições não governamentais e movimentos sociais. O profissional da ESF funciona como um ator preponderante na articulação entre os diversos setores que podem atuar no processo de intersetorialidade no serviço à saúde (ADDUM et al., 2011; BAATIEMA et al., 2013; DALCIN et al., 2010).

Em relação às tecnologias também abordadas estão os sistemas de informações em saúde, uma das ferramentas essenciais para a realização de um planejamento local efetivo, mas a situação apresentada em alguns estudos é a de dificuldade da equipe em utilizar este instrumento, conseqüentemente se tornando entrave para a organização e direcionamento de ações, bem como o monitoramento das intervenções apropriadas no cenário local. Identificamos nos estudos que falta maior conhecimento dos profissionais em relação aos dados que o sistema proporciona para a realização do planejamento, além de ser necessária a compreensão melhor das fichas, a importância do preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), assim como, a análise e discussão dos relatórios emitidos pelo sistema, pela coordenação e pela equipe de Saúde da Família (ADDUM et al., 2011; SARTI et al., 2012).

Identificou-se com esta revisão que apesar do PLS, na maioria dos casos, ser sistematizado de forma centralizada na equipe, os autores consideram, a partir de suas pesquisas, que quando ocorre de modo participativo pode ser mais efetivo tanto para articulação quanto para sua implementação. O processo de trabalho onde a equipe de saúde

elencar os problemas e as potencialidades em conjunto com a comunidade, pode estimular a organização de planos, que contemplem os verdadeiros anseios dos usuários no seu contexto local e fomentar a consolidação de respostas efetivas às necessidades de saúde da população. (BATIEMA et al., 2013; DALCIN et al., 2010; ADDUM et al., 2011; ANUNCIACÃO et al., 2011, SARTI et al., 2012).

Compreendeu-se que o planejamento local deve ter uma participação social ampla como alicerce de todo o seu processo, pois a centralização de decisões e a direcionalidade única de ações já não supre as novas necessidades de saúde da população. (ADDUM et al., 2011; ANUNCIACÃO et al., 2011; BATIEMA et al., 2013; DALCIN et al., 2010; SARTI et al., 2012).

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa tem natureza qualitativa numa perspectiva crítica e reflexiva. Os estudos de cunho qualitativo possibilitam a apreensão e a análise de uma determinada realidade social, contemplando sua dinamicidade e complexidade. Tendo em vista a natureza do objeto de estudo desta pesquisa a quantificação dos eventos não supriria sua análise (MINAYO, 2007).

O estudo qualitativo com o seu percurso analítico e sistemático torna possível a obtenção de um conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações de ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (MINAYO, 2012). A pertinência desse tipo de estudo se adequa ao propósito da temática pesquisada por que envolve a significativa compreensão do objeto analisado em conformação com a realidade posta no campo estudado. A abordagem qualitativa permitiu a aproximação da realidade social no CLS e na ESF, permeada de expressões, sentimentos e subjetividades de cada sujeito social presente no processo.

A pesquisa qualitativa tem implicações sociais, políticas, ideológicas e éticas, o que potencializam ainda mais a sua relação com o objeto de estudo em questão. Entre a abordagem e método de análise, neste estudo, optou-se pela hermenêutica dialética para síntese interpretativa dos processos cotidianos em sentidos compreensivos e críticos. Complementa-se que os significados e as intencionalidades são inerentes aos atos, às relações, e às estruturas [...] como construções humanas significativas (MINAYO, 2014, p. 22).

Considerando-se a natureza do objeto estudado que é a análise do planejamento em saúde no território da ESF a partir da inclusão da participação da comunidade por meio do Conselho Local de Saúde, fez-se pertinente a opção pela abordagem qualitativa. Assim, permite-se o aprofundamento e a abrangência da compreensão desse fenômeno, que envolve ao mesmo tempo um grupo social, uma organização, uma instituição e toda a sua representatividade, em um movimento de multiplicidade, que predispõe ao objeto desse estudo (MINAYO, 2014).

4.2 Local do Estudo

O cenário do estudo foi uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família, ESF I-Rosário, no município de Milagres, localizado na região sul do Estado, no Cariri, que fica situado a aproximadamente 475 km da capital e possui uma área de 608,07 km². Tem um único distrito, o Rosário, localizado às margens da CE-293, na via que faz a ligação entre a cidade de Milagres e a de Juazeiro do Norte. Apresenta clima tropical quente semiárido e bioma caatinga. A população estimada é de 28.316 habitantes, dos quais 13.926 são homens e 14.390 são mulheres. Faz parte da rede de atenção à saúde de Brejo Santo, 19^a Coordenadoria Regional de Saúde- CRES, e Macrorregião do Cariri, os municípios limítrofes são: Abaiara, Aurora, Barro, Brejo-Santo, Mauriti e Missão Velha (BRASIL, 2013b).



Figura 01 – Imagem da Praça da Igreja Fotografia: Flavio Leite

O nascimento do Município de Milagres se deu na localização expressa por essa figura, demarcada simbolicamente por um Cruzeiro que recebe a nomeação de Cruzeiro de Nossa Senhora dos Milagres.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família, foi em 1998 com 03 equipes de saúde da família, perfazendo uma cobertura de 42,90% da população. Em 2008 o município já contava com 06 equipes saúde da família com

04 equipes de saúde bucal, passando a uma cobertura de 66,12% e atualmente o município conta com 13 Equipes de Saúde da Família, com cobertura de 100% da população, são 69 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 08 Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2013c).

A rede de atenção à saúde no município de Milagres é organizada pela administração direta (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde) e orientada pela Atenção Primária em Saúde, tendo como dispositivos: 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Academia da Saúde em construção e a Farmácia Básica. (BRASIL, 2013c).

A Atenção Secundária local dispõe de 01 Hospital Municipal (pequeno porte, com 30 leitos), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Laboratório de Análises Clínicas e uma Clínica de Fisioterapia, Instituição filantrópica conveniada pelo SUS. A Atenção Terciária é referenciada dentro da Macrorregião de Saúde do Cariri.

A ESF I Rosário foi a primeira equipe implantada no Município, em 1998, seu território de abrangência compreende um distrito sede da Unidade Básica de Saúde (UBS), também denominado distrito do Rosário, Sítios Limoeiro, Capim, Picada, Veneza, Gameleira, Baixio do Rosário, localidades que foram agrupadas em 06 microáreas de abrangência.

O distrito recebe esse nome devido à comunidade ter uma igreja dedicada a Nossa Senhora do Rosário, onde todos os anos são realizados festejos em sua devoção, compondo parte da cultura da localidade. O distrito localiza-se à margem direita do Riacho dos Porcos, onde teve origem o Município de Milagres e encontra-se distante da sede 3 km.

A equipe é composta hoje por quatro agentes comunitários de saúde, enfermeira, médico, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, motorista, uma atendente de farmácia, uma atendente da unidade, três auxiliares de serviço. Moram na comunidade os ACS, o motorista, as atendentes e a técnica de saúde bucal. Há época da coleta eram seis agentes comunitários de saúde, dois se aposentaram. O número de famílias cadastradas é de 627, a população adscrita na ESF-I é de 1936 pessoas.

A ESF funciona em uma UBS, que se localiza no distrito. A equipe se desloca também para as microáreas adscritas, para realização de atendimentos. Esse modo de trabalho operacionaliza uma atenção à saúde de maneira descentralizada, favorecendo um melhor acesso as comunidades distantes.

O Conselho Municipal de Saúde foi implantado no município a partir de 1993 e regulamentado através da Lei Municipal 4.376/93, que reestruturou as representações dos

conselheiros em nível municipal e o compromisso de participação popular através das Unidades de Saúde.

Há apenas um Conselho Local de Saúde no município, este vinculado a ESF-I Rosário, justificando-se a escolha desta estratégia como local para a realização deste estudo. O CLS implantado há três anos é uma realidade localizada.

4.3 Sujeitos da pesquisa

A composição do conselho local de saúde à época da coleta era constituída por 26 conselheiros, dos quais 18 são usuários, 02 trabalhadores de nível superior (Odontólogo e Enfermeira) e seis trabalhadores de nível médio (05 agentes comunitários de saúde e 01 técnica de enfermagem).

Os critérios para seleção dos participantes foram: Usuários, serem integrantes do Conselho Local de Saúde; para os trabalhadores de saúde, integrar a equipe de saúde da família do território em estudo e serem integrantes do CLS.

Participaram do estudo 22 sujeitos, usuários e trabalhadores de saúde da ESF I - Rosário. Os grupos representativos da pesquisa e a amostra de participantes do estudo foram divididos em três: usuários, trabalhadores da ESF de nível superior e de nível médio.

Quadro 3 – Composição amostral dos Grupos representativos dos participantes do estudo, Milagres, Ceará, 2016.

Grupos representativos	Amostra
Usuários integrantes de conselho local de saúde	16 conselheiros usuários
Trabalhadores de nível superior da ESF	01 odontólogo
Trabalhadores de nível médio da ESF	05 agentes comunitários de saúde

Foram excluídos da amostra 04 integrantes: a enfermeira da equipe, que é a pesquisadora, a técnica de enfermagem e dois usuários que não puderam participar por estarem em outras atividades no momento da coleta.

A composição final da amostra se definiu pela saturação teórica e temática, ou seja, pela convergência comum de assuntos, pela recorrência, expressividade e relevância das unidades de sentido que permitiram a compreensão e interpretação final do objeto de estudo da pesquisa (FONTANELLA et al., 2008).

Os sujeitos compuseram os grupos focais e suas narrativas, estão identificadas de acordo com a ordenação da realização da coleta, e descritos por sua representatividade amostral, de modo a diferenciá-los. Desse modo, os participantes do primeiro Grupo Focal composto por trabalhadores de saúde, a identificação das narrativas foi codificada como “Grupo Focal 1 – Trabalhador de Saúde 01 até Trabalhador de Saúde 06”; para o segundo Grupo Focal, composto por Usuários, “Grupo Focal 2 – Usuário 01 até Usuário 11”; e, finalmente, o terceiro Grupo Focal também com Usuários, “Grupo Focal 3 – Usuário 01 até Usuário 05”.

Quadro 4 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Trabalhadores de Saúde (Grupo Focal 1 - GF1). Milagres, CE, 2016.

	Sexo	Idade (anos)	Função/Ocupação	Tempo de atuação na ESF	Formação
1	M	35 A	Odontólogo	8 anos	Graduação em Odontologia
2	F	32 A	ACS	6 anos	Ensino Médio
3	F	42 A	ACS	17 anos	Ensino Médio
4	F	44 A	ACS	14 anos	Técnica de enfermagem/ Graduação em Saúde Pública/ Graduanda em Assistência Social
5	M	32 A	ACS	6 anos	Ensino Médio
6	M	65 A	ACS	25 anos	Ensino Médio

Quadro 5 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Usuários de Saúde (Grupo Focal 2 - GF12). Milagres, CE, 2016.

	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Tempo de residência	Atuação comunitária
1	M	65 A	Ensino Fundamental	Aposentado	07 anos	Agricultor
2	M	37 A	Ensino Médio	Agricultor	30 anos	Associação de agricultores/ Movimento na Igreja
3	F	33 A	Ensino Médio	Autônomo	33 anos	Movimento Igreja
4	F	34 A	Ensino Médio	Do Lar	24 anos	Movimento Igreja
5	F	39 A	Ensino Médio	Do Lar	39 anos	Movimento Igreja
6	M	61 A	Ensino Médio	Comerciante	61 anos	Associação de Agricultores
7	F	48 A	Ensino Médio	Artesã	25 anos	Liderança religiosa
8	F	31 A	Ensino Médio	Artesã	15 anos	Delegada Sindical dos trabalhadores Rurais
9	F	23 A	Graduada	Professora	23 anos	Grupo de jovens
10	F	23 A	Ensino Médio	Do lar	15 anos	Sindicato dos trabalhadores rurais
11	F	35 A	Ensino Médio	Do lar	17 anos	Sindicato dos trabalhadores rurais

Quadro 6 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Usuários de Saúde (Grupo Focal 2 - GF12). Milagres, CE, 2016.

	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Tempo de residência	Atuação comunitária
1	F	27 A	Ensino Médio	Do Lar	15 anos	Movimento de Igreja
2	M	29 A	Graduando em pedagogia	Conselheiro Tutelar	29 anos	Conselheiro Tutelar Movimento de Igreja
3	F	50 A	Ensino Fundamental	Do Lar	30 anos	Movimento de Igreja
4	F	33 A	Ensino Médio	Do Lar	33 anos	Voluntária ONG
5	F	27 A	Ensino Médio	Comerciante	27 anos	Movimento de Igreja

4.3.1 Relações entre os sujeitos, contexto e objeto de estudo

Os usuários são os sujeitos que recebem a atenção em saúde pelos trabalhadores através dos serviços ofertados pelo SUS. No momento da configuração atual da APS, são também protagonistas quando exercem participação ativa no processo de produção de saúde, desempenhando papel de corresponsabilidade (GRISOTTI et al.,2010).

Os trabalhadores da ESF, de nível superior e médio, estão envolvidos com o processo de trabalho na APS. Os trabalhadores de saúde são sujeitos que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter, ou não, formação específica para o desempenho de funções respectivo ao setor (BRASIL, 2009).

As relações entre trabalhadores e usuários no território em estudo são de aproximação cotidiana. No processo relacional há escuta, compartilhamento de decisões e envolvimento dos sujeitos na condução das práticas do cuidado em saúde, em nível local. Essa dimensão que conduz esses processos reflete o modo de planejamento da equipe, que se operacionaliza com o coletivo.

Há na prática uma significação diferenciada sobre o planejamento entre os trabalhadores da mesma equipe. Historicamente o planejamento e a condução da equipe vêm sendo atribuído ao profissional enfermeiro, que ao longo do tempo vem se imbuindo desse processo e operando uma lógica de trabalho diferente das demais classes. Cotidianamente, o enfermeiro desenvolve ações de condução de reuniões de equipe, fomenta atividades de escuta, se apropria do contato maior com usuários e demais membros da equipe, que repercutem em sua relação mais próxima com o processo de planejamento participativo.

4.4 Técnicas, instrumentos e procedimentos da coleta de dados.

A coleta de dados, propriamente dita, ocorreu no período de fevereiro a julho de 2016. Foram utilizadas para coleta dos dados as seguintes técnicas: *observação sistemática*, *levantamento documental* e *grupo focal*. O planejamento e a organização dessas técnicas nortearam a condução da pesquisa de campo.

As técnicas de coleta de dados descritas abordam a temática com múltiplas possibilidades de participação dos sujeitos do estudo. A observação e o levantamento documental tiveram como instrumentos os roteiros com questões norteadoras para a sistematização do que se objetivou investigar (APÊNDICES A e B). O grupo focal teve como instrumento o temário pertinente ao objeto de estudo (APÊNDICES C e D).

A *observação sistemática* é um instrumento que pode ser utilizado na abordagem qualitativa e requer um roteiro para organizar e enfatizar o que se pretende investigar, sendo necessário um diário de campo que sirva de ferramenta para o registro das impressões e informações do pesquisador (FLICK, 2009).

A observação foi realizada no cotidiano das reuniões do CLS e de planejamento mensal da equipe de saúde, seguindo um roteiro norteador com as temáticas elucidadas pela pesquisa, utilizando um diário de campo para anotações e impressões da pesquisadora, que acompanhou o cotidiano do movimento do CLS, frequentando dez reuniões e participando dos eventos promovidos.

O uso do levantamento documental em pesquisa possibilita ampliar o conhecimento sobre objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. O levantamento e a análise documental em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social, favorece a observação do processo de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

O *levantamento documental* foi necessário, pois como a investigação analisou equipamentos sociais como o Conselho local e a Estratégia Saúde da Família, fez-se necessário recorrer aos registros de documentos referentes à sua implantação, organização e funcionamento. Desta forma, o levantamento prévio dos documentos, enquanto fonte secundária, selecionou o documento descrito a seguir:

- DOCUMENTO 1: Livro Ata do Conselho Local de Saúde do Rosário – 2013 a 2016 do Município de Milagres – CE, 2016.

Para acesso ao material em questão, foi solicitada permissão através do termo fiel depositário (APÊNDICE G). O levantamento foi realizado com base na análise dos conteúdos registrados nas atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, correspondentes ao período de funcionamento entre outubro de 2013 a junho de 2016.

A análise documental das atas serviu de base para o conhecimento dos assuntos abordados nas reuniões, demonstrando a participação dos conselheiros e suas contribuições ao longo desse período.

Conceitualmente, o *grupo focal* se caracteriza num tipo de entrevista coletiva ou conversa em pequenos grupos com perfil homogêneo, visando obter informações, aprofundar a temática pesquisada, promovendo a interação entre os participantes, com temário e roteiros próprios que deve ser facilitado por um coordenador que seja capaz de promover a participação de cada um. Por proporcionar espaço de discussão e de troca de experiências em torno de determinada temática, esta técnica de coleta vem sendo muito utilizada em pesquisas qualitativas (MINAYO, 2014).

Por opção desse estudo, a técnica do grupo focal permite a formação, expressão de opiniões e atitudes através do diálogo e interação com os sujeitos durante sua aplicação, além de sua eficiência em aprofundar questões subjetivas e de processos relacionais e sociais. A discussão em grupo, promovida pela dinâmica desta técnica, pode fomentar a comparação e a complementariedade dos dados obtidos pela observação e levantamento documental (LERVOLINO et al., 2001).

O grupo focal foi aplicado em três sessões, sendo uma com trabalhadores de saúde e duas com usuários, permitindo uma interação mais intensa no campo empírico junto a esses sujeitos que fazem parte do CLS e permeiam o objeto de investigação. A primeira sessão realizada com seis trabalhadores deu-se na sede da Unidade Básica de Saúde- ESF I Rosário; A segunda sessão foi realizada em uma sede de uma associação de agricultores no sítio Gameleira, microárea do território de abrangência da equipe, da qual participaram onze usuários do conselho que residem nessa localidade, que por homogeneidade foram reunidos e compuseram o segundo grupo focal. A terceira sessão foi realizada também na sede da Unidade Básica de Saúde- ESF I Rosário, com a participação de usuários do distrito do Rosário e do sítio Limoeiro, que têm menor representação e assim foram agrupados, constituindo cinco participantes.

A duração média das sessões foi de 45 minutos a uma hora e a discussão foi orientada pelo temário. Utilizou-se gravação das narrativas, armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos participantes através do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E) e do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCLO) (Apêndice F). Durante a realização, um observador realizou as anotações sobre a dinâmica dos participantes no grupo.

Nesta pesquisa, a técnica do grupo focal permitiu o aprofundamento da compreensão do envolvimento desses sujeitos e os processos relacionais com o objeto de estudo. As vivências, os relatos, os anseios e o sentimento de pertencimento expresso pelo grupo, confirmaram o adequar da técnica à dinamicidade da pesquisa. Os sujeitos responderam atenciosamente à solicitação para participação nos grupos focais, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo, suas intenções e riscos.

4.5 Análise dos Dados

A análise de dados tem como base os pressupostos da hermenêutica e dialética, dissertados por Minayo (2014). Nesse processo interpretativo, possibilitou-se a construção teórico-metodológica de base documental e empírica. Para compreensão das narrativas, expressaram-se saberes partilhados e aproximação do objeto em suas questões de pesquisa, produzindo o confronto entre a abordagem teórica levantada e o que a investigação de campo apresentou como contribuição.

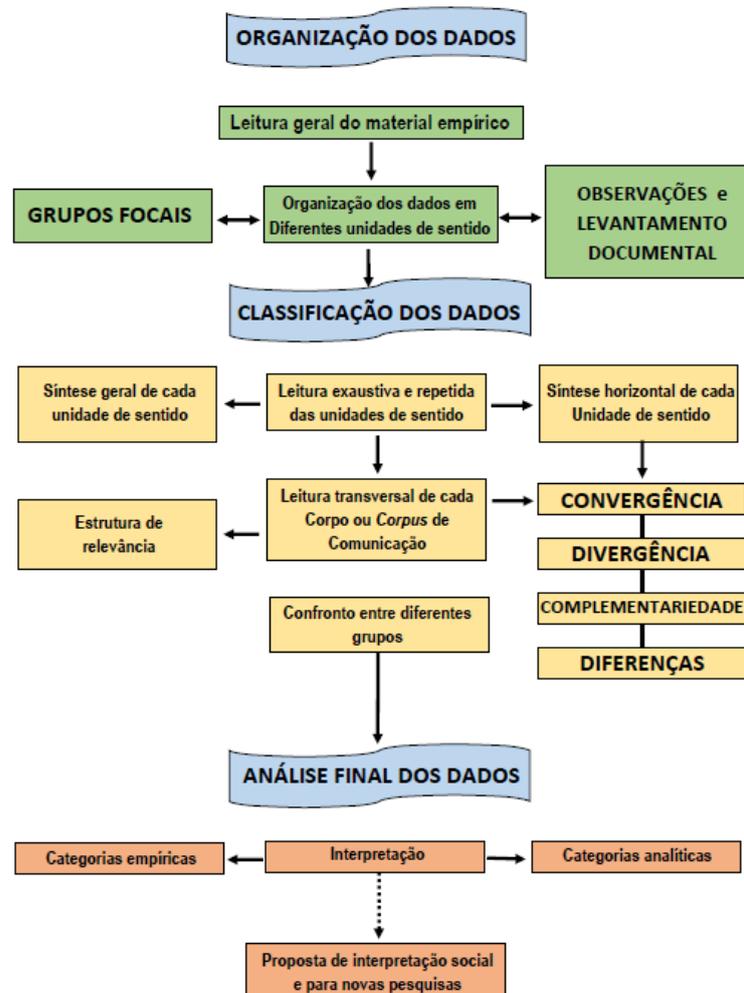
Concomitantemente, a dialética estabelece uma relação de análise crítica, estabelecendo sínteses a partir de teses e antíteses, confrontadas pelos sujeitos em suas narrativas e experiências de vida cotidiana. Na associação hermenêutica e dialética, é possível estabelecer uma interpretação compreensiva e crítica da realidade social. Considera-se as especificidades históricas, as cumplicidades com o tempo e contextos, as singularidades e suas diferenciações, contribuições à vida, ao conhecimento e às transformações sociais (MINAYO, 2014).

