



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Ana Magda Magnani Delfim

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE MORADORES DE UMA
COMUNIDADE**

**São Luís - MA
2016**

Ana Magda Magnani Delfim

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE MORADORES DE UMA
COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família,
Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora:
Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de
Britto e Alves

Área de Concentração:
Saúde da Família

Linha de Pesquisa:
Promoção da Saúde

**São Luís – MA
2016**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

DELFIM, ANA MAGDA MAGNANI.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE : PERCEPÇÃO DE MORADORES
DE UMA COMUNIDADE / ANA MAGDA MAGNANI DELFIM. - 2016.
61 p.

Orientador(a): Maria Teresa Seabra Soares de Britto e
Alves.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUÍS, 2016.

1. Participação Social. 2. Políticas de Controle
Social. 3. Promoção da Saúde. I. Seabra Soares de Britto
e Alves, Maria Teresa. II. Título.

Ana Magda Magnani Delfim

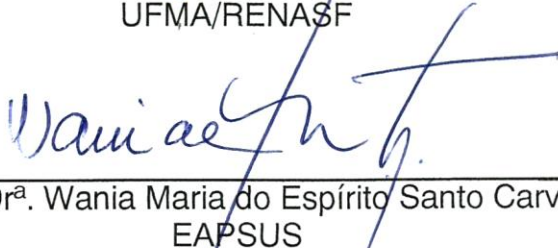
**PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE MORADORES DE UMA
COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em saúde da Família, Universidade federal do Maranhão.

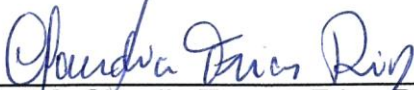
Banca Examinadora:



Orientadora: Profª. Drª. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
UFMA/RENASF



Profª. Drª. Wania Maria do Espírito Santo Carvalho
EAPSUS



Profª. Drª. Claudia Teresa Frias Rios
DENF/UFMA

Aprovado em: 19 de AGOSTO de 2016.

São Luís - MA

RESUMO

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) tem como um de seus princípios, legalmente garantidos, a participação da sociedade civil nos conselhos e conferências de Saúde – participação institucionalizada – como garantia de que a população participa do processo de formulação e controle das políticas de saúde. Tão importante quanto, é a participação não institucionalizada, que consiste na atuação política cotidiana de usuários, movimentos sociais, movimentos populares, fóruns, redes sociais e entre coletivos existentes na sociedade. Considerando a participação social como a produção de necessidades da vida por seus próprios protagonistas e agregando-se ao fato de que a sociedade e os processos que permeiam o indivíduo determinam sua condição de saúde e bem-estar, torna-se imprescindível compreender este contexto. Assim, a compreensão da participação social em saúde em uma Comunidade adscrita a uma equipe da Estratégia Saúde da Família pode contribuir com estudos das ciências sociais aplicadas à saúde e ao desenvolvimento de uma sociedade saudável. Trata-se de uma pesquisa social com metodologia de pesquisa qualitativa, cuja técnica empregada para foi entrevista na modalidade semiestruturada individual orientada por roteiro. Os participantes do estudo foram pessoas da Comunidade do Bairro Vila Alonso Costa atendidas na Unidade Básica de Saúde local e adscritas à equipe da ESF 031 do município de São José de Ribamar - Maranhão. A análise de conteúdo permitiu conhecer os processos históricos locais e apreender que a trajetória de participação social da Comunidade foi marcada pelo empoderamento dos moradores, com apoio institucional, guiado por interesse comunitário e vínculo com os profissionais de saúde, mas também por interesses políticos e partidários. Tais fatores exerceram papel determinante e condicionante para a decadência atual dos movimentos sociais da Comunidade. Ainda, apesar de décadas de práxis, a participação social em espaços formais – institucionalizada – não é conhecida e/ou não está ao alcance da maior parte das pessoas e a participação não-institucionalizada é cercada por vários fatores que limitam e desmotivam a Comunidade na continuidade dos movimentos passados. Identificou-se como fatores que limitam a prática da participação social em saúde a falta de acesso à informação e empoderamento, a inexistência de um representante legítimo, o distanciamento da participação institucionalizada, o pobre envolvimento dos profissionais da saúde com a Comunidade, a rivalidade não colaborativa e predomínio da lógica da política

partidária, além da não resolução das necessidades básicas de modo satisfatório. Ainda é preciso ter em mente que o processo de empoderamento para a participação social em saúde reflete um esforço coletivo cotidiano que necessita permanentemente de investimento “do” e “no” capital humano.