A hermenêutica e dialética são, portanto, caminhos para fundamentar pesquisas qualitativas, na medida em que é possível valorizar não somente as convergências, mas as divergências e suas complementaridades; bem como, suas diferenças. A linguagem emerge nas relações pelas práticas, atitudes e historicidades dos sujeitos. Desse modo, o observador se parcializa na intersubjetividade e aproximação com o campo empírico. Em síntese, enquanto a hermenêutica enfatiza o consenso, a mediação e o acordo; a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica (MINAYO, 2014; ASSIS et. al, 2010).

A análise do material empírico advindo das narrativas dos grupos focais fundamentou-se na técnica hermenêutica e dialética. Os documentos e observações complementaram a compreensão do objeto de estudo. Operacionalmente, o processo analítico

se constituiu nas seguintes etapas: ordenação, classificação e análise final, ilustrado na Figura 02 a seguir:

Figura 02 – Desenvolvimento da análise Hermenêutica e Dialética.



Fonte: Adaptado de SILVA (2006); ASSIS; JORGE (2010).

I - Ordenação dos dados

A etapa de ordenação dos dados tem o objetivo de estabelecer uma identificação do material empírico coletado no campo de estudo. Para tanto, todas as entrevistas são transcritas e, em seguida, faz-se a leitura preliminar do material que possibilita, juntamente com os dados das observações e dos documentos, a visualização de um mapa horizontal dos achados em campo (MINAYO, 2014).

Consiste no primeiro contato com o material empírico coletado, envolvendo a transcrição das entrevistas na íntegra como foram faladas nas gravações. Procedeu-se com a escuta sistemática às narrativas dos sujeitos da pesquisa, paralelamente às transcrições. As narrativas foram ouvidas e lidas várias vezes, objetivando empreender a totalidade das

informações, evitando a perda de dados, visto a importância de todo o processo, e visando facilitar a compreensão da lógica e dos sentidos.

Em seguida à leitura geral do material transcrito, foram organizados os dados contemplados nas narrativas dos grupos focais em blocos semânticos. As observações e fragmentos dos documentos também foram agrupados, em sentido complementar, tais como os discursos transcritos.

II- Classificação dos dados

Momento de relação entre os dados empíricos e os objetivos da pesquisa, em que se dá a complexidade do processo de construção do conhecimento. A classificação do material se subdivide em duas etapas: a primeira é a leitura horizontal e exaustiva do material com o intuito de visualizar e identificar as ideias centrais, para formulação das unidades de sentido. A segunda se dá com o entrecruzamento entre os significados e corpus de comunicações e a consequente formulação das categoriais temáticas empíricas do estudo. (MINAYO, 2014).

Etapa I

Durante as leituras horizontal e exaustivas, iniciou-se o processo predominantemente hermenêutico, reconhecendo temas recorrentes e que estivessem ligados ao objeto de estudo. O reconhecimento e identificação das unidades de sentido expressadas nas narrativas foram pautados pela relevância na compreensão do objeto.

QUADRO 7 - Identificação das Unidades de Sentido. Milagres, Ceará, 2016.

Narrativas	Unidades de Sentido
Grupo Focal 1	
1GFT1: Inclusão de pessoas de diferentes estilos (...)	Inclusão
1GFTn: Aqui a gente cuida das pessoas (...)	Cuidado
Grupo Focal 2	
2GFU1: Inclusão de pessoas de diferentes estilos (...)	Inclusão
2GFUn: Aqui a gente cuida das pessoas (...)	Cuidado
Grupo Focal 3	
3GFU1: Inclusão de pessoas de diferentes estilos (...)	Inclusão
3GFUn: Aqui a gente cuida das pessoas (...)	Cuidado

Observação: Narrativas para exemplificação metodológica.

Das unidades de sentido identificadas e caracterizadas, passou-se a um processo interpretativo para categorização das mesmas, a classificação propriamente dita. A operacionalização da análise a partir da hermenêutica dialética requer a apreensão de todos os sentidos, todas as manifestações expressas em campo são importantes no processo subjetivo de conexões entre semelhanças e diferenças na investigação posta pelo pesquisador.

Nesse momento, torna-se necessário que o pesquisador tenha uma atenção especial ao tratar o material escrito com uma leitura atenta e cuidadosa, a fim de apreender as estruturas de relevância dos sujeitos do estudo, suas ideias centrais e atitudes em relação ao objeto em investigação (MINAYO, 2014).

As narrativas foram classificadas a partir de categorias analíticas, definida preliminarmente pelos objetivos propostos. Entretanto, algumas unidades de sentido emergiram do campo empírico e também compuseram a construção e estruturação das categorias.

Para o objeto de estudo investigado foram identificadas as seguintes unidades de sentido: Demandas da Comunidade; Benefícios para a Comunidade; Parceria; Construção incentivada pela Conferência Municipal de Saúde; Construção incentivada pelo Programa de Melhoria e Acesso de Qualidade (PMAQ); Convocação pela Equipe de Saúde; Representação de Usuários; Reuniões; Fortalecimento com a Renovação do Conselho; Dificuldades no processo de construção; Mobilização; Participação da Comunidade; Planejamento; Valor do Conselho Local; Empoderamento; Atitude; União; Fortalecimento-Aquisição da cadeira de rodas; Ação Usuário Centrada; Governabilidade; Resolutividade; Envolvimento; Responsabilização; Melhoria no Processo de Trabalho; Integração; e Solidariedade.

Após a identificação das unidades de sentido, os fragmentos das narrativas relacionados a cada unidade de sentido foram recortados das transcrições e agrupados pela pesquisadora em envelopes diferenciados por cores, metaforicamente representando “gavetas”, à luz de Minayo (2014).

Figura 03 – Imagens dos envelopes para agrupamento das Unidades de Sentido



Em um segundo momento os envelopes foram revisitados realizando um refinamento das classificações, agrupando em um menor número de unidades de sentido. Escolheu-se apenas os temas mais relevantes e significativos para o objeto de estudo. Nesse momento, estabelecem-se as categorias analíticas em seus movimentos de convergência e divergência: Organização e funcionamento da ESF; Organização e funcionamento do Conselho Local de Saúde; Processo de planejamento comunitário em saúde; Mobilização, Participação social e Corresponsabilização.

Etapa II

Para o entrecruzamento das categorias analíticas entre todos os grupos, apresentam-se diagramas ilustrativos do processo de formulação das sínteses:

Figura 04: Entrecruzamento das narrativas do Grupo Focal 1 – Trabalhadores de saúde

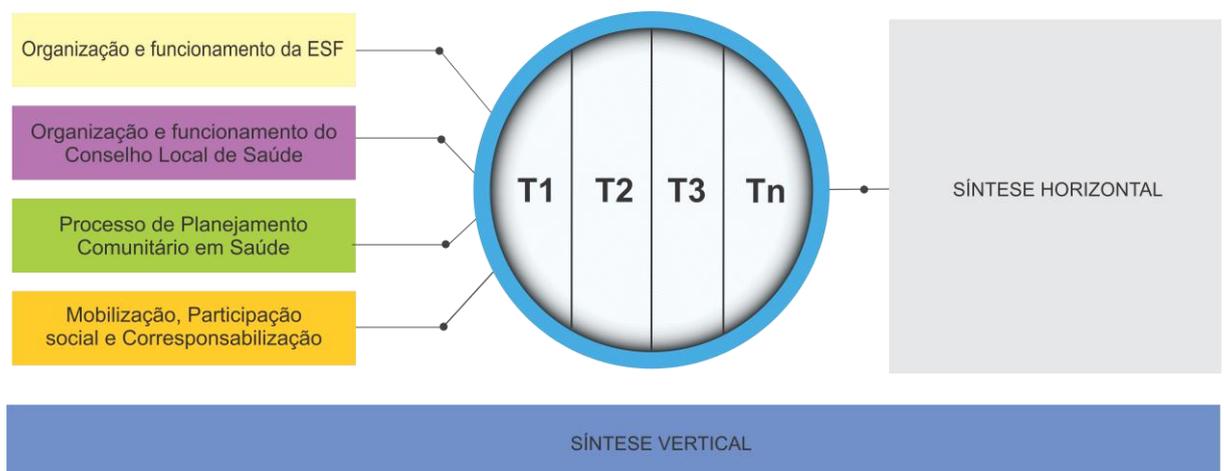


Figura 05: Entrecruzamento das narrativas do Grupo Focal 02 – Usuários

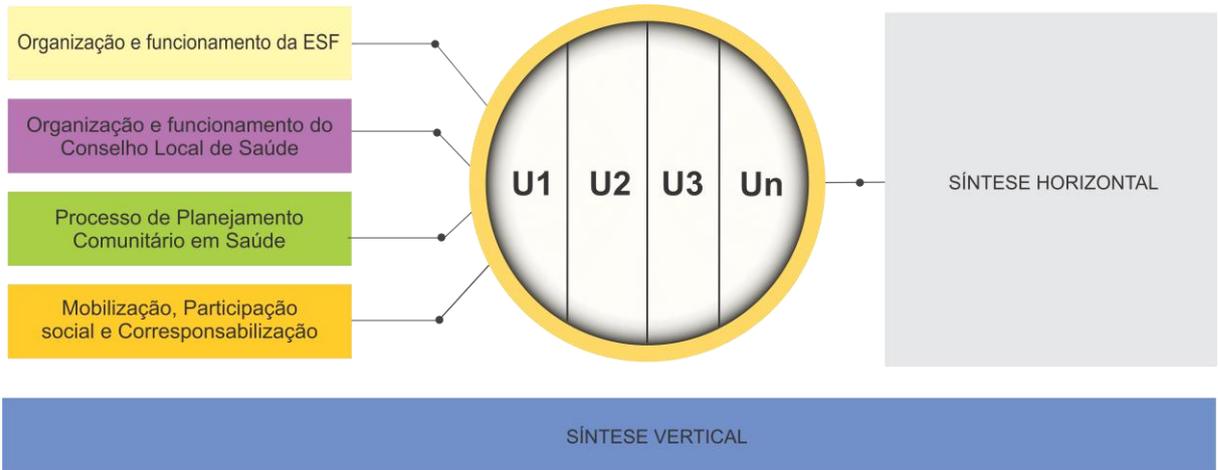
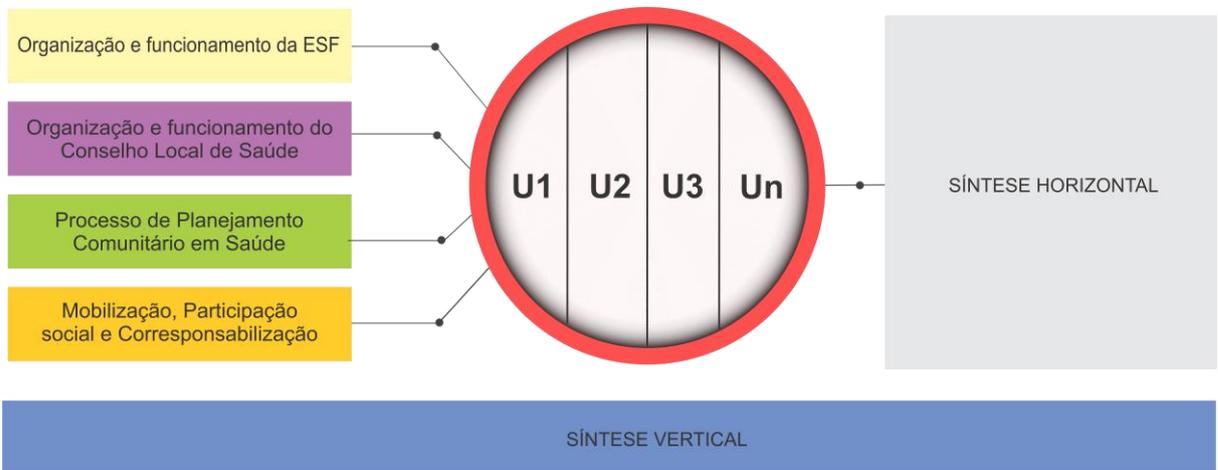
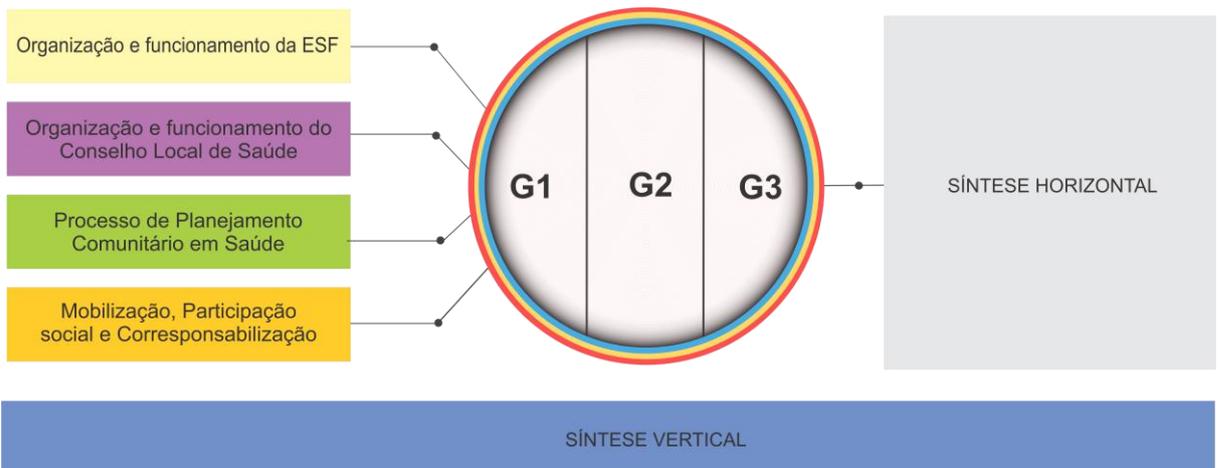


Figura 06: Entrecruzamento das narrativas do Grupo Focal 3 – Usuários



Posteriormente foi realizado o entrecruzamento da síntese de cada unidade entre os diferentes grupos, conforme descrito na Figura 07.

Figura 07: Entrecruzamento das Unidades Analíticas entre os Grupos I, II e III – (22 pessoas)



Complementa-se na classificação e interpretação, os sentidos também atribuídos pelos sujeitos em relação ao documento e observação sistemática, transcrita pela pesquisadora.

Na prática, a leitura transversal para composição crítica e analítica ocorre com a abertura dos envelopes, considerados como “gavetas” e a discussão contextualizada pelos sujeitos em suas narrativas e a vivência da pesquisadora. Considera-se a participação de colaboradores com *expertise*, vivência cotidiana no objeto de estudo e implicação temática para formulação categorial da análise hermenêutica e dialética.

Operacionalmente, foram realizadas quatro oficinas com os colaboradores nas datas 06 e 27 de maio, 20 de junho e 04 de julho. O objeto de estudo e os objetivos da pesquisa foram apresentados inicialmente. Em seguida, foram realizadas amplas discussões conduzidas pela pesquisadora, gerando reflexões no grupo e a colaboração dos participantes nesse constructo.

Os dados empíricos após entrecruzados na leitura transversal, possibilitaram a construção de sínteses horizontais entre os grupos representativos. Desse modo, foi possível identificar convergências, divergências, complementaridades e diferenças das narrativas. Indica-se que a síntese vertical possibilita uma ideia geral de cada entrevistado e compõe um entendimento sobre suas relações cotidianas e subjetivas, na contextualização.

III- Análise final dos dados

A etapa da análise final de dados consistiu no desvendar do conteúdo das narrativas, dos documentos e observações, com a contribuição de material referencial disponível, para o processo de discussão e análise das convergências, divergências, complementaridades e diferenças. Neste momento, além das técnicas, utiliza-se a contribuição de autores, bem como as experiências dos pesquisadores e seus conhecimentos como sujeitos da pesquisa e de suas vivências.

As contribuições significativas do uso do método hermenêutico dialético para o estudo permitiram a interação entre a realidade desvelada e as impressões do pesquisador. Favoreceu a produção de resultados e considerações que outros métodos de análise qualitativos não possibilitam.

A análise a partir da hermenêutica dialética permite o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social (Assis & Jorge 2010). Dada vista ao caráter

social do objeto em estudo este método permitiu uma maior compreensão crítica das relações produzidas e vivenciadas durante a pesquisa. Esse processo possibilitou a construção das seguintes *categorias e sub-categorias* empíricas:

QUADRO 8 – Categorias e sub-categorias empíricas do estudo. Milagres, Ceará, 2016.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
1- Conselho Local de Saúde como espaço de participação e expressão das demandas comunitárias	
2- Conselho Local de Saúde como dispositivo de relações solidárias entre trabalhador de saúde e usuários para melhorias na comunidade	
3- Contexto histórico e social da construção e organização do Conselho Local de Saúde	A Conferência Municipal de Saúde como propulsora da criação do CLS; Contribuição do PMAQ para a equipe no processo de abertura à participação comunitária; Formação do CLS a partir da tomada de decisão da equipe frente às necessidades de saúde da comunidade; A representatividade e a participação dos sujeitos na formação do CLS; O fortalecimento do CLS e da participação comunitária com a renovação dos conselheiros; Dificuldades enfrentadas no processo de organização do CLS;
4- Sentidos, valores e empoderamento comunitário no Conselho Local de Saúde	Motivações para mobilização e participação social; Participação comunitária e envolvimento; Valores ético e simbólico no processo de planejamento local em saúde; Atitude, união e empoderamento comunitário; - Um caso especial: a aquisição de uma cadeira de rodas como conquista da mobilização comunitária;
5- Resultados do Planejamento Local em Saúde: interrogações, limites e desafios.	É possível construir a governabilidade na participação comunitária? É possível resolver as demandas da comunidade pelo planejamento local em saúde? É possível envolver o usuário do SUS no planejamento em saúde? É possível incluir o planejamento em saúde no processo de trabalho da ESF? É possível ressignificar a solidariedade na participação comunitária das ações de saúde?

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (CEP/URCA), respaldada por métodos científicos pertinentes e pela aprovação sob parecer Nº. 953.830, condizente com os preceitos éticos envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012 c).

Os sujeitos do estudo tiveram acesso prévio ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice E), atendendo aos princípios Éticos. Após sua leitura, os sujeitos assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCLO) da pesquisa (Apêndice F).

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As categorias e sub-categorias empíricas a partir das interpretações e compreensões de seus significados pela pesquisadora, foram representadas também por figuras, ilustradas por uma artista do município de Milagres – CE. As figuras estão ao final de cada discussão e posteriormente serão validadas.

5.1 Contextualização

As relações sociais no território da Estratégia Saúde da Família (ESF) I Rosário se expandem entre o cuidado em saúde, a participação nas atividades comunitárias e a solidariedade coletiva. Os vínculos familiares se aliam à integração da equipe de saúde da família em busca da melhor assistência à saúde, desenvolvimento local e qualidade de vida.

Neste contexto, a organização do Conselho tem sido feita com a participação de usuários e dos trabalhadores de saúde da ESF I Rosário. Há um planejamento de ações de modo participativo e uma responsabilização mútua que impulsiona a gestão local em saúde. Muitos ainda são os desafios que precisam ser superados nesse processo que está sendo de aprendizagem e que aponta para necessidade de instrumentalização dos conselheiros para sua consolidação e exercício.

Ao vivenciar o cotidiano da comunidade e seus enfrentamentos sociais, evidencia-se que a organização e a dinâmica de funcionamento do Conselho Local de Saúde são movidas pela participação comunitária e envolvimento com as questões sociais locais. O CLS vem promovendo uma relação entre a equipe e comunidade, de abertura às demandas e necessidades locais, com produção de vínculo que oportuniza o adentrar nos espaços familiares e comunitários.

Nesse estudo, apontam-se aspectos importantes ao campo do debate acerca da Estratégia Saúde da Família e o planejamento participativo local das ações de saúde.

5.2 Conselho Local de Saúde como espaço de participação e expressão das demandas comunitárias.

Comumente o que se espera de um conselho local de saúde são demandas que expressam problemas de funcionamento da unidade básica de saúde como infraestrutura, falta de insumos, atendimento dos profissionais de saúde, oferta de serviços. A participação dos

usuários no Conselho Local de Saúde converge nesse sentido porque vem evidenciando demandas sentidas e expressadas pela comunidade como: ações incipientes de acolhimento na rede de atenção local e regional, ausência de assistência em microárea descoberta devido à aposentadoria de agente comunitário de saúde, poucas vagas para a atenção especializada tanto no que condiz a consultas médicas quanto a exames complementares.

Às vezes, o mal atendimento no hospital Mãe Bela também já aconteceu, na parte da recepção do acolhimento, aconteceu também deles trazerem essa demanda. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 05

Só que o problema também grave que é agente de saúde porque a avaliação das crianças passa de três meses sem peso, sem isso, depois que a enfermeira saiu [nome da Enfermeira], porque fica aquilo, se vão para lá tem, se não vão não tem. [...] sem agente de saúde, mesmo nós ajudando a dar recado ou coisa assim, passar alguma comunicação, mas aquela coisa de ir na sua casa, saber como você está num tem. Grupo Focal 3-Usuário 01

Da marcação de exames na secretaria que muitos dão duas a três viagens para poder conseguir marcar um exame, uma consulta com um especialista. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 06

Estudos mostram que a participação dos usuários nos serviços de saúde aborda demandas relacionadas a materiais de consumo, como suprimento de medicamentos, funcionamento de serviços especializados, tanto consultas como exames, problemas relacionados à infraestrutura, como reformas, construções e mudanças nos locais de atendimento. São referidas demandas de recursos humanos, como a necessidade de capacitação e contratação de pessoal para melhorar o atendimento aos usuários (BATISTA, et al. 2010).

Há uma convergência para o plano de oferta de serviços como consultas, exames e atenção especializada. Porém, opera nesse sentido a dimensão de que, ao referenciar nas falas o atendimento da Policlínica, atenção regional especializada, instituída no Estado no Ceará, para consultas e exames complementares no SUS, há uma expressão de que as pessoas quando falam das necessidades de saúde não falam apenas das demandas da unidade básica, mas também das demandas da rede de atenção em saúde.

O resultado dos exames como nosso colega falou, em relação a policlínica, o mal atendimento na parte da mamografia, muitas mulheres reclamando, falta de atendimento da menina lá que faz o exame. Raio X, que demora muito, até quase dois meses para receber. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 05

A rede de atenção em saúde é referida pelo entendimento de quem vivencia na prática a necessidade dos serviços e procedimentos, e assim, as faltas e carências são

percebidas nas falas. O conselho começa a despertar para uma gestão mais participativa, mais atenta e cuidadosa, na construção de forma mais adequada das linhas de cuidados.

Observa-se na interação dos usuários com o serviço de saúde um alinhamento das necessidades locais ao que se oferece na rede, como é oferecido e o que lhes falta para o cuidado adequado.

Para Quandt *et al.* (2013), as pessoas pertencentes à comunidade, que são assistidas pela UBS, têm o pertencimento das reais demandas locais e são naturalmente as mais indicadas para fiscalizar e acompanhar os serviços e cuidados ofertados, bem como propor melhorias para a saúde local. A partir dessa dinâmica, a consolidação de um CLS, como espaço de participação comunitária, pode reafirmar os pressupostos da APS através da Estratégia Saúde da Família.

O Conselho Local de Saúde é o espaço de participação mais próximo da comunidade, constituindo-se no primeiro local em que as necessidades dos usuários dos serviços de saúde podem se manifestar. Os conselhos locais, por serem estruturas permanentes, têm a possibilidade de dar voz às minorias, às pluralidades de seus interesses e podem inovar institucionalmente através das soluções locais. São espaços importantes para a democratização dos serviços nas unidades de saúde local, para o exercício da cidadania e para o controle social em saúde (MIRANDA *et al.*,2016).

Nesse cenário, os trabalhadores de saúde em caráter complementar aos achados dos usuários, relatam um distanciamento da gestão municipal de saúde das necessidades locais das comunidades assistidas pela ESF. Há indicação de um melhor alinhamento às demandas comunitárias para fomentar uma construção mais palpável da rede local e regional de saúde e o desenho de linhas de cuidado.

Não! A questão que o pessoal reclama muito a questão da marcação de exames, daí depende mais da questão do PSF, lá a questão da secretaria de saúde, ou da marcação de exame, ou marca o exame e tá faltando o material pra colher sangue ou pra fazer o teste do pezinho, aí o pessoal também eles trazem essa demanda que vem de fora, não vem da questão do próprio PSF. Da demora dos exames. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 01

Há uma diferenciação da prática do Conselho em estudo, que além de apontar essas situações deflagradas pelo sistema de saúde, sua dinâmica mostra também demandas que manifestam uma dimensão mais ampla de saúde, conceituada como bem-estar e acesso a alimentação e higiene como requisitos para a promoção da saúde.

A saúde é o que sempre nós buscamos o conselho, buscamos, tanto para nós como para a nossa comunidade, e saúde ,é bem-estar. Todo mundo precisa de saúde, estar bem. O conselho, estando reunido, nós estamos em busca da saúde, é uma busca diária tanto não somente naquele momento que estamos reunidos, a busca pela saúde ela é constante, diária. Para se ter saúde é importante ter um atendimento de qualidade, principalmente, e além do atendimento, uma boa alimentação voltando para a família, uma alimentação, higiene. Grupo Focal 3-Usuário 02

O Conselho indica demandas que fogem à prática cotidiana. São evidenciadas necessidades comunitárias que fazem referência aos determinantes de saúde, como coleta de lixo, abastecimento de água, saúde ambiental.

*Eles pedem muito também, problema de água, que a água na nossa vila realmente ela é escassa, não é abundante. Eles cobram muito e que justamente tem dia que vem ,tem dia que não vem, por falta de um funcionário. Grupo Focal 2-Usuário 01
Eles cobram da vacina dos animais (gatos, cachorros), eles sempre cobram. Grupo Focal 2-Usuário 04
[...] a questão do lixo nós tentamos, nós fizemos reunião em comunidade, orientamos as pessoas como era para ter sido feito, o lixo, o pessoal da infraestrutura trouxe os tambores, mas não passa aquela coleta, não passa pelo ao menos uma vez por semana, quer dizer o pessoal do Rosário continua jogando o lixo na Barragem - Grupo Focal1-Trabalhador de saúde 05*

O Conselho discute demandas e ações relacionadas aos impactos da saúde na comunidade e na ESF. Ao se atingir esse patamar, a promoção de saúde é discutida num contexto em que os determinantes sociais de saúde e a rede de atenção são partituras para o cuidado que se almeja, para o alcance de saúde no território (HEIDEMANN et al., 2014).

Em meio às prioridades dos conselheiros, emerge a responsabilidade comunitária, desvelando uma rede de apoio a problemas de ordem social. A educação é referenciada através do abandono escolar como demanda do CLS, o que revela uma potencialidade pelo trabalho além da área da saúde.

Também aconteceu o caso daqueles meninos que não iam para a escola, que na primeira reunião que eu vim foi o mais que a gente conversou e tudo. Hoje em dia já estão indo pra escola, já foi resolvido, como foi uma coisa que no conselho há muito tempo foi debatido e foi resolvido. Grupo Focal 3-Usuário 01

A educação é um determinante social para a vida e a saúde das pessoas. Através dela há a formação da cidadania, o que pode fazer um diferencial no desenvolvimento comunitário. Vários movimentos internacionais, como o da Promoção da Saúde, têm colocado o exercício da cidadania como estratégia de melhoria das condições de vida e saúde da população de países em desenvolvimento. A escola e o professor desempenham papéis primordiais neste processo pela proximidade com o aluno (BYDLOWSKI et al., 2011).

O cuidado no CLS é divergente do que se pratica, vai além do usual atendimento médico, também importante, mas o cuidado no Conselho é revelado no cenário em que uma criança fora da escola é considerado como problema de saúde. O lixo e a água são cruciais, emerge a rede de saúde não consolidada, mas cobrada, a humanização não satisfatória é indagada.

As demandas comunitárias no Conselho Local de Saúde em sua maioria são de caráter prescritivo e de procedimentos, mas já emergem aquelas que privilegiam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Figura 08 – Expressão das demandas e necessidades comunitárias no território da ESF.



Ilustração: Ana Ivyna (2016)

5.3 Conselho Local de Saúde como dispositivo de relações solidárias entre trabalhador de saúde e usuários para melhorias na comunidade

O conselho tem sido um dispositivo local para enfrentamento de problemas e de alcance de melhorias para os usuários e para a comunidade. Entre esses benefícios está a qualidade do atendimento, que é recorrente naquilo que se espera de um conselho local, mas em caráter complementar destaca-se a percepção dos conselheiros para a melhoria de vida de usuários e da comunidade.

*O foco do conselho é ajudar a melhoria de vida de todos os usuários, de vários tipos de atendimentos, de bem-estar. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 06
Melhoramento para a comunidade. Grupo Focal 2-Usuário 01*

Evidencia-se, a partir das expressões, que a preocupação do Conselho se sobrepõe aos problemas que dizem respeito a questões individuais. Ele tende a privilegiar o coletivo e nesse coletivo está incluso o trabalhador de saúde. O Conselho acolhe o trabalhador de saúde numa tendência de unir forças, de aproximar o trabalhador da comunidade especificamente, rompendo barreiras e construindo pontes de comunicação.

*Melhorar a qualidade de vida do usuário, melhorar a qualidade de vida também do profissional que trabalha naquela comunidade, aproximar mais o usuário ao profissional e vice-versa, aproximar também o profissional ao usuário, as demandas que tem na comunidade. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01
Um ajudando o outro. O conselho ajudando a equipe. Grupo Focal 3-Usuário 05*

O processo de acolhimento nas unidades de saúde é requisitado ao trabalhador para com o usuário. Observa-se no Conselho que há uma inversão dessa direção: o trabalhador é acolhido pelo usuário. Numa relação solidária, há um olhar cuidadoso para aquele que está prestando serviço àquela comunidade, em um sentido divergente dos processos laborais postos que deflagram atitudes de desmotivação e de desvalorização do profissional de saúde.

A Política Nacional de Humanização indica a necessidade de mudança no ambiente de trabalho através do acolhimento adequado que promova tanto o cuidado adequado aos usuários quanto à valorização dos trabalhadores. Esse processo em consolidação pode refletir em mudanças positivas na qualidade da atenção ao usuário nos espaços de saúde (BRASIL, 2009).

Há uma visão ampla do conselho no processo dessa aproximação do usuário ao compreender que o trabalhador precisa de boas condições de trabalho para exercer um trabalho de qualidade. O trabalhador se sentindo bem, satisfeito, valorizado, estará provavelmente mais atento às necessidades de saúde da comunidade.

A gente quer melhorar cada vez mais e que aquele posto trabalhe de forma digna tanto para o profissional como para o usuário. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01

Emerge nas falas o termo fiscalização do trabalhador ao qual não podemos analisar levando em consideração a sua semântica e sim através do contexto expresso anteriormente sobre o funcionamento digno do serviço de saúde, tanto para o usuário quanto para o trabalhador. A fiscalização posta pelo Conselho não é uma questão polarizada, ela está no entendimento do acompanhamento, de como as coisas estão sendo direcionadas, é o tentar estar junto, é a compreensão da aproximação da comunidade ao trabalhador, no sentido também da responsabilização e da parceria.

Uma coisa também que o conselho faz é fiscalizar aquele que trabalha na nossa área. Grupo Focal 2-Usuário 07

Na existência do conselho, os conselheiros estão acolhendo os trabalhadores desta área e este aspecto nos revela uma relação solidária expressa pela reaproximação da comunidade, pelo próprio processo de troca desse acolhimento. Parece-nos nesse sentido que o Conselho provoca uma ressignificação desse trabalho, há uma reavaliação atitudinal junto à comunidade, onde trabalhadores motivados podem transformar suas práticas e fortalecer a saúde comunitária. Promover uma gestão e atenção em saúde que valorize trabalhadores e usuários com estabelecimento de vínculos e corresponsabilidade é uma estratégia da Política de Humanização do SUS (BRASIL, 2009).

A narrativa que se segue vai além do tecnicismo, das pactuações normatizadoras, ela amplia o cuidado expresso pelo “querer o bem da comunidade” sendo talvez o reflexo do retorno dessa relação que se construiu.

Que sentimos a necessidade de ter um conselho local para ajudar nessa parte aí né, para o bem da comunidade. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 06

A dinâmica de construção e funcionamento do CLS evidencia um trabalho em conjunto entre os membros usuários e trabalhadores, numa dimensão em que se manifesta um

olhar cuidadoso nas ações compartilhadas, constituindo um movimento de parceria. Os representantes da comunidade percebem a equipe de saúde como parceira, o que não é muito comum haja vista que no cotidiano do trabalho em saúde prevalece a concepção de que os servidores têm o dever de dar conta de todas as necessidades de saúde da comunidade.

Assim se é o caso, sempre que a gente procura ver uma solução para aquele caso resolvido, nós temos, tanto com a médica, como com a enfermeira. Aí temos uma parceria com todos médico, dentista, enfermeira e os agentes de saúde. Grupo Focal 3-Usuário 02

Pra mim Significa a parceria em pessoas; Grupo Focal 1-Trabalhador 02

Nesse movimento encontrado na dinâmica do CLS, a parceria é instaurada com o objetivo de construção de uma qualidade de vida para a comunidade. Os conselheiros sabem do papel dos profissionais de saúde, mas compreendem também que podem colaborar com esse labor. A potencialidade desse mecanismo dá visibilidade ao processo de que a parceria aumenta a vinculação e a responsabilização em relação a tudo que está acontecendo na unidade de saúde e no espaço da comunidade.

Podem até existir dificuldades no sentido de uma clareza maior do papel do conselheiro no controle social, mas o que se destaca nesse processo é a intenção que especificamente se sobressai, que é a colaboração, com destaque à solidariedade.

Nós temos agentes de saúde, mas que muitas vezes é pouco para uma demanda tão grande de famílias, e o conselho veio para amparar, tanto na família quanto os agentes para ajudar nesse trabalho. A melhoria da saúde. Grupo Focal 3-Usuário 02

Identificamos ao longo das narrativas, um respeito aos princípios que o conselho adota como verdades, que são a parceria, a solidariedade e os benefícios para a comunidade como bem maior. Imerso nesse contexto se depara com uma relação de dualidade onde há um comprometimento tão grande, expresso por um conselheiro especificamente, no sentido de trazer benefício para a comunidade, de não deixar uma microárea completamente descoberta pela falta de ACS, que pode ao mesmo tempo, se a situação se prolongar gerar prejuízo para a comunidade.

Eu sou conselheira, ainda tenho um trabalho assim como agente comunitária de saúde. Grupo Focal 3-Usuário 03

Desde o início e quando saiu a agente de saúde, então só tava eu de conselheira, aí por isso que ficou aquela carga em cima de mim, mas agora com os meninos [outros conselheiros] fica mais fácil, Conselheiro na parte de cima e nós na parte de baixo, porque eu, quando sei que vai ter atendimento, aí ele já passa pra parte de

cima, quer dizer, já fica mais fácil pra mim avisar, eu aviso só a parte de baixo, fica mais fácil pra eu e a outra conselheira. Grupo Focal 3-Usuário 03

Na criticidade do controle social, há uma fragilidade presente nesse contexto local expressa por ações do CLS que, ao invés de analisar de forma mais clara o cenário e tentar resolver o problema de forma mais definitiva, posterga-o, revelando uma limitação na sua atuação.

O agente comunitário de saúde (ACS) inserido na estratégia de saúde da família tem um potente papel ao ser responsável por um território e pelo acompanhamento da comunidade em suas áreas de atuação. Ele identifica necessidades e situações, trabalha a prevenção e promoção de saúde e serve de ponte entre os usuários e o serviço de saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS na ESF, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012 b; MOURA *et al.*,2015).

A ausência desse trabalhador pode fragilizar a atenção local em saúde. Apesar do forte sentimento de parceria, o Conselho é consciente que existem limitações em relação ao trabalho posto, o que fala a favor da fragilidade da gestão local em perceber as necessidades da comunidade e não respondê-las de forma adequada.

E sem agente de saúde, mesmo nós ajudando a dar recado ou coisa assim, passar alguma comunicação, mas aquela coisa de ir na sua casa, saber como você tá num tem. Grupo Focal 3-Usuário 01

A percepção das limitações pode engrandecer o Conselho, mas é necessário que haja ação complementar do trabalhador de saúde que detém um conjunto de conhecimentos e habilidades para nortear o caminho. A narrativa abaixo expressa que há uma conduta de apoio pelos trabalhadores nas ações desempenhadas pelo conselho, apesar das limitações ditas.

Bom. É bom, eu acredito que seja bom, com algumas exceções, claro! Que nem todo mundo é perfeito, mas que no decorrer do ano eu participo, a gente sempre tem o contato com médico, enfermeira, e principalmente com a enfermeira [Nome da Enfermeira] que sempre tá a disposição da comunidade. Realiza um bom trabalho. Grupo Focal 3-Usuário 02

Pela necessidade de uma atenção mais cuidadosa, tentamos nos ater às novas formas de atenção, simples e não menos importantes, pelo contrário grandiosas, expressas aqui por um grupo que encontra no seu agir um zelo ao deslocar uma reunião para o domicílio de um membro impossibilitado. O ir ao encontro de um conselheiro notoriamente é uma

atitude que favorece a parceria, é a percepção de um coletivo, de que cada um é importante para o processo e que o trabalhar junto opera fortalecimento.

Eu acho que também nosso grupo, assim como os conselheiros eu acho que nós somos assim realmente unidos porque quando a gente combina a reunião, pode ser no canto, pode ser no outro, como no caso no mês de janeiro, foi na minha casa por conta que eu não podia ir até onde eles estivessem por conta do problema do meu pé. [...]. Eu acho importante isso aí também por que o conselho, nós conselheiros, nós não temos dificuldades de um ir até o outro, quando não dá certo num canto junta todos e vai até o que não tá podendo ir até ele. Grupo Focal 3-Usuário 03

É responsabilidade da gestão, obrigação do estado, na ausência de um profissional prover um substituto. Tem-se conhecimento enquanto profissionais, da competência de cada esfera de governo, mas se depara com um Conselho que é solidário, dando uma solução momentânea, situacional a problemática da área descoberta, mas que ao se perpetuar pode trazer malefícios pela desresponsabilização do Estado como provedor das necessidades básicas da população (BEDIN, *et al.* 2014).

As relações solidárias entre usuários e trabalhadores são vividas no Conselho Local de saúde através do apoio mútuo para a resolução dos problemas no serviço de saúde e necessidades comunitárias. Há a escuta dos diferentes atores e numa pactuação coletiva são planejadas soluções possíveis para as situações apontadas.

Figura 09 – Relações Solidárias e o Encontro entre trabalhadores e usuários no CLS.



5.4 Contexto histórico e social da construção e organização do Conselho Local de Saúde

O Conselho Local de Saúde surgiu permeado por vários dispositivos que contribuíram com a sua construção, entre eles estão a Conferência Municipal de Saúde, O PMAQ e a motivação da própria equipe. Nesse explicitar histórico não há um momento que seja datado como marco mais importante, mas há uma agregação de ações e eventos que desencadeiam o surgimento dessa instituição no território em estudo, e que se associa ao contexto dos transcurso desencadeados pelo SUS nos últimos quatro anos.

5.4.1 A Conferência Municipal de Saúde como propulsora da criação do CLS

A Equipe de Saúde, impulsionada pela gestão municipal, realiza desde 2011 pré-conferências locais de saúde no seu território. O Conselho surge após a 14ª Conferência Municipal de Saúde - 2011, que teve sob o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” e como eixo “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”, (BRASIL, 2011), e se fortalece com a 15ª Conferência Municipal - 2015, que nesse momento o fato de ter um conselho local favorece e potencializa a participação dos conselheiros da comunidade na Conferência.

As pré-conferenciais locais aproximam a população, pois a discussão é proposta para seu território e para sua realidade o que promove um sentimento de pertencimento e integração ao participar de um evento institucionalizado pelo SUS. As narrativas abaixo expressam a participação das pessoas dessa comunidade dando mais impulso ao processo de participação comunitária na Estratégia Saúde da Família.

Eu fui convidado por conta da Pré-Conferência da Saúde no Sítio Gameleira e também por conta de já ter uma conselheira, como a gente costuma dizer, na parte de cima do Limoeiro, na parte de baixo, e lá em cima não teve, fica sobrecarregado pra apenas uma conselheira, aí fui convidado e estou participando e atuando.
Grupo Focal 3-Usuário 02

Miranda (*et al.* 2016), traz em seu estudo que está ocorrendo um distanciamento da participação da população nas Conferências Municipais de Saúde pelo ineficiente processo de organização e mobilização da sociedade em geral. Os autores defendem a partir dessa perspectiva a importância da realização de pré-conferências locais, não só pelo valor das contribuições de demandas dos territórios, mas pelo poder de divulgação que proporciona uma maior participação.

As conferências nos últimos anos vêm tendo um perfil de congresso. Os temas e linguagem complexos afastam muitas vezes os usuários do discurso, a população não se identifica, não há um envolvimento, criam-se barreiras para a participação efetiva. Nesse território a divergência incide porque as conferências instigaram a um desfecho diferente, foi despertado o interesse e dada abertura à participação dos usuários, que se sentiram pertencentes ao processo porque foram criadas pontes de comunicação, de aproximação e de motivação de continuidade que se demonstra pela solidificação do CLS.

Eu entrei participando de uma reunião [Pré-Conferência local de Saúde], lá no clube do amigo Antônio de Jaime, quando nossa colega Enfermeira [Nome] lançou o convite pra quem quisesse fazer parte, eu me prontifiquei a fazer parte , eu fui analisando, pensando e vendo que era um movimento bom, sério e construtivo e quero permanecer até no dia que Deus quiser. Grupo Focal 2-Usuário 01

Apesar da impossibilidade em afirmar que esse processo se constitua um acontecimento em participação comunitária, mas se destaca por ser um caso isolado no Município, onde todas as outras áreas foram estimuladas pela Conferência Municipal, mas só a área do Rosário instituiu o Conselho. A gestão dispara o chamado para todo o município, mas nesta área de abrangência um conjunto de pessoas se interessou pelo processo e criou condições para o surgimento do CLS.