Palavras-chave: Participação Social, Políticas de Controle Social, Promoção da Saúde

ABSTRACT

Brazilian health system (Sistema Único de Saúde - SUS) has, legally guaranteed, as one of its principle, participation of civil society in health councils and conferences - institutionalized participation - as guarantee that society are involved in the process of formulation and control of health policies. Equally important, is the non-institutionalized participation, which it consists in political performance of users daily based, social movements, popular movements, forums, social networks and collective existing in society. Taking into account that, society participation as producer of necessities to the life for their own players and adding to the fact that society and the processes that permeate the individual determine their health condition and welfare, becomes essential understand this context. Thus, understanding the social participation in health matters at a community ascribed to a Family Health Strategy team may contribute to studies of social sciences applied to health and development of a healthy society. This article is about a social research with qualitative research methodology of descriptive and analytical character, which the applied technique for primary data collection was semi-structured individual interview oriented by a guide. Participants of this article were people of the community from neighborhood Alonso Costa assisted at a Local Basic Health Unit ascribed to the team of ESF 031 in São José de Ribamar - Maranhão. Content analysis allowed knowing historical process and learning that trajectory of social participation at this community is marked by empowerment of community residents, with institutional support, guided by political and partisan interests, also by interest of people that live in the community and relationship with these people with health professionals. These factors have exerted a decisive role and conditioning factor for current decadence of the social movements at community. Yet, despite decades of praxis, social participation in formal spaces - institutionalized - is not known and/or is not accessible for most people and the non-institutionalized participation is surrounded by a number of factors that limit and discourage the community in the continuity of old social movements. Has identified as limiting factor of social participation in health the lack of information access and empowerment, nonexistence of a legitimate representative, distancing of institutionalized participation, poor involvement of health professionals with community, a not collaborative rivalry and the predominance of partisan politics logic, in addition to not solving basics necessities

satisfactorily. It is still necessary to keep in mind that the process of empowerment for social participation in health matters reflects a collective daily effort that requires permanent investment "the" and "in" human capital.

KEYWORDS: Social Participation, Social Control Policies, Health Promotion

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETO DE TRABALHO	12
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral.....	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	13
4.1 Participação social em saúde	13
5 CAMINHO METODOLÓGICO	20
5.1 Tipo de estudo	20
5.2 Campo de estudo	21
5.3 Participantes	24
5.4 Processo de produção dos dados.....	25
5.5 Processo de análise de dados	28
5.6 Considerações éticas	30
6 RESULTADOS	31
6.1 Etapa preliminar.....	31
6.2 A identidade histórica.....	32
6.2.1 Invasão: oportunidade de ter um lar	32
6.2.2 Urbanização e desenvolvimento social: uma conquista planejada para o futuro	34
6.2.3 Lembranças da participação social pregressa: frustração e esperança	38
6.2.4 Área de divisa: uma questão de pertencimento	39
6.3 Participação social em saúde	40
6.3.1 Participação Social em Saúde hoje: condicionantes.....	42
6.3.2 Perspectivas: potencial de modificação.....	45
7 CONSIDERAÇÕES	48
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES.....	56
ANEXO	60

1 INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2007a).

“Saúde não se alcança apenas com mais e melhores serviços de saúde, tal como hoje é concebido. Saúde, entendida de forma ampla, pressupõe justiça, integração e respeito ao meio ambiente, valorização das dimensões subjetivas profundas das pessoas e democratização sem fim das relações sociais no mundo da economia, nas famílias, comunidades, instituições e organizações civis. Não basta investir na democratização da gestão das políticas de saúde; é preciso investir, também, nas relações sociais que criam condições para a saúde acontecer na vida das pessoas” (REDEPOP, 2016, p.1).

A Organização Mundial da Saúde, bem como as Políticas Públicas do Brasil, tem considerado que o êxito das intervenções de promoção da saúde deve estar fundamentado em três pilares básicos: a intersetorialidade, a participação social e as evidências científicas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

Este estudo vê a participação social em saúde como primordial para a construção de conquistas coletivas e de uma sociedade saudável.

A participação ou controle social¹ na área da saúde têm aspectos históricos particulares, que se inserem no contexto de lutas contra a ditadura e pela democratização do Estado, travadas pelo Movimento da Reforma Sanitária (BRAVO; CORREIA, 2012).

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) tem como um de seus princípios, legalmente garantidos, a participação da população nos conselhos e conferências de Saúde, interferindo diretamente nas políticas de saúde de âmbito federal, estadual e municipal (ESCOREL; MOREIRA, 2008). A notória relevância deste princípio é a garantia de que a população participa do processo de formulação e controle das políticas de saúde (BRASIL, 1990).

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos permanentes que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e

¹ Nos processos de redemocratização política na década de 1980, bem como na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na Constituição de 1988 e na Lei 8.142/90 o termo utilizado é 'participação da sociedade, da população organizada, da comunidade'. O nascimento do termo 'controle social' e a inflexão de seu significado virá em 1992, com a 9ª CNS (STOTZ, 2006).

avaliação das políticas públicas de saúde. Já as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (FIOCRUZ, 2015).

Além desta participação social em saúde institucionalizada, há também a não institucionalizada, que consiste na atuação política cotidiana de usuários, movimentos sociais, movimentos populares, fóruns, redes sociais, entre coletivos existentes na sociedade civil (VASCONCELOS, 2009).