Tudo começou quando a gente recebeu o convite para participar desse momento, onde na saúde era obrigatório ter um conselho, para a gente reivindicar as coisas que a gente precisa, então foi onde surgiu, coisa que só em nosso setor tem, o conselho de saúde e que já está dando resultado o Conselho Local de Saúde. Grupo Focal 2-Usuário 07

A implantação do CLS não se deu de forma impositiva, há até referencia à burocracia institucional que delibera a participação popular, mas o envolvimento das pessoas foi espontâneo, o que pode culminar numa real participação comunitária. Longhi, et al. 2011, relatam em seu estudo que quando a deliberação de um CLS ocorre pela secretaria municipal de saúde como obrigatoriedade, resulta em espaços sem autonomia e como mero elemento oficial constituindo apenas para uma participação representativa. A concepção legal não garante a participação popular efetiva.

Na narrativa que se segue há a expressão da forma espontânea de convocação e da motivação do usuário, que se sente importante por participar do processo:

Eu fui convidada pelo ACS [Nome] desde então me senti motivada, comecei a entrar nessa luta, desde então me sinto muito gratificante e orgulhosa do serviço que a

gente realiza na nossa comunidade e estamos ai dando exemplo pra varias comunidades. Grupo Focal 2-Usuário 04

Figura 10 – A Conferência Municipal de Saúde como propulsora da criação do CLS



Ilustração: Ana Ivyna (2016)

5.4.2 Contribuição do PMAQ para a equipe no processo de abertura à participação comunitária

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso à Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como um processo avaliativo e inovador impactou no processo de trabalho da equipe. Desde a idéia da sua construção e implantação a equipe foi inserida naquele momento, o que denominou-se de primeiro ciclo. Nesse contexto de nova metodologia avaliativa a equipe atentou-se para a participação social. Geralmente as equipes se detêm em indicadores gerais de caráter técnico, assistencial, mas em aspecto divergente, a ESF I Rosário coloca a participação comunitária como ponto importante, em lugar de destaque, porque compreendeu que essa participação traria melhores resultados para essa avaliação.

Lembro que estava numa sala eu e a Enfermeira [nome da Enfermeira], lá ela e eu estávamos debatendo o PMAQ e lendo todos os tópicos da lista que o PMAQ pedia

, que fiscaliza e lá tinha o conselho local de saúde... Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 05

Lembro assim que a Enfermeira [nome] viu no PMAQ, chamou a gente primeiro e perguntou se era viável acontecer no Rosário, e nós demos todo apoio, convidamos as pessoas, pediu pra gente repassar para toda a comunidade, convidou as pessoas quem se interessavam de livre e espontânea vontade a participar para ajudar mais no ingressar das melhorias da comunidade, pedindo a participação e a coparticipação dos usuários, e foi aí que surgiu coma mentora a nossa enfermeira.
Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 04

Uchoa *et al.* (2016) discute o avanço significativo ao acesso aos serviços de saúde com qualidade e melhores condições de trabalho com a implantação do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esse método de avaliação em saúde vem fomentando boas práticas de organização do processo de trabalho no SUS.

A proposta era nova para a equipe e propunha fortalecer a ESF e aproximar o trabalhador das necessidades da comunidade. Uma construção com a comunidade daria mais força ao processo, pois a avaliação que fomentava recursos a serem aplicados na UBS motivou os profissionais a buscarem a parceria da comunidade para a construção do novo, da nova forma do cuidar, nova forma de fazer, podendo ser confirmada na fala seguinte: “*Nos reunimos com o PMAQ, nos reunimos com a comunidade.*” Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 03.

O PMAQ dispara então o surgimento do CLS, a sua conjuntura no território em estudo desperta o trabalhador para a percepção de que a participação do usuário é fundamental para melhorar a qualidade da assistência, não é só ele agora dando conta de indicadores, está além disso, é um ressignificar, é um processo de reaproximação da comunidade. A equipe quer fazer melhor, mas precisa da ajuda da comunidade.

O PMAQ desta forma impulsiona a criação do CLS, o qual se consolida como dispositivo de participação e controle social no território, pois mesmo depois da fiscalização feita pela equipe técnica do Ministério da Saúde, o Conselho se fortalece e continua suas atividades até hoje.

Figura 11 – O PMAQ e sua contribuição para a equipe com abertura à participação comunitária



Ilustração: Ana Ivyna (2016)

5.4.3 Formação do CLS a partir da tomada de decisão da equipe frente às necessidades de saúde da comunidade

A quem interessa ter conselho? Isso já está posto há muito tempo na literatura e na legislação do SUS. Mas em movimento divergente essa equipe estava motivada e sentia a necessidade da participação do usuário no seu processo de trabalho. No processo sócio histórico os marcos da Conferência e do PMAQ contribuíram para o movimento do CLS, mas compreendemos que não foram apenas eles que favoreceram a sua construção, porque não aconteceu com as demais estratégias de saúde da família que passaram pelos mesmos transcurso no município.

Constata-se que esses dispositivos ajudaram no processo de construção e fortalecimento do CLS, mas o disparador foi a responsabilização pelo trabalho, foi conseguir olhar de forma crítica para o contexto e fazer o diferente.

Foi a partir do começo, que a gente começou a fazer as reuniões, dentro da unidade de saúde, a gente viu que precisava pegar a participação da comunidade pra ajudar nesse cronograma, na elaboração do cronograma que atendessem melhor a população as necessidades da comunidade e ir atrás de melhoras. Então a gente achou melhor reunir um grupo de pessoas onde a população foi ouvida o que poderia melhorar e também ir atrás de melhoras para unidade de saúde tanto melhoras estruturais como melhoras de atendimento. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01

As atitudes dos trabalhadores provocaram a mobilização do grupo, catalisando uma reação latente, visto que a equipe já apresentava um perfil para esse trabalho. Parece-nos então que não bastam apenas técnicas, modelos e referências, é necessário um querer fazer. As narrativas de usuários e trabalhadores nos remetem que foi o entendimento da importância de ir ao encontro da própria comunidade que despontou para um caminhar juntos na ressignificação do cuidado nesse território.

Eu lembro assim, nós a gente começou a sentir principalmente a enfermeira [Nome], sentia a necessidade da formação de um conselho para ajudar mais a melhorar nosso trabalho, melhorar para as comunidades Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 06

Nesse movimento plural indagamos a existência de um elemento significativo que pode ter também provocado em caráter complementar essas ações que é o perfil do trabalhador que nos remete ao alinhamento com a formação profissional. A reflexão posta é que o empoderamento da equipe pode ser resultante de um conhecimento e saberes motivados pela formação dos seus trabalhadores, tanto propiciados pela academia quanto pela educação permanente em saúde, reproduzidos na prática de suas ações no SUS (ANDRADE et al., 2016).

O divergente opera nesse contexto, porque no transcurso de um sistema de saúde que objetiva trabalhar a integralidade e a transversalidade do cuidado, tem que haver uma exigência às instituições formadoras de não reproduzir o igual, porque deles o mercado está imerso. Interessa para o SUS trabalhadores que operem o diferente, o fazer com responsabilização, o ousar para transformar práticas vigentes e fomentar uma nova cultura de trabalho e cuidado.

O processo não é fácil, há uma cristalização de ações do cuidado como algo que é premissa do nosso trabalho. O trabalhador desse território é agora também mais cobrado, a equipe passa a ter mais visibilidade pela comunidade e pela gestão, a sua zona de conforto é

colocada em questão. A sagacidade das transformações no exercício das novas práticas de saúde exige interesse, articulação e zelo.

Figura 12 – A Equipe de Saúde Motivada: Responsabilização e Mobilização para a Resignificação do cuidado



Ilustração: Ana Ivyna (2016)

5.4.4 A representatividade e a participação dos sujeitos na formação do CLS

A construção do CLS teve como parâmetro o Conselho Municipal de Saúde (CMS), segue determinação legal, mas a sua formação não segue em rigor a composição paritária expressa na Lei 8.142/90. A diferença é evidenciada na sua representatividade que na maioria são usuários, tendo em vista que por ser um conselho local, pactuou-se com a equipe de saúde e com a comunidade a relevância dessa participação em maior número.

Como é que a gente organiza o conselho local de saúde, agente faz igual o do Municipal, pegando todos os segmentos e a enfermeira [nome da Enfermeira] rapidamente, organizou o conselho, surgiu assim, nos reunimos em equipe e convocamos a comunidade, escolhendo segmento de cada área e formamos o conselho. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 05

Houve uma reunião lá no Rosário, e lá nos falaram, se a gente ia participar desse Conselho, cada um representando seu seguimento, não foi assim? (Foi); e a gente aceitou dando início ao Conselho, eu lembro que foi isso! Grupo Focal 2-Usuário 06

Converge nesse sentido o estudo de Batista et al. 2010, que identificaram na pesquisa uma composição de um Conselho que obedecia às determinações legais, sendo a maior representação de conselheiros da categoria dos usuários, o que resultou em maior influência desses representantes nas suas atividades. Porém há uma divergência em relação à participação dos usuários, que, na análise dos conteúdos das participações, atuam de maneira individualizada, voltados para interesses particulares, diferente do CLS em estudo que pensa e trabalha assuntos da coletividade.

O controle social permeia a institucionalidade municipal, porém o conselho local de saúde emerge na mobilização, mesmo sem referência na lei 8.142/90. Esse conselho está no nível insurgente, está transgredindo a organização, mas opera na equidade preconizada pelo SUS. Foram pactuadas categorias representativas dos grupos populacionais e a composição do Conselho pode ser visualizada na ata oficial.

A gente viu que precisava pegar a participação da comunidade. Estão representados: os jovens, as mulheres, homens, gestantes, mães, idosos, hipertensos, diabéticos, deficientes, agricultores, comerciante, representantes de igrejas, do sindicato de agricultores e escolas locais. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01

E eu representante da agricultura, eu era o agricultor, Mano representou o comerciante. Grupo Focal 2-Usuário 02

A primeira reunião foi na ACOM, que eu fiquei como jovem e "U8" ficou como um Sindicato. Grupo Focal 2-Usuário 09

O levantamento documental realizado nos registros das atas das reuniões do Conselho Local de Saúde do Rosário traz em sua composição usuários representantes de instituições comunitárias e de grupos de segmentos da comunidade como idosos; jovens; mulheres; homens; comerciantes; mães; agricultoras e agricultores; deficiente; gestante; hipertensos; diabéticos; representantes de Organização Não Governamental (ONG) local, da igreja e escola e representante da associação de agricultores e do conselho tutelar, sendo vinte usuários e oito trabalhadores de saúde da Unidade Básica entre eles a enfermeira, o odontólogo, a técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Em sua composição percentualmente temos 71% de usuários e 29 % de trabalhadores de saúde (DOCUMENTO 1: Livro Ata do Conselho Local de Saúde do Rosário – 2013 a 2016 do Município de Milagres – CE, 2016).

Na análise da representatividade o número de usuários conselheiros que participam efetivamente é maior que a categoria dos trabalhadores. O presente estudo apresentou um resultado diferente do obtido por Quandt et al. 2013, que identificou pequena participação de representantes dos usuários nas reuniões, sendo mais registrada a presença dos membros eleitos como coordenador, vice, gestor, trabalhadores de saúde e um ou outro usuário.

O território que é adscrito à ESF Rosário é formado por seis microáreas, sendo três delas rurais. Essas são mais distantes da sede da Unidade Básica de Saúde e formam outra interface no processo de formação do CLS, pois o percentual da sua representatividade por microárea é maior do que o da sede.

Essa formação diverge do lógico operacional porque as pessoas das áreas distantes estão em maior número na representatividade do conselho e são as mais envolvidas na mobilização das ações. Essa conexão das comunidades mais distantes parece-nos ser pela necessidade maior de garantia de direitos o que leva a sua maior participação.

Até o fato de terem mudado as reuniões do Rosário passou para a Gameleira, porque na Gameleira tava se doando mais. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 03

Outro aspecto converge para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde destas microáreas que exercem papel de liderança, são realmente elos de ligação com a comunidade e compreenderam a importância da participação dos usuários, principalmente para a construção dos novos cenários que estão surgindo no sistema de saúde.

O grau do envolvimento da participação desses ACS na construção do CLS pode ter sido determinante para a mobilização dessas pessoas e, conseqüentemente, por isso a participação dessas localidades seja mais expressiva. Acreditamos que a participação dessas microáreas contribuiu para a consolidação do CLS.

A minha comunidade participa em maior número das reuniões por que eu trabalho a importância da participação deles, e eles são mais comprometidos com o movimento, é tanto que eles pedem que as reuniões aconteçam na Gameleira, porque se doam mais mesmo, como o colega falou. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 02

Figura 13 – Os sujeitos e a representatividade na formação do CLS



Ilustração: Ana Ivyna (2016)

5.4.5 O fortalecimento do CLS e da participação comunitária com a renovação dos conselheiros

Há um movimento divergente que se processa na composição do conselho que é o fluxo de participação e renovação de pessoas. No CLS se permite a mobilidade de conselheiros, seja numa pré-conferência de saúde, seja em uma reunião ordinária.

Aí nós tivemos a pré-conferência, onde teve uma mudança de participantes, de conselheiros e também aí dessa mudança reavivou o conselho, e também junto com esses novos conselheiros, surgiu muitas demandas. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 06

Foi conseguindo mais conselheiros, pessoas para participar, novos conselheiros, para aumentar ainda mais a força do Conselho. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01

Diferentemente das cristalizações dos conselhos municipais, nos quais por muitos pleitos, os mesmos conselheiros compõem cadeira cativa em certos cenários, este CLS diverge por proporcionar uma genuína participação pelo movimento de troca de representantes. A renovação é equidade, as forças populares se movimentam, o poder é redistribuído.

O fluxo que emerge dessa renovação vai aos poucos semeando na comunidade ex conselheiros e captando novos, o que parece-nos provocar mudança de atitude nas pessoas e a comunidade torna-se mais participativa. Há um fortalecimento da comunidade a partir da participação no conselho, uma vez conselheiros, os usuários tornam-se parceiros do serviço local de saúde.

Cada vez mais está fortalecendo, novos integrantes estão vindo, acompanhando o trabalho, estamos conseguindo coisas boas tanto para a comunidade, como para o próprio trabalho. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01

Esse fluxo extrapola a representatividade do conselho e quanto mais pessoas vão passando mais pessoas vão sendo empoderadas. O conselho muda atitudes ao longo de sua história, essa possibilidade de interconexões possibilita essas transformações. A solidariedade permite essa renovação, “o meu bem estar é o bem estar da comunidade”

Mas a gente ativou a semente e continuando assim mesmo, até foi melhorando e entrando mais gente, e melhorou até que estamos aqui hoje, o conselho bem maior e em atividades, todos com boa vontade de fazer algo. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 06

Há nesse movimento democrático uma abertura a novas idéias, as pessoas podem funcionar como consultores e há uma experiência prévia para resolver determinada situação. Essa é uma indicação de ressignificação para os CMS, para que possam ser mais abertos a renovação, a operar na sociedade o efetivo controle social, pela distribuição de poder e abertura a novos fluxos de participação (BISPO JUNIOR et al., 2013; DURAN et al., 2014)

Além da representatividade e trabalho dos conselheiros mais distantes, outra dinâmica do CLS são as reuniões itinerantes, as pessoas se deslocam num exercício de parceria. A comunidade como um todo trabalha a solidariedade.

Comecei a participar o ano passado 2015, pela falta também do ACS, mesmo com a falta da agente de saúde, já tinha gente participando do conselho, e fui convidado a participar, e vejo que com o conselho ativo muitas coisas vieram a melhorar neste decorrer dos anos e a partir que eu comecei a participar já houve mudanças e, não

dizendo que a mudança aconteceu porque eu estive participando ou que estou, mas sempre mais um faz a diferença. Grupo Focal 3-Usuário 02

O que motiva essas pessoas a se mobilizarem? Seria o fortalecimento comunitário provocado pela participação? Seria a solidariedade que é tão fortemente expressada pelas pessoas nesse território vivo? Seriam os trabalhadores de saúde colaborando com esse processo? São várias análises, mas de fato há um arruobo com poder de transformação que vem modificando pessoas, processos e estimulando ações. A comunidade não permite mais o retrocesso dessa metamorfose de participação.

Figura 14 – O fluxo de renovação dos conselheiros operando o fortalecimento do CLS

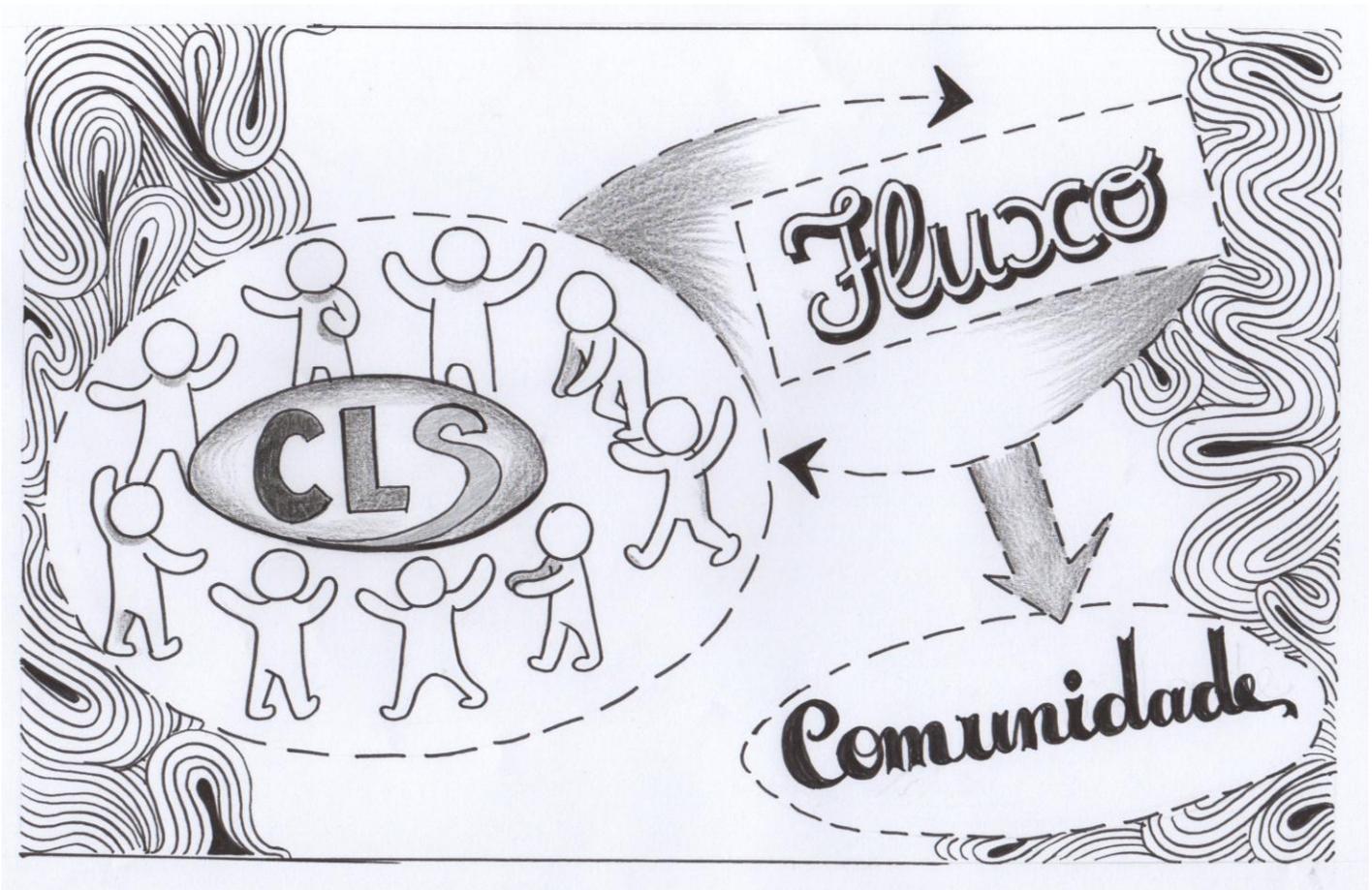


Ilustração: Ana Ivyna (2016)

5.4.6 Dificuldades enfrentadas no processo de organização do CLS

Várias foram as dificuldades enfrentadas no processo de organização do conselho como: poucos conselheiros participando das reuniões; baixa representatividade dos usuários, poucas demandas trazidas pelos usuários; a não credibilidade no movimento do Conselho.

Os processos de construção de organizações, principalmente as que envolvem a participação voluntária, apresentam dificuldades próprias do início, como a credibilidade e seriedade do movimento. Nesse sentido converge a história do CLS. Mas apesar da menção a alguns problemas iniciais, já há relato de superação. Apesar deles o processo continuou, foram ultrapassados os obstáculos e observa-se um conselho fortalecido diante das dificuldades iniciais.

A gente acha que foi mais complicado chegar até aqui, passamos por dificuldades, né? Pra gente construir este conselho por que teve algumas dificuldades no dia da gente se reunir. No dia que nos reunimos só estava eu e outra "pessoa". Quer dizer, a gente marcava reunião e o pessoal às vezes vinha, às vezes não vinha, sempre sem aquela credibilidade não acreditava no conselho, meio desanimado, mas agente atinou a semente e continuando assim mesmo, até foi melhorando e entrando mais gente, e melhorou até que estamos aqui hoje, o conselho bem maior e em atividades, todos com boa vontade de fazer algo. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 06

O conselho é considerado um espaço válido. O número pequeno de representantes foi superado. Há um interesse das pessoas, o que antes era problema, hoje não é. Sua fortaleza agora está expressa, a construção permitiu que conseguisse ultrapassar essas limitações, o conselho mostra essa história, a sua renovação está bem sedimentada para propor mudanças para a melhoria de vida da comunidade e para o bem da comunidade.

Apesar das dificuldades no decorrer desses anos muitas coisas já foram realizadas, muitas e muitas campanhas foram realizadas que já tiveram um bom êxito. Grupo Focal 3-Usuário 02

Miranda et al. (2016), traz em seu estudo que mesmo em um processo inicial de exercício da participação, os Conselhos Locais se concretizam como espaços em que os sujeitos se aproximam e desejam ter no Conselho um local de escuta de suas necessidades, de reivindicações e de intervenção na condução da gestão pública.

O conselho conseguiu encontrar sua identidade, um grupo de pessoas, trabalhando demandas internas e externas. À medida que o tempo foi passando, o processo mostra o amadurecimento do grupo, ele vem ficando mais coeso, mais forte, torna-se mais que um processo pontual.

Também acho que é uma coisa muito importante que vem acontecendo no decorrer dessas reuniões que a gente vem fazendo mensal, pode até ser que não tenha sido mensal toda vida, porque a gente às vezes deixou de fazer uma ou outra. Grupo Focal 2-Usuário 06

Às vezes tem algumas coisas que dá algumas dificuldades, mas outras não. Então já participei de várias campanhas como a da cadeira de rodas que a gente conseguiu, a gente andou lá no Limoeiro, eu andei junto com a outra conselheira, na época só era eu e ela, a gente andou o Limoeiro todinho, depois eu andei na cidade também junto com os outros conselheiros. Grupo Focal 3-Usuário 03

O amadurecimento do grupo, aqui é descrito como o crescimento da capacidade do grupo em trabalhar às demandas que foram surgindo e como sua maior participação no processo de funcionamento do próprio Conselho.

O fluxo de pessoas no Conselho também trouxe fortalecimento. As idas e vindas de participantes vêm fazendo com que a organização ganhe forças e raízes. Esse processo não ocorreu de um momento para outro, já são três anos de caminhos percorridos para sua consolidação, não está pronto porque como a saúde é dinâmica os movimentos que a envolvem também o são.

Eu acho também que esse compromisso veio também das demandas acho que vocês podem lembrar, que não tinha muitas demandas, a enfermeira [Nome da Enfermeira] pedia pra trazer demandas mas ficava só aquela reunião e sem demanda. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 06

Kleba *et al.*, 2009, em seu estudo sobre empoderamento como fortalecimento para a participação social, aborda que a nível coletivo um grupo pode desenvolver um sentimento de pertencimento e promover práticas solidárias estimuladas por organizações comunitárias.

Uma das grandes potencialidades desse movimento é o sentimento de pertencimento das pessoas vinculadas ao CLS. É uma forte identificação que dá sentido a causa e opera fluxos de cooperação, participação e dedicação às propostas e lutas provenientes da dinâmica de funcionamento do conselho. Esse sentimento promove práticas solidárias expressas pelo engajamento dos sujeitos e pela mobilização local por objetivos coletivos e de cuidado com o outro, com as famílias e com a comunidade.

Figura 15 – Dificuldades e fragilidades enfrentadas no processo de organização do CLS

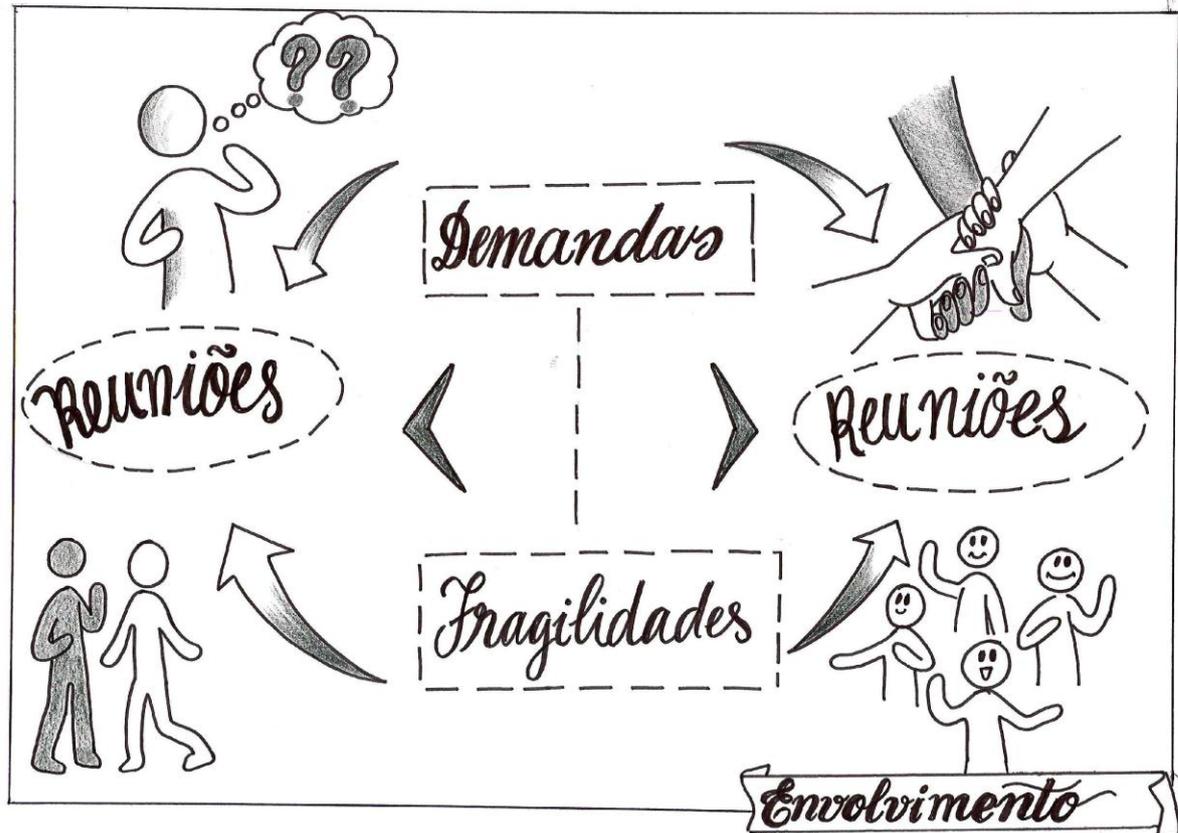


Ilustração: Ana Ivyna (2016)

5.5. Sentidos, valores e empoderamento comunitário no Conselho Local de Saúde

5.5.1 Motivações para mobilização e participação social

O conselho como espaço de participação apresenta um movimento que nos permite compreender, através da pesquisa, que há mobilização social, porém com um objeto de transformação. No CLS a mobilização é motivada, é objetiva, não é sem um fim, acontece quando tem algo mais concreto, exposto pelas necessidades das pessoas.

A mobilização é motivada para resolver os problemas identificados a partir das demandas que surgem no território. Nesse aspecto há um sentido que diverge da mobilização vista nos movimentos sociais, na sua maioria sem algo palpável, o “vamos nos mobilizar” para a organização de conferências, de eventos, que se funilam no simbolismo de discursos e de relatórios arquivados, sem a execução das demandas apontadas e envolvimento com os problemas concretos e suas resoluções (MIRANDA et al., 2016).

As necessidades que surgem, a partir das reuniões mensais, são impulsionadas pelas periodicidades dos encontros, motivando a mobilização a partir das situações apresentadas. O lixo que expõem as pessoas ao risco, o desprendimento do conselheiro que doa um terreno a comunidade, a doação que irá trazer benefícios da retirada do lixo e da produção que irá ser compartilhada com os demais que participaram da plantação, do cuidado com a roça, da coleta do que a terra oferece como uma dádiva. Todas essas ações além de ter sentido mobilizador também trazem significados para a comunidade.

A questão do terreno que foi doado na Gameleira, tinha um terreno baldio, um terreno de extensão da vila São Geraldo, mais de mil metros e onde lá existia muito foco da dengue, lata de sardinha, tudo, tudo...Os próprios moradores por falta de consciência jogavam lixo no terreno passava a coleta de lixo, mas muitos deles não colocavam no carro e preferiam jogar no terreno. O dono do terreno, doou o terreno para ser substituído, ao invés de latinha ser substituído por feijão (roça, plantação de feijão) o dono do terreno que é conselheiro que se chama, [...], ele doou o terreno. Hoje ao invés de ter latinha, sujeira acumulando água para se proliferar o mosquito existe apenas pés de feijão. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 05

[...] E ai vai se Deus quiser render feijão para todo mundo. Grupo Focal 2-Usuário 06

A participação se relaciona estreitamente com os interesses e necessidades das pessoas, processo que impulsiona a mobilização. As razões que fazem as pessoas se mobilizarem para participar vai construindo um significado pessoal e coletivo que incentivam a cidadania. (BUSANA et al., 2015).

O que evidenciamos é um grupo mobilizado, que, como representantes da comunidade, está motivado e quando ocorre um elemento desencadeador provoca ações de mobilização.

É assim no dia da reunião, aí os outros se comunicam com a gente do conselho, aí a gente vem no dia, nós debate as conversas: “Tá faltando o dentista” aí então se reúne, vamos na secretaria e fala com a secretária. Aí quando diz assim é a água, o mosquito da dengue, o lixo, nós faz uma cartinha e vamos falar com a secretaria. Hoje eu fui para uma reunião,[Instituição Filantrópica] aí tava falando de Chikungunya, aí eu dizendo a [nome da pessoa], ó [nome da pessoa], aqui tem um conselho local do Rosário, aí as meninas perguntam assim “ e essa água”, vem até nossos ouvidos, aí nós vamos falar com a secretária, aí um bocado de coisa tá sendo resolvida. Grupo Focal 3-Usuário 04

Em caráter divergente, ainda não é a totalidade das pessoas que detém esse sentido ou sentimento de mobilização. As pessoas da comunidade precisam entender que existem os problemas e refletir sobre eles. Experiências sobre CLSs mostraram que quando existe mobilização social ativa nas comunidades, há maior inclusão e participação das

peçoas, os vínculos são mais expressivos e há uma maior intensidade de demandas, propostas e resoluções, resultando em conselhos mais ativos e na maior participação de atores sociais menos favorecidos (COELHO et al., 2010).

No recorte temporal da pesquisa nos foi descrito que o CLS tinha contato com a população, mas sua visibilidade ainda não era efetiva na perspectiva de alguns conselheiros.

Que pena que muitos dos usuários dali da comunidade eles, assim, realmente eles não sabem o que é o conselho ainda, por que os usuários, eu falo em questão das minhas áreas por que eles não gostam de participar, assim eu queria que eles participassem mais por que eles iam ver o que era que eles estavam fazendo no conselho. Por que muitos ali não sabem ainda. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 02

O grupo de conselheiros que está nesse mandato percebe que apesar das ações, de um cronograma bem estabelecido de reuniões, ainda há pessoas que precisam ter a maior presença desse conselho. Talvez seja necessário repensar novas ações, trabalhar com a comunidade o papel do conselho de forma mais clara, estimular o envolvimento de mais pessoas e novas demandas.

Concordo, plenamente com você [nome da ACS]. Na Gameleira também tanto na minha área como na de [nome do ACS], muita gente já sabe o que é o conselho, mas ainda falta aquela divulgação mesmo para todos, pra eles poder entender e até mesmo ajudar mais. Acho que nós do PSF, a gente deveria fazer alguma ação na área toda que divulgasse mais o conselho, acho que por exemplo, acho que uns panfletinhos, com (ações) do conselho, com o nossos nomes, acho que seria muito bom ! Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 05

Nesse aspecto de construção, torna-se necessária uma retroalimentação formativa do próprio conselho, com capacitações para instrumentar os conselheiros. A participação social não é abstrata, é um processo que está em permanente construção, que permite avanços e retrocessos, mas depende da mobilização da comunidade na luta pelos seus direitos para sua real efetivação (ROLIM et al.,2013).

Em complementaridade a esse achado a compreensão é que na sua representatividade o conselho foi legitimado, e vai ganhando esse ponderamento à medida que as ações vão acontecendo. O CLS trabalha o território como um todo, não deixa lacunas, estabelece ações dentro da área da saúde e fora dela, a representatividade parece bem equilibrada, são vários atores de todos os espaços do território.

Algumas pessoas podem não ter uma aproximação maior com o CLS, podem não ter se integrado, e nem compreender de forma mais clara as suas ações, mas isso não invalida o seu caráter mobilizador.

Torna-se necessário ainda um pouco mais de tempo para que as coisas aconteçam como se deseja e para uma maior aproximação da própria comunidade, respeitando as diversas localidades. As estratégias de percepção de necessidades serão amadurecidas pelo exercício no Conselho, tornando-o de certa forma mais legítimo.

Em caráter complementar, também foi observado pela pesquisadora, ativa no processo de trabalho do CLS, que essa visibilidade vem sendo estimulada pelo próprio processo de pesquisa, modificando algumas ações do conselho. Nesse aspecto notamos o caráter transformador da pesquisa, o retorno dado aos lócus e ao objeto de estudo.

Esse CLS precisa realmente, ao ser legitimado, estimular as pessoas a desenvolver a sensação de pertença dentro do conselho, para que as coisas possam funcionar, porque de outra forma não funcionarão bem, pois se elas não fizerem parte, se não compreenderem que precisam contribuir com algo em benefício da comunidade, torna-se difícil seu fortalecimento. Um dos papéis que o conselho pode assumir é compreender um pouco melhor o que nos pertence, como a própria unidade, como todo o aparelho social instalado no município.

O conselho é um espaço aberto que se vincula a todos, não só aos representantes que estão nesse momento. Para dar seguimento a esse processo é necessário compreensão e clareza nesse espaço de troca, de discussões e reflexão a respeito desse sentimento de unidade para que as pessoas possam perceber que são tão responsáveis quanto os conselheiros que forem eleitos.

Figura 16 A Mobilização motivada e os enfrentamentos cotidianos comunitários

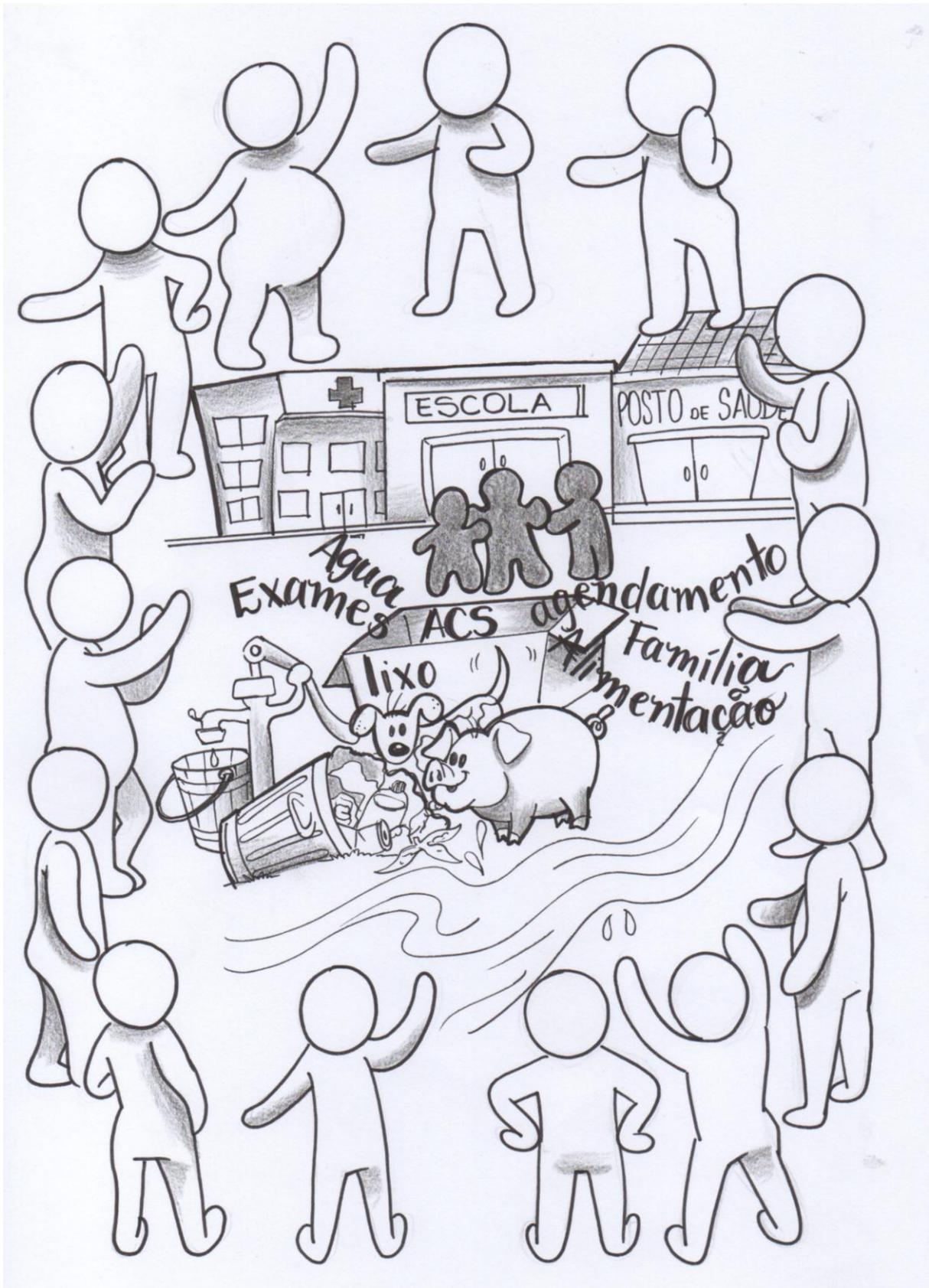


Ilustração: Ana Ivyna (2016)

5.5.2 Participação comunitária e envolvimento

A participação dos usuários e trabalhadores no CLS acontece pela presença regular nas reuniões. Tem sido mais que um movimento pontual, é um processo de envolvimento que tem continuidade, o que respalda e potencializa a participação da comunidade.

São feitas reuniões mensais como já foi falado, e essas reuniões geralmente são na terceira (3ª) quarta-feira de cada mês, sempre no horário noturno em que sempre na reunião é conversado, qual é o dia e qual é o horário melhor pra cada um já pra gente não marcar nenhum compromisso e poder participar do conselho. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01

Assiduidade em todas as reuniões na terceira (3ª) quarta-feira do mês, todos os participantes atuando mensalmente, levando as demandas, as críticas, as melhorias do trabalho da comunidade. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 06

O fomento a essa participação é visibilizado pela rede de contatos que existe, os conselheiros consultam seu entorno, fazem uma escuta prévia na comunidade para irem às reuniões mais preparados.

Bom, eles pedem nas reuniões, eles falam pra gente falar sobre o lixo, porque às vezes tem muito acumulo de lixo de umas localidades ai, ficam prejudicando os vizinhos, o pessoal continua jogando, jogando lixo lá e nem sabe que pode prejudicar a vida deles. Grupo Focal 2-Usuário 04

Quando ele sente a necessidade de algo que a gente disse, que eles nos buscam que a gente leva ate o topo, onde a gente vai buscar aquilo que ele precisa. Grupo Focal 2-Usuário 07

A participação popular no SUS é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, pois coloca o cidadão usuário como representante de sua comunidade, uma vez que ele é conhecedor da realidade local negociará e decidirá sobre as políticas de saúde públicas, configurando um processo de uma nova relação entre o Estado e a sociedade. (ROLIM et al., 2013)

Compreendemos que o movimento do CLS acontece com a comunidade. O Conselho além de assumir o papel de fiscalizador e de prestador de contas do serviço de saúde, em movimento divergente toma o posicionamento de acompanhar, de se colocar “ombro a ombro” com os trabalhadores de saúde, e operacionaliza o “vamos fazer juntos” em prol do bem estar da comunidade, o que parece consolidar um forte fluxo de participação comunitária em seu sentido real e efetivo impulsionando mudanças.

Ajudar a levar a opinião das pessoas por que a gente pensa o que acha que tá certo ou errado na nossa comunidade, e ajudar também a outra comunidade, escutar o que o pessoal quer falar, o que tá certo o que tá errado para ver se agente junta, busca uma solução e vai resolvendo os problemas. Grupo Focal3-Usuário 01

E também a credibilidade se torna mínima a partir do momento que as pessoas começam a participar, ver que realmente ali é uma coisa de responsabilidade, realmente tem futuro com aquilo, que estar tendo os pontos positivos até a própria comunidade hoje já estar querendo participar seguindo hoje já esta querendo participar seguindo saber quais são os dias das reuniões, querendo se integrar por que? Grupo Focal1-Trabalhador de saúde 04

Comparativamente o que se expressa na participação nesse CLS falta nos Conselhos Municipais de Saúde, que é justamente este estar junto com as comunidades. Quando os CMS se firmam, eles se efetivam no papel fiscalizador, são os instituintes relatórios de gestão que operam seu exercício, até as conferências realizadas, que seriam o seu díspar no processo de participação, estão muito distantes das práticas de saúde, das vivências e necessidades comunitárias (SILVA et al.2011).

Parece que se vivencia um retrocesso nos movimentos de participação comunitária, o burocrático vem consumindo os cuidados, as relações e os processos. Torna-se importante um resgate para o desencadear democrático das mudanças e para a consolidação dos direitos dos nossos usuários no SUS. O fazer local é um princípio que pode encorajar outras realidades na rede que infere mudanças.

Converge nesse sentido, o estudo de Oliveira et al. (2010), que discutem sobre a democracia representativa não ser capaz de atender as necessidades comunitárias e nem de promover respostas às demandas e problemas da população. As autoras indicam que é crucial promover a democracia participativa como um mecanismo político, social e cultural para garantir a participação das pessoas no processo de tomada de decisões sobre os interesses do coletivo.

Há na ata oficial (**DOCUMENTO 1:** Livro Ata do Conselho Local de Saúde do Rosário – 2013 a 2016 do Município de Milagres – CE, 2016.) o registro das reuniões e movimentos realizados para o bem comum, sem denunciamento, com compromisso. Esse exercício dá respaldos à comunidade e ao CLS, oficializando também essa participação.

Evidenciamos no processo de mobilização motivada que existem comunidades mais participativas que outras, no território de abrangência do CLS, mas no geral todas elas participam. O complementar a esse processo seria instrumentar essas comunidades para entender melhor o quanto se cresce com a partilha e com a participação.

É provável que cheguem momentos em que conselho e a própria comunidade para dar conta de algumas situações, precisarão acionar outros dispositivos, buscar a intersetorialidade, outros órgãos dentro do próprio município, para aumentar sua capacidade resolutiva.

Neste processo o diferencial é a provocação de um espaço de discussão onde os conselheiros diante de um problema se coloquem e reflitam, incidindo um decurso que permite que quem está lá parado comece a se mobilizar, a olhar para seu espaço, a verificar que é possível melhorar a qualidade de vida desse entorno e que possam contribuir participando e lutando.

A Participação nesse sentido é a compreensão, é a clareza sobre o espaço, sobre o entorno, como as coisas funcionam, não se pode só esperar que o conselho faça pelo outro, mas fazer juntos. Essa experiência pode permitir que a comunidade comece a olhar para si, para seu espaço, identificar o que precisa ser melhorado, e como podem juntos tentar resolver, não esperando somente pelo poder público, mas como os representantes legítimos do CLS podem ajudar nesse processo.

Cobrando da gente, de quem faz parte do conselho, cobrando da gente, e a gente vai nas reuniões, a gente chega até trazendo os problemas pra o profissional da saúde e a gente vai lá em cima na secretaria de saúde reclamar, como aconteceu outras vezes. Grupo Focal 2-Usuário 06

Levando as demandas, as críticas, as melhorias do trabalho da comunidade. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 03

E que nós do conselho representamos a voz da comunidade e nós somos também usuários, representamos a comunidade mas também somos usuários. Grupo Focal 3-Usuário 02

A participação popular transforma as pessoas, as instituições e a cultura política. É uma dinâmica de luta diária, de aprendizagem que envolve além de usuários, os trabalhadores e a gestão em um processo que pode culminar na transformação de realidades e espaços. (OLIVEIRA et al., 2010).

5.5.3 Valores ético e simbólico no processo de planejamento local em saúde

Imerso nesse movimento de participação há uma singularidade que fortalece o processo social que esse conselho exerce, que é a expressão de valor, de formação de

identidade. O CLS tem uma identidade, “o Conselho Local de Saúde do Rosário”. Há um símbolo utilizado que identifica os representantes, em um sentimento de pertencimento, mesmo sendo a utilização de um fardamento algo normativo, por outro lado é significativo.

Essa figura aqui também onde quer que você veja, você vai saber que aquela figura representa o seu conselho, o Conselho Local de Saúde do Rosário, por que aqui é o símbolo que nós adotamos para nosso conselho. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 04

Há um sentido forte nessa representação, pois quando se atinge o nível de buscar uma identidade, de defender os ideais da comunidade, de personificar a instituição, mostra uma diferenciação nesse CLS, que diverge do usual da maioria dos outros conselhos que existem e estão até mais aparelhados, mas não conseguem colocar em prática os seus reais significados e objetivos.

O valor atribuído a esse conselho fortalece o processo de participação sendo expresso por um funcionamento marcado por atuação e prática (COSTA et al., 2013). Há um respeito respaldado pela assiduidade e pela partilha, conferindo um caráter de diferenciação para seus representantes.

Porque foi um conselho que foi formado, com pessoas dignas com pessoas que realmente querem o bom comum de todos e que viu que realmente deu certo e deu certo porque o conselho não é só no papel, não é um conselho que agente faz só pra assinar e pra dizer que tem conselho, não. O nosso conselho é diferenciado, graças a Deus é por isso que estar dando certo. É um conselho atuante, assíduo como disse nossa colega Renata nas reuniões sempre todo "mundo" participa, as faltas dos membros são mínimas, então é isso que tenho a dizer do nosso conselho. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 04

Outra marca desse movimento é a significação para as pessoas do CLS, como boa prática, expressando um “querer compartilhar ” essa experiência, considerada exitosa, por todo o território”.

É uma coisa, que o conselho, ele tem que existir em todo, como se diz, em todas, vamos dizer, na cidade, na secretaria de saúde, já vem lá de cima, e que foi despertado só no nosso setor, que é pra poder a gente viver mais melhor. Buscar as reivindicações que a gente tem direito. Grupo Focal 2-Usuário 07

Ao ensaiar descrever as ações de planejamento local em saúde realizadas neste território da Estratégia Saúde da Família, o CLS desponta como uma experiência produtora de possibilidades, tão cheia de sentidos e significados, mas ao mesmo tempo tão simples e imersa no diferencial de que é necessário que haja apenas atitude de operacionalizar um

processo de planejar local com a participação das pessoas que fazem uso do serviço, mediante suas necessidades, integradas com os atores que prestam o cuidado.

È um planejamento participativo. Todos participam, como conselho, mas também como usuários, e também a gente traz para as reuniões situações de pessoas das nossas comunidades que também são usuários. Grupo Focal 3-Usuário 01

Aí chama toda equipe participa; os agentes de saúde, até as meninas da limpeza participam e é debatido a questão das ações pra que ocorra um procedimento multidisciplinar, multiprofissional onde todos os profissionais estejam interagidos na mesma ação. Dia do hipertenso, atendimento odontológico, atendimento médico-enfermeiro e atendimento das gestantes, enquanto é feito o pré natal, o dentista faz o atendimento do pré-natal odontológico, no dia da puericultura, a criança passa pela enfermeira, passa pela médica, e aproveita e passa pelo dentista, para o dentista passar as orientações pra mãe fazer a higiene, pra saber como fazer é que faz a higiene. Tudo isso a gente vai fazendo a parte do trabalho preventivo, e já também a questão do tratamento se for necessário. Grupo Focal 1-Trabalhador de Saúde 01

Em síntese o planejamento local emerge nessa realidade como uma possibilidade de aproximação real às necessidades e demandas da população.

Planejamento para agir naquilo que vem na demanda de alguma coisa que a gente precisa e que tá necessitando, a comunidade, tanto a nossa comunidade como do conselho em comum, não é só a Gameleira. Então é nessas reuniões que a gente discute o que vai fazer e vai buscar solução pra isso. Grupo Focal 2-Usuário 07

O planejamento em saúde nesse território se dá de maneira integrada ESF E CLS juntos articulando, promovendo, avaliando e provocando mudanças no trabalho.

O próprio conselho, nós temos, a nossa equipe, nós temos o conselho local e também temos as reuniões mensais da própria unidade de saúde. Então, há uma junção das ideias tanto dos conselheiros, como dos profissionais da unidade, há uma junção de ideias e daí, há flexibilidade para desenvolver o trabalho. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 04

O CLS tem tido o cuidado de apresentar os resultados das demandas que ele vem dando conta, se as ações pensadas estão dando certo ou não. Há espaço para prestação de contas, para os usuários poderem avaliar criticamente, se houve a participação da comunidade, o envolvimento para a resolução dos problemas e oportunamente colocarem suas novas demandas.

Quando uma coisa tá dando certo a gente comenta na reunião. Oh isso é assim, tá indo certo, é pra ser assim mesmo. A gente fala os pontos positivos, os negativos e os pontos positivos. Grupo Focal 3-Usuário 03

Neste dia a gente faz a prestação de contas de que deu certo o que foi combinado no mês anterior, o que realmente deu certo, se não deu certo a gente toma a decisão de tentar novamente e planeja as ações que a gente vai fazer naquele mês seguinte. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 05

Para Cotta (*et al.* 2010), democratizar as informações e decisões, consentindo sua avaliação por parte da comunidade, seria colocar o usuário no centro do processo, numa relação de corresponsabilidade. E, segundo suas considerações, para a consolidação de uma gestão participativa torna-se necessário a existência de canais de participação livres e um fluxo constante de informações.

Podemos observar nas narrativas o planejamento em saúde e suas etapas: a identificação de problemas e demandas, pactuações de metas e avaliação de ações. Estão dados os passos do planeja SUS (BRASIL, 2010). Mas pelo olhar das pessoas não instrumentalizadas para essa ação, é o divergente que se manifesta, é o ato de planejar nato, natural, mobilizado mediante a participação social.

Quero só lembrar que no começo desse ano, a gente teve uma reunião com planejamento do que a gente ia fazer nas demandas desse ano de 2016 quais metas que a gente queria ter como objetivo vê se conseguia para 2016. Isso foi muito interessante. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01

O PlanejaSUS está no plano operacional burocrático, vem perdendo o sentido por que se tornou teórico e enrijecido, sem provocar o ato de planejar nas pessoas; está posto, mas inerte. O CLS está fazendo acontecer porque percebeu no cotidiano o diferente. Compreende-se que o sentido desse planejamento é mais do que a ida a reunião com as demandas previstas, é o próprio fazer, é o participar, é o se motivar, são os tantos significados do processo real.

Um fenômeno como esse nos aponta um conselho ativo, atuante, que busca diante das dificuldades provocar estratégias de aproximação; ele tenta ouvir as pessoas, como poderiam agir; promove um espaço onde cada um dá sua opinião, entra-se em consenso, tem-se um produto, avalia-se se dá conta da sua resolução; se não deu conta, reavalia.

Também como o ACS já disse, vê o que realmente foi realizado naquele mês, o compromisso que tivemos, se foi realizado, o que não foi tentamos novamente resolver, e cada um dá suas sugestões, que vem da comunidade, e também a mesma pessoa que dá sugestão, ela também dá a sugestão para a melhoria daquele fato (o que está acontecendo na área). Então, ao mesmo tempo que há sugestão da complicação que houve na área, o que está faltando, (o que está "deixando" a desejar) diante da comunidade, Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 04

Quando tem algo que a gente precisa então todos dizem a sua maneira de agir, e ali a gente chega a um bom senso e se discute qual é o melhor pra agir com algo que esta acontecendo nas comunidades. Os setores, os conselhos, todos que participam do programa da saúde. Grupo Focal 2-Usuário 07

Torna-se um processo também de avaliação, onde é oportuno aprender mais, fazer mais. O CLS consegue provocar mudanças nos espaços, nas pessoas. As pessoas passam a participar mais porque aprendem que participar é importante para preservar o bem estar da vida em comum. E os profissionais que vão trabalhar perpetuam o trabalho existente em um processo muito enriquecedor.

Agora com a Chikungunya, o Zica vírus , na última reunião foi debatido com a equipe sobre isso e a gente não quer a reunião só simplesmente para melhorar o atendimento da nossa região, mas também de outras, e principalmente nessa questão da dengue. Grupo Focal 3-Usuário 02

Há um fluxo dentro da própria comunidade, onde a apropriação territorial, além de geográfica, representa a mobilização social. O conselho provoca a transformação do cenário local, agregando a possibilidade da construção de rede, em tese em arcabouço teórico, porque a rede somos nós. Nesse movimento divergente, o CLS faz a academia pensar, é o processo inverso, que se complementa.

O CLS fomenta espaços onde a própria comunidade parece que atingiu um grau de maturidade de envolvimento com o processo de planejamento participativo, em um contexto onde atores se alinham em um movimento com objetivo comum para um fim comum.

Todos tem o direito de falar, nós conselheiros. Todos os conselheiros falam o que tá precisando de falar, por exemplo, tem um problema que um quer trazer aquele problema, aí aquela pessoa fala todos escutam, todos dá a opinião do atendimento como a pessoa acha que tá certo, depois a gente vai ver como decidir no final. Um traz um problema, na conversa todos debatem como vai ser o final, do jeito que for melhor é como fica. Todos aceitam. Grupo Focal 3-Usuário 02

5.5.4 Atitude, união e empoderamento comunitário

A construção, a vinculação e a participação das pessoas no CLS vem resultando em um aprimoramento de ações gerado por alguns dispositivos e ferramentas como a atitude, união e o empoderamento dos seus representantes. É um operativo de retroalimentação no

espaço onde as pessoas vão aprendendo a ser conselho e na própria busca desse aprimoramento vão se aperfeiçoando.

Tem quer ver que o que tá alimentando a esses usuários a não tá esperando tudo pela prefeitura é justamente a questão da comunidade se mobilizar pra fazer não estar esperando pelo gestor. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01

Há um sentir em relação a determinadas situações vivenciadas que gera uma reação estimulada pela participação no CLS, é o que denominamos de atitude. A atitude dessas pessoas resulta em ações realizadas, constituindo dispositivo que fomenta benefícios para a comunidade.

Esses objetivos, essas coisas que foi conseguidos foi através da pressão das comunidades, (das pessoas) que estavam necessitando desses trabalhos, desses benefícios, todo mundo falando por uma boca só, que tavam precisando mesmo desses atendimentos, que é muito necessário, e aí o conselho conseguiu melhorar o atendimento. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 06

Diante das dificuldades as pessoas rapidamente se mobilizam, tomam atitude impulsionando o empoderamento. O empoderamento não é dado, não é teórico, ele vem sendo construído à medida em que se vivenciam os problemas, as dificuldades, os desejos de mudança, os anseios por uma comunidade mais saudável.

Quando é pra ir lá na secretaria todos vão (na secretaria de obras pra resolver o problema do lixo) foi alguém do conselho na secretaria de saúde, o pessoal do conselho vai também. Tá fazendo a parte dele o conselho, só que não depende só do conselho, depende também do gestor. Grupo Focal 2-Usuário 06

Isso mesmo Robson, concordo. Por que o usuário ele tá sentindo que ele tem poder, entendeu? ele tem poder ! Através do conselho o próprio usuário sentiu a necessidade e viu que ele tem poder. Então o que aconteceu, a bomba deu o prego, muito tempo sem ajeitar, a própria comunidade sentindo falta. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 04

O empoderamento dos conselheiros leva ao aprimoramento do agir desses atores sociais, vai além da teorização, está na experiência imbuída de saberes, construída com a participação de trabalhadores e usuários a partir de situações vivenciadas e não burocratizadas em um planejamento real e praticável.

Busana et al. 2015, em um estudo sobre limites e potencialidades da participação popular em um CLS, constatam que os usuários acreditavam que serem representantes de um Conselho é uma maneira positiva de unir forças e de lutar pelo bem comum, direcionado por movimentos, ainda que inconscientes, de empoderamento.

O exercício de participar tende a estimular o processo dialético que favorece a circunstância de adquirir poder participando. Todo esse seguimento participativo depende do conhecimento que a população tem sobre as políticas públicas em saúde e sobre seus direitos e deveres como cidadãos, constituindo o primeiro estágio para o desenvolvimento de poder de controle sobre a efetivação dessas políticas e, ao mesmo tempo, desenvolvendo o poder das comunidades – empowerment (GRISOTTI, et al.2010).

A união do grupo surge de forma significativa como um dispositivo que fortalece esses processos supracitados. Essa conexão do grupo gera uma combinação de esforços e pensamentos para um bem comum. Talvez uma das bases para a solidificação do CLS seja a união que instiga uma relação entre os representantes de integração, pertencimento e de responsabilização.

É como U4 falou a união faz a força do maior ao pequeno, nós todos unidos vence as barreiras. Eu acho que é sinal de união, Grupo Focal 2-Usuário 06

[...] então os próprios membros da comunidade viu que reunido a pessoa numa só, como diz a história " Uma andorinha só não faz verão", mas unidos todos os membros, né, os membros que eu digo são os usuários, contribuíram e compararam a uma bomba. Eu acho que isso, direta ou indiretamente foi já espelho do conselho. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 04

Em síntese, a atitude, a união e o empoderamento impulsionam a nível local a responsabilização dos usuários e trabalhadores, em um movimento integrado, que ocorre no espaço do CLS.

[...] seja no atendimento, seja no abastecimento de água, seja na questão da lixo, e daí a gente vai atrás de tentar resolver esse problema. Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 01

O agir diferenciado institui ações transformadoras na saúde da comunidade. Todo esse aprimoramento do agir potencializa o planejamento local porque transforma as relações trazendo a comunidade para o fazer junto, de acordo com as suas necessidades. Em divergência ao lógico operacional, o planejamento é feito com as pessoas e não só para elas.

O indicativo teórico de um novo fazer na saúde aqui encontra concretude. A ação é usuário centrado. Esse despertar induzido pela participação no CLS visibiliza o que já está preconizado pelo SUS e pelas políticas públicas, que indicam um novo significado para o cuidado em saúde das populações.

Até porque, isso aconteceu comigo em relação ao peso da bolsa família que foi uma estratégia que eu não imaginava acontecer e eu me dispus a ir a noite pra pesar as pessoas por conta que a viabilidade pra eles era muito melhor, então eu achei por bem ir a noite também, reservar o horário da noite pra pesar as crianças, as mulheres, pais de família, os pais não, as mães por conta que muitos trabalham durante o dia, faltava, e foi muito bom esse horário que eu resolvi pra eles. Reservei por conta da demanda deles que pediram e eu fui até a eles, então ficou tanto bom pra mim como bom pra eles. Eu acho que isso, tudo isso vem de acordo com as necessidades da comunidade [...] Grupo Focal 1-Trabalhador de saúde 04.

A teorização do PlanejaSUS ainda está distante das realidades locais e das práticas vigentes. O estímulo à participação social que é um dos seus objetivos ainda não é efetivo, bem como o empoderamento das populações não é alvo de discussão e trabalho. O planejamento ainda está muito vinculado aos instrumentos normativos como planos, programas, projetos, relatórios para o cumprimento de questões legais, talvez sendo um dos tantos entraves para que de fato venha a embasar a gestão e fazer sentido para os trabalhadores e conseqüentemente possa responder aos anseios e demandas de saúde.

O planejamento no SUS ainda necessita de recursos humanos em quantidade e qualidade, principalmente na área de monitoramento e avaliação, assim como no campo de conhecimento das características e peculiaridades dos territórios em que os serviços de saúde se instalam. Como instrumento essencial de gestão, cabe ao planejamento contribuir para que o SUS responda, com qualidade, às demandas e necessidades de saúde para a sua consolidação (BRASIL, 2009 b).

Figura 17 – Sentidos, valores e empoderamento comunitário no Conselho Local de Saúde



Ilustração: Ana Ivyna (2016)

- **Um caso especial: a aquisição de uma cadeira de rodas como conquista da mobilização comunitária**

O despontar das necessidades que surgem provoca um agir solidário, fomenta o empoderamento e atribui significado ao estar sendo representante da instituição Conselho.

Um dos elementos motivadores que marcou o CLS foi a campanha para aquisição de uma cadeira de rodas adaptada para uma criança com necessidades especiais. A cadeira tradicional poderia ser conseguida pelo Estado, mas não atenderia as necessidades da criança e da família. Os conselheiros, movidos pela solidariedade, se mobilizaram em virtude dessa ação e mesmo sendo uma prática assistencialista, em movimento divergente seu significado tornou-se símbolo e referência para os trabalhos vindouros e foi marco na atuação desses atores.

Uma das maiores ações que foi realizada pelo conselho foi a cadeira de rodas da criança, que estava tendo necessidades especiais. Foi feita uma campanha onde todos se reuniram, pediram nas comunidades, no comércio, fizeram os bingos, pra que fosse feita a compra dessa cadeira. Também já houve a questão dos tambores de lixo, os coletores aqui pro Rosário. Grupo Focal 3 - Usuário 03

A conquista da cadeira, foi o marco chefe, foi o carro chefe. Grupo Focal 2 - Usuário 07

A conquista da cadeira de rodas adaptada para a criança com necessidades especiais gerou nas pessoas o sentimento de conquista, foi um dos atos que potencializou o movimento de participação e fez o CLS, aos olhos dos conselheiros, se instituir como um dispositivo social importante para a comunidade.

Foi uma vitória, uma realização do Conselho Local de Saúde e que a gente só trouxe através dessa cadeira de rodas, a melhoria de vida para essa criança, a disponibilidade não só pra ela, mas também pra família. Eu tive oportunidade de estar lá na casa da família e lá ele passava o dia deitado num colchão no chão, quando não era deitado no colchão era nos braços da mãe. E que esta cadeira de rodas com certeza mudou a vida desta criança e da família. Grupo Focal 3 - Usuário 02

A ação resultou em conselheiros mais atuantes e foi um determinante para o aprimoramento do agir da participação comunitária a nível local. Há um sentimento de pertencimento que imperou e gerou atitude.

Pra mim fortaleceu mais depois da conquista da cadeira da criança que o conselho conseguiu pra gente, e a partir daí estar mais ativo o conselho. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 02

A cadeira de rodas, como Elizete falou, deu uma ativada muito grande no conselho, só que graças a Deus, até onde eles estão participando, como estão trazendo demandas eu acho que o conselho está indo muito bem e a tendência, já que tem alguns conselheiros que estão se recantando mais, eu digo porque presto atenção a tudo, mais no que vai saindo alguns vai a gente vai conseguindo outros pra cada vez melhorar o conselho a gente não pode deixar acabar nunca mais um conselho desse. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 06

Figura 18 – O agir solidário e a conquista pela mobilização comunitária.



Ilustração: Ana Ivyna (2016)

5.6. Resultados do Planejamento Local em Saúde: interrogações, limites e desafios.

5.6.1 É possível construir a governabilidade na participação comunitária?

A governabilidade em sua abrangência e sentido não está neste momento na apreensão do movimento e processo de mobilização do Conselho. O movimento instituído na sua simplicidade vem sendo formador de um espaço de reflexão, onde as pessoas estão formando uma percepção de que algumas demandas podem ser resolvidas por meios próprios, mas outras diante de sua complexidade não têm sido possível solucioná-las.

São expressivas as tentativas e mobilização que acontecem no intuito de resolução dos problemas, mas o processo que os envolvem se depara com uma rede de difícil alcance para esses representantes, neste estágio temporal de vivência de planejamento e participação.

O CLS opera dentro de sua governança, tem algum potencial resolutivo, porém, diante de algumas demandas expostas pela comunidade ainda não há governabilidade sobre determinadas ações.

O que compete ao conselho, o que é, assim, aonde o conselho pode atuar realmente que faça por o próprio conselho tem a possibilidade de resolver, é resolvido. Quando o conselho precisa de segundas instâncias, entendeu? São coisas dependiosas, fica mais uma pouco difícil, mas é exatamente pra isso que foi criado o conselho, pra que a gente "bata na tecla", e que vá mais além, porque o conselho realmente a finalidade do conselho é isso, é ir além, além das impossibilidades que o conselho pode fazer. Então o que é de competência do conselho poder resolver ali na hora é resolvido. Quando parte pra terceiros, é um pouco demorando, mas isso não quer dizer que o conselho adormeça, não, ele fica sempre atuando até chegar a solução. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 04

No seu cotidiano de atuação há a percepção dos problemas, a identificação de suas causas e conseqüências, há envolvimento das pessoas e responsabilização para com a sua resolução, mas ainda não há o operativo da governabilidade.

As ações realizadas são parciais, mas o que se experencia no espaço do CLS de forma assertiva é a articulação e a cooperação entre os atores sociais que respondem algumas demandas. Há a satisfação de algumas necessidades, mas com limitações. Isso que eles estão vivenciando engloba dimensões presentes na governabilidade, mas a capacidade de governo do conselho é baixa.

Às vezes é problema que tem que ser resolvido não depende da gente. Mas é problema, que no caso é o gestor que tem que resolver. A secretaria no caso. No caso sendo problema do conselho, o conselho resolve, mas quando não pode tem

que ser levado pra secretaria, ai é através da secretaria que eles tentam resolver. O problema que o conselho não pode resolver é a coleta de lixo, que nos não podemos resolver isso. Grupo Focal 2 – Usuário 02

O que observamos distintamente é que há uma capacidade reflexiva sobre as limitações de atuação do CLS, o que é positivo, pois esta percepção indica que há espaço para serem trabalhadas as lacunas de seu exercício mediante as possibilidades do seu agir. Os sujeitos não foram treinados, apesar dos trabalhadores terem alguma noção sobre planejamento. Na sua quase totalidade esta é uma experiência empírica que pode ser transformada a partir das contribuições da pesquisa.

Mas o que está dentro da nossa possibilidade juntos com os conselheiros e os profissionais da saúde é trabalhar pra que seja resolvido o problema da melhor forma possível e mais rápido. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 01

Estas etapas vistas e trabalhadas guardam algum paralelo com a sistematização do planejamento: a identificação do problema, a tentativa de analisar possíveis causas e consequências, quais pessoas são atingidas, as estratégias de abordagem para melhorar a qualidade da assistência.

Este conselho consegue até compreender o caminho para a resolução das demandas, mas para a operacionalização efetiva das ações propostas, diante da magnitude dos problemas, torna-se necessário um planejamento mais instrumentalizado.

É indicativo, nesse contexto, instrumentalizar este conselho, dando a ele mais elementos para realizar o planejamento, entender melhor e analisar bem a partir dos problemas, suas causas e consequências, e aparelhar os conselheiros para pensar as estratégias de abordagem. Realizar uma análise para chegar às secretarias do município de forma mais instrumentada, pode fazer uma grande diferença no impacto das ações do CLS.

Melhoria para a comunidade. Uma das ações o conselho acha melhor fazer uns ofícios, e levar para a entidade responsável solucionar o problema. Então, eu acho que uma das ações do conselho é o que? Procurar resolver da melhor forma ou através escrito ou verbal, no entanto há a solução, o maior foco do conselho é solucionar os problemas. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 04

Segundo Zambon et al. 2013, é necessário uma maior capacidade técnica e política para a elaboração e a negociação de propostas no espaço institucional do Conselho. É importante ressignificar esse processo de participação. Contribuir com o exercício da reflexão

torna os representantes mais críticos, fortalece o conselho, ajuda as pessoas da própria comunidade.

A capacidade reflexiva é um elemento de fortalecimento, pois ao olhar os problemas de forma diferenciada e ter a apropriação do processo, pode transformar o espaço em que se vive. É a colaboração com uma comunidade mais ativa e saudável que se constrói para o futuro.

5.6.2 É possível resolver as demandas da comunidade pelo planejamento local em saúde?

O CLS resolve algumas demandas, não todas. Algumas conquistas mostram isso. O que o limita é a complexidade da resolução dos problemas, não existem respostas simples para questões complexas.

Por exemplo: Alguma demanda a gente conseguiu resolver, a cadeira de roda está sendo usada pelo usuário que estava necessitando, a questão do lixo nós tentamos, nós fizemos reunião em comunidade, orientamos as pessoas como era pra ter sido feito, o lixo o pessoal da infraestrutura trouxe os tambores, mais não passa aquela coleta não passa pelo ao menos uma vez por semana, quer dizer o pessoal do Rosário continua jogando o lixo na Barragem, na vilinha, o problema do mesmo jeito, sem solução, cada vez piorando. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 05

O lixo surge nas narrativas como um problema grave, assolando a comunidade, e não é algo tão fácil de solucionar por todos os desdobramentos necessários para a sua resolução como: uma rede municipal que não atende às necessidades expostas, não responsabilização da gestão municipal pela coleta, armazenamento inadequado, falta de organização social local, a não compreensão da gestão sobre o lixo ser um determinante social de saúde, a educação, entre outros. É uma Problemática de grande magnitude, mas que foi eleita pela comunidade para ser trabalhada pelo CLS.

Percebemos que existem algumas ações que foram feitas para melhorar a condição do lixo, entretanto não foi resolvido o problema de todo. O grupo tem certo grau de potencialidade, a comunidade tem potencialidade, apesar do conselho conseguir através de mobilização resolver alguns problemas, o do lixo parcialmente se soluciona pela sua complexidade.

Outra questão visibilizada é que alguns representantes expressam que o conselho é um comunicador, um problema chega e apenas é deliberado para outras instituições acionando mecanismos que na sua percepção podem ser resolutivos.

Melhoria para a comunidade. Uma das ações o conselho acha melhor fazer uns ofícios, e levar para a entidade responsável solucionar o problema. Então, eu acho que uma das ações do conselho é o que? Procurar resolver da melhor forma ou através escrito ou verbal, no entanto há a solução, o maior foco do conselho é solucionar os problemas. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 04

3GFU2: As demandas do conselho local são resolvidas. Não todas. Assim, a gente procura da melhor forma possível reivindicar, nós fazemos a nossa parte. Vamos até o órgão responsável, fazemos as ocorrências necessárias, mas que muitas vezes não é resolvida. Grupo Focal 3 – Usuário02

Será que conseguimos identificar quais são os atores direta ou indiretamente envolvidos nesse processo? É a comunidade? É o serviço de saúde local através dos seus trabalhadores? É a representação do município através da secretaria de saúde? O quanto nós conseguimos realmente entender nossas capacidades potenciais e nossas limitações para alcançar de forma total ou parcial a resolução de determinados problemas? É necessário compreender os problemas diante de sua dimensão, governabilidade, e das vulnerabilidades que os envolvem.

Neste contexto, como resultante, há uma reflexão positiva de entender a compreensão que os participantes demonstram, que dentro desse processo eles precisam acompanhar o setor saúde e outros setores, é uma necessidade de articulação, eles se responsabilizam com as ações inclusive com as intersetoriais. O CLS compreende que é necessário se articular para resolver os problemas.

Pronto! As instâncias governamentais, no caso que a gente tá sentindo mais dificuldade é, na infraestrutura. Então, vamos a que; a secretária, até o gestor municipal se for necessário. Então, nós do conselho temos a condição de chegar até além, só que, existem muitas barreiras, muitas barreiras para serem ultrapassadas, mas nem por isso o conselho deixa de atuar. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 04

Geralmente na secretaria de obras, secretaria de saúde, secretaria do meio ambiente, os órgão municipal que o conselho busca. Grupo Focal 2 – Usuário 01

A responsabilização dos usuários e trabalhadores é expressa pelo comprometimento com as ações que vêm sendo realizadas. O compromisso com a resolução das demandas faz o CLS buscar outros setores.

Conhecendo a complexidade do problema e a importância da articulação intersetorial há uma busca pela integração para ajudar na resolução dos problemas. O processo novamente indica que os representantes do CLS têm a percepção de suas limitações que vão desde a compreensão das suas próprias potencialidades até as suas deficiências. O

entendimento de não ser resolutivo parte de uma verdadeira reflexão que é preponderante e pode tornar a mudança real.

Favorecer a percepção da complexidade dos problemas, até onde a comunidade juntamente com o conselho pode ir, até onde é necessário articular, isso é uma arte. A articulação é uma arte na qual são necessárias boas argumentações para que o governo tenha um olhar diferente para essa representação local.

A complexidade é que o processo deve ser permanente, denunciar é preciso, mas trabalhar outras possíveis soluções é indicativo. É propositivo reforçar a reflexão da importância de um planejamento instrumentado para fortalecer o potencial resolutivo do CLS.

5.6.3 É possível envolver o usuário do SUS no planejamento em saúde?

Há a indicação que a operacionalização do planejamento seja realizada em todo o país, nas três esferas de gestão. Nos municípios, principalmente nos de pequeno porte, as dificuldades para implementação dessa cultura torna-se mais difícil, sejam por aspectos técnicos ou humanos (BRASIL,2009 b). Neste território em estudo há um planejamento local que envolve o usuário no processo, confirmando a participação social que foi incentivada, ampliando as perspectivas do planejamento local para o PlanejaSUS.

Mesmo diante do encadeamento de ter governabilidade ou não, da resolutividade ser parcial nas várias situações narradas, nos deparamos com um movimento de destaque que é o de envolvimento dos usuários com o CLS.

Teve a reunião, O ACS veio com o nome do menino da área dele e a gente tinha um na área do Rosário. Convocamos a mãe do responsável pra próxima reunião aí com um mês a mãe do menino que foi solicitado a cadeira que recebeu participou da reunião e a mãe do Rosário não quis participar. Ela não quis participar, porque não queria ganhar a cadeira por motivos pessoais dela, mas só quem participou da reunião foi a mãe da Gameleira. Por isso que o conselho só fez a mobilização para o menino da Gameleira, por que a mãe foi, quis e aceitou que a gente pedisse. E ela ajudou nos Eventos. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 03

E até por que a própria família participou dos eventos. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 01

Há uma aproximação das pessoas ao trabalho do Conselho que facilita a execução das ações planejadas, é um interagir que contribui para fortalecer a participação.

No movimento espiral que toda a contextualização desse processo provoca, voltamos à discussão da forte ação do envolvimento dos usuários ao assumir o papel de ACS

numa área descoberta, pela reflexão que se faz necessária nesse contexto imperativo de governança e resolutividade.

Faço assim, eu sou conselheira, ainda tenho um trabalho assim como agente comunitária de saúde, todos sabem, mesmo os meninos estando ajudando, mas eu tendo ficado por primeiro as pessoas me procuram, mas não por que eu saiba mais, mas é porque eles já se acostumaram a me perguntar, mas aí as vezes, sempre aquela coisa, todo mundo sabe que os meninos também são do conselho, eles fazem a minha mesma função mas somos todos iguais, só que às vezes devido a isso as pessoas sempre me procuram, mas é por que comecei primeiro, aí as pessoas já se acostumaram. Grupo Focal 3 – Usuário 03

O CLS tem governança nessa situação, torna-se resolutivo, em divergência o que momentaneamente parece positivo, em longo prazo pode se tornar prejudicial à própria comunidade. Função que deveria ser assumida pelo Estado e que, neste caso, vem gerando uma alternância de poderes e responsabilidades, acomodando uma situação que não reflete o real papel do conselheiro local de saúde. O envolvimento do usuário, apesar do agir solidário, desresponsabiliza a gestão local de saúde, sobrecarregando o Conselho e a Equipe de Saúde.

5.6.4 É possível incluir o planejamento em saúde no processo de trabalho da ESF?

O Conselho adentrou no espaço da unidade de saúde a partir do planejamento integrado. A escuta atenta resultou no olhar diferenciado às necessidades da comunidade.

A equipe realiza planejamento local das ações de saúde mensalmente, com a inclusão das demandas e necessidades trazidas pelos usuários conselheiros, bem como organiza o processo de trabalho com base nas necessidades e reivindicações da comunidade. Nas reuniões do Conselho ocorre também o planejamento de ações para resolução das demandas identificadas.

A valorização das demandas demonstra que os representantes se apropriaram do espaço, havendo uma significativa cooperação e integração entre trabalhadores e comunidade, tendo como resultante dessa correlação o processo de trabalho da equipe de saúde modificado.

Estamos conseguindo coisas boas tanto para a comunidade, como para o próprio trabalho. Como para o próprio trabalho dos profissionais, resolvendo melhor as atividades profissionais, questão de carro, de horário, melhorando o atendimento de materiais que as vezes faltam a gente com a força do conselho consegue com a maior rapidez, o gestor adquire para podermos desenvolver nossas atividades da melhor forma possível. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 01

O acolhimento inverso, já discutido anteriormente em que o CLS abriga o trabalhador, constitui um movimento dialético puro, que provocou também a transformação no processo de trabalho desses trabalhadores qualitativamente.

Os trabalhadores compreendem que o movimento estabelecido no CLS provocou mudanças de atitude na equipe de saúde e a parceria alcançada promove a melhoria da qualidade do seu trabalho.

Melhoria de trabalho, fica mais fácil a gente alcançar as nossas metas. As reivindicações. A gente leva as reivindicações e alcança os objetivos. Caso não alcance a gente tenta novamente, como todos já falaram as atividades que acontecem no PSF. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 03

Essa singular experiência talvez acolha o que muito se deseja para as mudanças nas formas de coordenação em saúde, incluindo o planejamento como instrumento estratégico para a gestão do SUS e configurando processos de trabalho que favorecem espaços democráticos, práticas efetivas e um caminhar junto de trabalhadores e usuários para um sistema de saúde melhor.

O planejamento em saúde, quando envolve a participação da sociedade organizada, ressignifica a gestão local e municipal, além de ampliar perspectivas, envolve ações voltadas as prioridades identificadas e até promove uma articulação de políticas intersetoriais voltadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2010).

5.6.5 É possível ressignificar a solidariedade na participação comunitária das ações de saúde?

A Solidariedade entre conselheiros, entre a equipe e comunidade é um movimento em rede que se manifesta dentro de um processo de conexão que se constitui também como relação afetiva.

O que eu vejo aqui é uma expressão de solidariedade entre as pessoas aqui de mãos dadas, eu vejo esse lado aí, as pessoas se ajudando mutuamente. Se tratando como amigo e companheiro. Trabalhos que já foi feito em grupo. Grupo Focal 2 – Usuário 01

Pra mim o conselho significa solidariedade, por que agente se dispõe, a ser solidário com algum problema da comunidade seja problemas da nossa própria família, mais enfim de todos que representam a comunidade. Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 05

A valorização desse afeto integra as pessoas a favor de melhorias e benefícios para a comunidade.

O bom desse conselho é por que integrou pessoas assim "Eu vou por que eu não estou fazendo nada", não; foi pessoas que tem credibilidade na comunidade, de responsabilidade, pai de família, mãe de família, deixando seus afazeres e se integrando na defesa de melhorias pra todas as pessoas que ali compõe a unidade.
Grupo Focal 1 – Trabalhador de saúde 04

A dinâmica e as ações que se estabeleceram nesse movimento de participação integrou as pessoas e, a partir dos processos relacionais afetivos, vem resultando em um movimento de solidariedade.

Oliveira et al., 2010 discutem em seu estudo sobre as novas formas de participação questionadoras das relações vigentes as quais emergem com os movimentos sociais e os novos sujeitos sociais, a partir da democratização do país, em uma dinâmica que reivindicam o direito a ter direitos orientados pelos valores de autonomia, justiça e solidariedade.

A solidariedade emerge fomentando ações, fortalecendo as ligações, se tornando uma bandeira, um simbolismo deste conselho, estimulando práticas no território de uma comunidade sem muitas ferramentas institucionalizadas, mas que realiza um planejamento local participativo e operacionaliza um SUS que é possível.

Figura 19 – O CLS no território da ESF: participação, envolvimento e solidariedade comunitária.



Ilustração: Ana Ivyna (2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abordou uma compreensão crítica do processo participativo do Conselho Local de Saúde no território da Estratégia Saúde da Família. As interações sócio comunitárias na produção do cuidado, os atos solidários entre conselheiros e trabalhadores da equipe de saúde conduzem a um planejamento local em saúde como objeto de transformação social.

Estabeleceram-se como categorias analíticas, em seus movimentos de convergência e divergência, para a condução e compreensão da investigação: Organização e funcionamento da ESF; Organização e funcionamento do Conselho Local de Saúde; Processo de planejamento comunitário em saúde; Mobilização, participação social e corresponsabilização.

Em conformidade com a proposta metodológica da pesquisa, e dada vista ao caráter social do objeto em estudo, o uso do método hermenêutico dialético permitiu uma maior compreensão crítica das relações produzidas e vivenciadas durante a pesquisa. A identificação de convergências, divergências, complementaridades e diferenças, possibilitaram a construção das evidências qualitativas do estudo através das categorias empíricas.

O planejamento em saúde conduz a lógica da organização do sistema de saúde e pode produzir uma operacionalidade prática das ações ofertadas nos serviços. O planejamento local potencializa a integralidade das ações em saúde, por que, aproxima o que se teoriza em planos, ao território, de onde emergem as demandas e necessidades locais da população assistida.

Este estudo evidencia que o planejamento local participativo amplia mais uma vertente, que é a possibilidade de construção de espaços de diálogo entre trabalhadores e usuários, a fim de fomentar práticas que rompam com o controle e execução apenas procedimental nas unidades básicas, superando os limites de processos fragmentados e de baixo impacto produtivo. Ele é um instrumento para elucidação coletiva de problemas vivenciados, produz interlocução dos sujeitos e de dispositivos sociais instalados na comunidade, consolidando-o como ferramenta para a gestão da ESF.

O planejamento neste estudo, além de ser ferramenta de gestão local, se consolidou como instrumento para transformação social. Deu-se pelo processo participativo do Conselho Local de Saúde no território da Estratégia Saúde da Família, das relações sociais produzidas, dos impactos na assistência à saúde comunitária e no processo de trabalho da equipe.

Os Conselhos Locais de Saúde são instrumentos de participação social em nível local nas comunidades, não estão institucionalizados como os Conselhos Municipais. A sua implementação, no território em estudo, produziu um movimento integrado ao planejamento da equipe de saúde; de impulsão das redes locais e de referência; e de práticas de ações mais atentas e efetivas às demandas reais e necessárias dos usuários assistidos na ESF.

Neste momento, a vivência em lócus no sistema de saúde no país, preconiza relações entre os sujeitos que compõem os serviços e seus usuários, de diálogo e interação. A relação entre usuários e trabalhadores, apesar de diferentes papéis e poderes, encontra-se na construção de práticas conjuntas no favorecimento da autonomia de cada um e com o objetivo do alcance da atenção integral. No Conselho Local de Saúde há um encontro desses sujeitos em um processo de produção de ações solidárias.

Criou-se nesse espaço de discussão, um planejamento de prioridades coletivas e individuais que vem sendo direcionadas, tentando adequar-se à realidade local que é posta pelas necessidades apresentadas pela população assistida, através dos seus representantes.

Nos processos burocratizados e burocratizantes do planejamento em saúde, que há muito vêm se destinando a relatórios esquecidos que se engavetam no exercício da gestão em saúde, há uma expressão clara do distanciamento dos aspectos teóricos e práticos que envolvem o processo de planejar.

Um dos nós críticos vivenciados na maioria dos serviços é apatia pela prática do planejamento. O planejamento local neste território é operacionalizado e faz sentido para os sujeitos que compõem o processo: o conselheiro, o usuário e o trabalhador de saúde.

O Conselho Local de Saúde como espaço de participação e expressão das demandas comunitárias evidencia que a oferta e a demanda nesse território vão além do atendimento médico, elas estabelecem um alcance que lida com a prevenção de doenças e com a busca pela promoção da saúde.

Destarte os processos vistos sobre as necessidades de insumos, de exames, acolhimento e estrutura física, o Conselho indica debates que fogem à prática cotidiana e evidenciam necessidades comunitárias que fazem referência aos determinantes de saúde, como coleta de lixo, abastecimento de água e saúde ambiental. Ganham destaque a responsabilidade comunitária e a expressão do conselheiro sobre o SUS, como está funcionando, sobre a rede de atenção em saúde, sobre linhas de cuidado e a humanização no serviço.

As relações sociais no território da Estratégia Saúde da Família (ESF) I Rosário acontecem através das vivências cotidianas e de articulação das ações de saúde com a

realidade vivida pelas pessoas na comunidade. Os vínculos formados entre usuários e trabalhadores conduzem a procura pela assistência melhor à saúde e promoção do desenvolvimento local e qualidade de vida.

O CLS, como dispositivo de relações solidárias entre trabalhador de saúde e usuários, para melhorias na comunidade, apresenta-se em sentido divergente ante as fragmentações e dissonâncias na organização funcional dos serviços de saúde e dos processos laborais de desmotivação e de desvalorização do profissional de saúde. O trabalhador de saúde é acolhido pelos usuários, refletindo em práticas mais atentas às necessidades de saúde da comunidade. A relação é de aproximação, mesmo o termo fiscalização surgindo em meio às narrativas, a prática demonstra uma relação de colaboração.

Instaura-se um movimento de parceria e solidariedade, que provoca uma transformação cotidiana dos espaços de saúde e cuidado, almejando em primeiro plano os benefícios comunitários como bem maior. Porém, há fragilidades no modo de operar dos conselheiros, que tanto se imbuem do sentimento de solidariedade, assumindo papel que não o seu, na prestação de serviço voluntário pela ausência do profissional ACS.

A implicação dos sujeitos é tanta, que há confundimento no exercício do papel do conselheiro, gerando uma problemática de desresponsabilização da gestão municipal e da não resolução do problema, que seria a contratação desse trabalhador.

O Contexto histórico e social da construção e organização do Conselho Local de Saúde permeia-se por vários dispositivos, como a Conferência Municipal de Saúde, O PMAQ e a motivação da própria equipe. A contribuição desses movimentos faz nascer o Conselho Local de Saúde e os mesmos dão abertura e significado à participação comunitária no planejamento da equipe.

A representatividade dos usuários é expressiva. Há uma particularidade em relação a sua participação, que pensa e trabalha assuntos da coletividade, em detrimento de interesses particulares, configurando um movimento divergente em relação a outros conselhos. Há um fluxo de participação e renovação de conselheiros que diferentemente dos conselhos municipais, que por muitos pleitos, compõem cadeira cativa, este CLS proporciona uma genuína participação através da renovação, com distribuição de poder e dissemina na comunidade sujeitos que se apropriaram do movimento e se empoderaram.

Várias foram as dificuldades enfrentadas no processo de organização do CLS: a não credibilidade dos conselheiros e da comunidade; as poucas demandas iniciais; a própria falta de conhecimento do novo movimento que se instaura no território. Mas aos poucos o

Conselho foi se fortalecendo pelo envolvimento dos próprios conselheiros, a partir das necessidades que surgiram e do desencadear de um forte sentimento de pertencimento.

Nesse contexto o processo de mobilização social é visivelmente expresso nas narrativas, complementando os achados a partir das observações e levantamento documental. No CLS a mobilização é diferente, ela é motivada a partir das necessidades reais das pessoas e pelo contexto sócio-comunitário.

Não é a totalidade das pessoas que detém o sentido de mobilização, alguns conselheiros tem a percepção de que o Conselho precisa ser mais divulgado, refletindo uma limitação que conduz a necessidade de uma retroalimentação formativa do próprio conselho, com capacitações para instrumentalizá-lo.

Em caráter complementar foi observado pela pesquisadora, também ativa no processo de trabalho do CLS, que a percepção de limitações vem sendo estimulada pelo próprio processo de pesquisa, modificando algumas ações do conselho. A pesquisa opera nesse sentido, contribuindo com as práticas e aqui expressa seu caráter social e de retorno ao território, possivelmente transformando sujeitos e espaços.

O envolvimento dos sujeitos potencializa a participação da comunidade, até o entorno é consultado para respaldo da identificação de demandas. O movimento construído e instituído, além de promover a integração, é de envolvimento. A interação fortalece a participação.

A comunidade em estudo se envolve de tal maneira, estimulada pela dinâmica de participação, que desencadeia um movimento em espiral no processo de trabalho da equipe. Há uma produção de forças e uma operacionalidade que conduzem ações do SUS neste espaço de uma forma que é possível acontecer.

A atitude, a união e o empoderamento comunitário são dispositivos que emergiram do movimento no Conselho e também são ferramentas que conduzem as práticas e fortalecem a participação comunitária no território, impulsionando a responsabilização dos usuários e trabalhadores, potencializando o planejamento local.

Em meio a todas as ações estimuladas pela mobilização e participação social, emerge o caso especial da aquisição de uma cadeira de rodas como conquista da mobilização comunitária, resultado do agir solidário do Conselho, tornando-se símbolo e referência na história desse grupo.

Há de uma maneira geral, governança do Conselho, que apresenta algum potencial resolutivo em relação a algumas demandas comunitárias, porém ainda não há governabilidade sobre determinadas ações, mediante a complexidade dos problemas identificados.

A solidariedade emerge expressivamente na participação comunitária das ações de saúde, fortalecendo as relações, amparando os enfrentamentos sociais, estimulando práticas de superação e imbuindo o sentimento de que todos os sujeitos podem contribuir para melhorar o contexto local de vida comunitária.

Há uma lacuna no CLS na representação de grupos populacionais como LGBT e prostitutas, tendo em vista que eles estão presentes na comunidade em estudo. É indicativo que o Conselho Local de Saúde seja mais inclusivo, converge na sua constituição à representação convencional estabelecida pela maioria dos movimentos sociais. É recomendado que estes segmentos sejam convidados e que sua representação nesta instância de participação popular seja efetiva.

Essa exclusão, infelizmente, retrata um agir ainda sob os efeitos de discriminação e de não reconhecimento no processo de saúde-doença dessa população nos serviços de saúde e nas instâncias de participação comunitária.

A prática desse conselho é solidária, por isso faz-se necessário ativar um olhar às diferenças presentes na comunidade. Que haja um despertar para a participação inclusiva, e que seja significativa e real para as pessoas.

Perante os adoecimentos de um sistema de gestão em saúde, que não causa motivação nos sujeitos que operacionalizam os serviços no SUS, este estudo evidencia o planejamento local como uma possibilidade de envolvimento, de responsabilização mútua entre trabalhadores e usuários que impulsionam a gestão local. O planejamento local em saúde, com a inserção e envolvimento do usuário, transformou o processo de trabalho na ESF, ressignificando as práticas de saúde locais.

Muitos ainda são os desafios que precisam ser superados no processo de participação comunitária, que aponta para necessidade de instrumentalização dos conselheiros, para sua consolidação e exercício. Nesse estudo, apontam-se aspectos importantes de aplicabilidade ao SUS, no âmbito do planejamento local das ações de saúde na ESF.

A mudança de práticas não é algo fácil, é necessário tempo, educação permanente com o exercício diário de aplicação das teorias. É preciso o exercício da escuta, o querer fazer e a motivação para tal. É necessário o envolvimento das pessoas e a compreensão de que a responsabilização é fundamental para a condução das transformações, em territórios de tensão entre trabalhadores, usuários e a gestão no SUS.

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: CEPESC/UERJ: ABRASCO: 2005. p. 293-303.

ANDRADE, Rebecca Soares de *et al.* Processo de Trabalho em Unidade de Saúde da Família e a Educação Permanente. **Trabalho em Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, Aug. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16/Ago. 2016. Epub Apr 15, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00108>.

ANUNCIACÃO, Fábio Costa; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. **Revista Baiana de Saúde**, v.35, n.4, p.845-858 out./dez. 2011. Disponível em Pública <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mf=1618&about=access&lang=pt#>. Acesso em 16/jul. 2015.

ADDUM, Felipe Morais et al . Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 955-978, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16/Julho de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300011>.

ASSIS MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSS, Nascimento MAA, organizadores. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade Social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2010. p. 139-59.

BATIEMA, Leonard et al. Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana. **BMC Health Services Research** 2013 13:233. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/233>. Acesso em 20/Jul. de 2015.

BATISTA, Adriana Aparecida et al . A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 784-793, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09/Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400006>.

BEDIN, Dulce Maria et al . Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil . **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 1397-1407, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401397&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08/Jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400022>.

BISPO JUNIOR, José Patrício and GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.1 [cited 2016-07-22], pp.7-16. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002>.

BRASIL, **Manual de planejamento no SUS**, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

_____. **Pacto de Indicadores da Atenção Básica: Instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica 11, DF, Brasil. Site: www.saude.gov.br. INFORMES TÉCNICO-INSTITUCIONAIS. 2013.

_____. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2013b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php=ceara|milagres|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>> Acesso em 02/maio de 2015.

_____. **Departamento da Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família**. Brasília, DF, 2013c. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 02/maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: resultados e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013 d. 160 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS** – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Articulação Interfederativa, Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica-PNAB**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos** : Resolução nº 466/12, nº 112, Seção 1, pag. 59). Brasília: Ministério da Saúde; 2012 c.

_____. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. CONASS, 2011

_____, Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: curso de atualização para o uso prático dos instrumentos do PlanejaSUS: PS, PAS e RAG : guia do participante**, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v. 10).

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) .

_____, Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva** – trajetória e orientações de operacionalização/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios do controle social na atualidade**, Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 442-449, Junho 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000200442&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23/Out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1771-1780, Mar. 2011 Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17/Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300013>.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA Horácio Pereira de ; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2ª ed. , Coopmed, 2012. 114p.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Um método para análise e co-gestão de coletivos** – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda - GWS Campos - São Paulo: Hucitec, 2000.

CARDOSO, Leticia Silveira et al . Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 66, n. 6, p. 928-934, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29/Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600018>.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

COELHO, Vera Schattan P. et al . Mobilização e participação: um jogo de soma zero?: um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo. **Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo , n. 86, p. 121-139, mar. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19/Ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002010000100007>.

COSTA, AM., and VIEIRA, NA. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro:Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, ago. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26/Jul. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>.

CRUZ, Marly Marques da et al . Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 124-139, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600124&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29/Ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S010>.

DALCIN M, GOULART GR, MAGAJEWSKI, F. Planejamento local no cotidiano das equipes de saúde da família em Joinville – SC. **Ciência, Cuidado e Saúde** ; Volume 9, 1ª ed :114-122, 2010. Acesso em 15/jul de 2015. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.10537>

DOCUMENTO 1: Livro Ata do Conselho Local de Saúde do Rosário – 2013 a 2016 do Município de Milagres – CE, 2016

DURAN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Silvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 884-896, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300884&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22/Jul. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300884>.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ª. Ed. Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 24/Out. 2015.

FRANCO, Camilla Maia; KOIFMAN, Lilian. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 673-682, Sept. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2016. Epub Sep 17, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000016>.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 47, p. 333-361, Aug. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25/Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>.

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, May 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22/Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300026>

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12/Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>.

KLEBA, Maria Elisabeth; KRAUSER, Ivete Maroso; VENDRUSCOLO, Carine. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-193, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27/Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100022>.

KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17/Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400016>.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, June 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13/Maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>.

LONGHI, Jean Camargo; CANTON, Giselle Alice Martins. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-30,

2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100002>.

MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; SANTOS, Sueli Maria dos Reis. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 21, n. suppl.1, p. 199-209, maio. 2012. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48781>>. Acesso em: 04 Dez. 2014.

MATOS, Fabrícia Vieira de; CALDEIRA, Antônio Prates. Interação comunitária e planejamento participativo no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 434-440, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29/Ago. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000300016>.

MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Tomo I. Brasília. Ipea. 1993.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11/Nov. 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Nov. 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed.- São Paulo : Hucitec,2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.

Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24/Out. 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

MINAYO, Maria Cecília de Souza, GOMES, F. D. **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 2007.

MIRANDA, Alcides Silva de et al . Discursos práticos sobre ocorrências, processos decisórios e decorrências de Conferências Municipais de Saúde. **Interface**, Botucatu , v. 20,

n. 58, p. 559-571, Sept. 2016 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300559&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05/Ago. 2016. Epub Feb. 23, 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0300>.

MOURA, Raul Franklin Sarabando de; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 993-1010, Sept. 2015 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300993&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12/Ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300016>.

OLIVEIRA, Edward Meirelles de et al . Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 901-913, Set. 2015. Available from
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300901&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12/Ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015132279>.

OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2455-2464, Aug. 2010 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02/Maio. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020>.

PAIVA, Fernando Santana de; STRALEN, Cornelis Johannes Van; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 487-498, Feb. 2014. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200487&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22/Ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.10542012>.

QUANDT, FL, Fantin AD, Oliveira JR, Kovaleski DF, Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode – SC. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change** [en linea] 2013, 4 (Julio-Septiembre) : [Fecha de consulta: 29 de julio de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265328845013>> ISSN

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. 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, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17/Maio, 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** (Online), Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-

77462010000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29/ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.

SARTI, Thiago Dias et al . Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, Mar. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de Julho de 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300014>

SILVA, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro; SILVA, Lucía; BOUSSO, Regina Szyllit. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, Oct. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29/Ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1227-1243, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21/Maio 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400009>.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. 161 p. Salvador: EDUFBA, 2010.

UCHOA, Severina Alice da Costa et al . Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2672, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100304&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16/Ago. 2016. Epub Mar 04, 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, Oct. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26/Ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>.

VILASBOAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 1239-1250, June 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Nov. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600005>.

ZAMBON, Vera Dib; OGATA, Márcia Niituma. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 6, p. 921-927, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672013000600017&lng=en&nrm=iso>. access on 22 July 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600017>.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Apêndice A – Roteiro de Observação

1. Organização do planejamento local
 - ✓ Quais ações de planejamento são realizadas na Estratégia Saúde da Família?
 - ✓ De que modo o Conselho Local de Saúde participa do planejamento da equipe
2. Integração equipe – comunidade
 - ✓ Como se dá as relações dos conselheiros usuários com a equipe de saúde da família.
3. Incentivo à responsabilização
 - ✓ Atividades realizadas pelo Conselho Local de Saúde
4. Incentivo a participação social
 - ✓ Atividades de participação da comunidade no conselho local para resolução dos problemas de saúde

APÊNDICE B

Apêndice B - Formulário para Levantamento Documental

Documentos oficiais:

1. Ata oficial do conselho local de saúde

Aspectos a serem levantados:

- a) A implantação do Conselho;
- b) Composição oficial do Conselho;
- c) A sua funcionalidade;
- d) A representatividade dos conselheiros
- e) Ações de participação social realizadas pelo Conselho Local de Saúde junto a Estratégia Saúde da Família
- f) Ações referentes à mobilização e participação social;

APÊNDICE C

Apêndice C – Temário para Grupo Focal com Usuários

Instruções para organização do grupo focal

- Local: Unidade Básica de Saúde.
- Participantes: Usuários conselheiros de saúde
- Quantidade: 11 (Participaram onze usuários do conselho que residem numa mesma localidade, que por homogeneidade foram reunidos e compuseram o segundo grupo focal).
- Quantidade: 05 (Participaram os usuários do distrito do Rosário e de um sítio próximo, que foram agrupados, constituindo cinco participantes).
- Procedimento:

Temário gerador para o grupo focal

Grupo Focal com usuários

Atividades:

- 1) Momento de reflexão: Utilização de imagem disparadora para iniciar a discussão



- 2) Conselho Local de Saúde:

- ✓ Como foi o processo de construção do Conselho?
- ✓ O que o conselho representa para vocês?
- ✓ Como o conselho planeja?
- ✓ De que modo os usuários participam?
- ✓ Impacto e resultados do conselho: estamos conseguindo resolver?

APÊNDICE D

Apêndice D – Temário para Grupo Focal com Trabalhadores de Saúde

Instruções para organização do grupo focal

- Local: Unidade Básica de Saúde.
- Participantes: Trabalhadores de saúde
- Quantidade: 06
- Procedimento:

Temas e perguntas geradoras para o grupo focal

- Grupo Focal com trabalhadores de saúde

Atividades:

- 3) Momento de reflexão: Utilização de imagem disparadora para iniciar a discussão



- 4) Conselho Local de Saúde:

- ✓ Como foi o processo de construção do Conselho?
- ✓ O que o conselho representa para vocês?
- ✓ Como o conselho planeja?
- ✓ De que modo os usuários participam?
- ✓ Impacto e resultados do conselho: estamos conseguindo resolver?

APÊNDICE E

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

LEILANY DANTAS VARELA, pesquisadora responsável, RG Nº 285519094, mestrandanda pela Universidade Regional do Cariri-URCA, está realizando a pesquisa intitulada CONSELHO LOCAL DE SAÚDE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: participação, envolvimento e solidariedade comunitária, que tem como objetivo analisar o processo de gestão local e participação da comunidade no planejamento das ações de saúde no território da estratégia saúde da família no Município de Milagres-CE. Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: entrevista, grupo focal onde apresentaremos os objetivos da pesquisa e esclarecimentos do objeto de estudo, observação sistemática e levantamento documental.

Por essa razão, o (a) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em participar de entrevista e do grupo focal. O(s) procedimento(s) utilizado(s) apresentam risco mínimos em relação a danos, mas se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal comprovadamente vinculado a sua participação, terá direito a indenização determinada por lei. Os benefícios esperados com o estudo é de que a participação social no território da estratégia saúde da família pode redirecionar a atenção à saúde na comunidade, pois os usuários passam a ser incluídos nos processos de decisões e realização de ações pelos trabalhadores de acordo com suas reais necessidades. É a oportunização de se efetivar a assistência dimensionada ao valor de quem é assistido, é além da introdução de um novo olhar, um fazer ativo implementando a corresponsabilidades dos sujeitos sociopolíticos em estudo. Toda as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. Seus dados e pessoais e suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nas entrevistas, gravações e em relatórios e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o (a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista ou a participação no grupo focal.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar por Leilany Dantas Varela, residente na Rua Juviano Lins 303, Milagres-CE, telefone: (88) 96986438. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Regional do Cariri, localizado à Rua Coronel Antônio Luiz, 1161, 1º andar, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88)3102.1212 ramal 2424, Crato CE.

Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

APÊNDICE F

Apêndice F- Termo de Consentimento Pós-Esclarecido



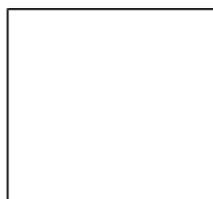
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Crato-Ce, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE G

Apêndice G: Termo de Fiel Depositário



TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____, responsável direto pelos documentos e atas de registro da base de dados desta instituição _____, declaro que a aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Leilany Dantas Varela, telefone: (88) 99698-6438 / email: leyla_nurse@yahoo.com.br/; e seu orientador Dr. Antônio Germane Alves Pinto, telefone: 99608-4555/ email: germanepinto@hotmail.com; ou no endereço da Universidade Regional do Cariri, situada na Rua Cel. Antônio Luís, 1161, Pimenta, Crato/CE, está autorizada a ter acesso ao banco de dados e documentos e realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: “Planejamento Participativo na Estratégia Saúde da Família”, sob a responsabilidade da mesma, cujo objetivo geral é: Compreender o planejamento participativo no território da Estratégia Saúde da Família com ênfase na experiência do Conselho Local de Saúde.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2. Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
3. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
4. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética da URCA, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Assinatura do Responsável

Crato, ____/____/____

ANEXOS

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA

Pesquisador: LEILANY DANTAS VARELA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40827214.3.0000.5055

Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 953.830

Data da Relatoria: 02/02/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como objeto a análise do planejamento em saúde no território da Estratégia Saúde da Família a partir da inclusão da participação da comunidade através do conselho local de saúde no processo decisório das ações da equipe de saúde. O estudo será de natureza descritiva. A pesquisa será predominantemente qualitativa. Entretanto, para mensurações de impacto e descrição de variáveis avaliativas, adotar-se-á uma dimensão quantitativa para interpretação dos achados. O campo de estudo inicial será o território da ESF Rosário I, no município de Milagres-CE. A partir do desenvolvimento da pesquisa, o mesmo procedimento poderá ser aplicado noutros territórios e/ou municípios da Região do Cariri – Ceará. Os participantes do estudo serão usuários do Sistema Único de Saúde, Trabalhadores de Saúde da Estratégia Saúde da Família e Gestores Públicos da Saúde. A análise dos dados se fundamenta na técnica de análise de conteúdo crítica e reflexiva. A coleta de dados será realizada a partir de março de 2015.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o processo de gestão local e participação da comunidade no planejamento das ações de saúde no território da Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário: • Identificar o perfil socioeconômico e clinico-demográfico da população atendida pela Estratégia Saúde da Família e os indicadores de cobertura, capacitação profissional e resolutividade na rede pública de saúde; • Descrever o processo de trabalho na Estratégia Saúde da

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 953.830

Família para planejamento local das ações territoriais com ênfase na gestão local participativa; •Mensurar os impactos da participação dos usuários no planejamento da equipe de saúde da família; •Discutir a mobilização social a partir do protagonismo e autonomia na corresponsabilidade dos usuários na produção de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos serão mínimos. Os benefícios pautam a participação social no território da estratégia saúde da família pode redirecionar a atenção à saúde na comunidade, pois os usuários passam a ser incluídos nos processos de decisões e realização de ações pelos trabalhadores de acordo com suas reais necessidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante e eticamente adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 953.830

CRATO, 12 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
George Pimentel Fernandes
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta **CEP:** 63.105-000
UF: CE **Município:** CRATO
Telefone: (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br