Busca-se com a legitimidade da participação social, que atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país participem, com o objetivo de influenciar a definição e a execução da política de saúde. Dentre os inúmeros desafios das instituições e do Estado para a implantação dessa proposição está a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre estes espaços de participação. E mais, do cidadão perceber-se como ator fundamental na reivindicação pelo direito à saúde (FIOCRUZ, 2015).

Simultânea a tais conhecimentos, a idealização deste projeto de pesquisa deu-se a partir da observação da pesquisadora, Médica de Família e Comunidade, juntamente com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), na vivência dos encontros de atenção à saúde à Comunidade² do campo de estudo. A identificação de que não há interação de caráter participativo da Comunidade com o serviço de saúde assim como com outros serviços do setor público é confrontada com a constatação de que alguns moradores mais antigos relatam feitos de intensa participação social na primeira década do bairro.

Ao longo do primeiro semestre de 2015 a equipe da ESF realizou rodas de conversa com os atores sociais da Comunidade, com a finalidade de exercer Educação Popular em Saúde a respeito de participação social em saúde. Nestes encontros, por meio de miniexposições e diálogos reflexivos, foram apresentados aos usuários os mecanismos de participação social formais e informais, o funcionamento

² Durante um encontro de Educação Popular em Saúde uma pessoa da Vila Alonso Costa corrigiu o termo “bairro” por “Comunidade” com a letra “C” maiúscula. Por respeito optou-se aqui pela utilização de “Comunidade”.

dos espaços formais de controle social no SUS, além da importância potencial desta interação Comunidade e serviço.

Com a impossibilidade temporal para a realização de uma pesquisa ação que garantisse continuidade ao processo de Educação Popular em Saúde iniciado, idealizou-se então captar, por meio de entrevistas e análise de conteúdo, as percepções envolvidas nos processos históricos e atuais de participação da Comunidade.

2 OBJETO DE TRABALHO

Percepção de moradores de uma Comunidade sobre participação social em saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a participação social em saúde em uma Comunidade adscrita a uma equipe da Estratégia Saúde da Família.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a história de participação social da Comunidade;
- Identificar as concepções de participação social em saúde;
- Conhecer a compreensão dos moradores da Comunidade sobre os mecanismos de participação social em saúde;
- Compreender fatores implicados na motivação para participação social em saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Participação social em saúde

Silva, Egydio e Souza (1999) colocam que participação social

“É a produção de necessidades da vida por seus próprios protagonistas. É acima de tudo partilhar poder. Construção de um processo político pedagógico de conquista da cidadania e fortalecimento da sociedade civil” (p.40).

Pode ser, também, definida como “a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade” (CORREIA, 2000).

A amplitude de significados situa a participação como intrínseca à vida em sociedade, caracterizada pela valorização de contatos, espaços e fóruns públicos, nos quais o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, num convívio que democratiza esses espaços. As situações, os rumos, as formas, as possibilidades, as adesões, os vetos, as exclusões, os limites e as sanções à participação dos indivíduos são estruturados pelo contexto histórico e social (ESCOREL; MOREIRA, 2008).

Para Escorel e Moreira (2008), o ponto de partida é o indivíduo buscando intervir na situação concreta e histórica em que vive construindo-se como sujeito social.

Tal sujeito participa em um determinado espaço (instância participativa) que se relaciona com a instituição na qual pretende interferir e influenciar, para modificá-la de forma a atender a seus interesses. Essa relação desenvolve-se no interior de uma dada cultura (ambiente participativo) que caracteriza e é caracterizada por um momento histórico numa sociedade específica (ESCOREL; MOREIRA, 2008, p.982).

Há diversos graus de intensidade de participação na esfera política – desde a simples adesão até a dedicação completa, como acontece no caso do profissionalismo político (ESCOREL; MOREIRA, 2008).

No Brasil, durante o período da ditadura militar existiu um forte controle do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, forma que a classe dominante encontrou para exercer sua hegemonia. No processo de redemocratização do Brasil a participação social passou a ser compreendida como controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, especificamente no campo das políticas sociais, desde o período da redemocratização dos anos de 1980 (BRAVO; CORREIA, 2012).

A participação ou controle social em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1986).

A necessidade da participação social no Brasil foi apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, cujos debates iniciaram em plena ditadura militar e baseavam-se na construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais nos debates para a reforma do setor (MOREIRA; HEIDRICH, 2012).

Segundo Bravo (2006), na década de 1980, os debates sobre a saúde brasileira permeavam a sociedade civil e a participação na construção do projeto da reforma sanitária contou com novos sujeitos: os profissionais de saúde; o movimento sanitário; os movimentos populares e sociais urbanos; a categoria do serviço social e os partidos políticos de oposição.

As lutas da saúde articuladas à redemocratização do país constituíram o tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que teve como marca *Democracia é Saúde*, sendo aberta à participação de trabalhadores e da população pela primeira vez na história das conferências de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012).

O relatório final da 8ª CNS manifesta que “o pleno exercício do direito à saúde implica garantir (...) participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde” (BRASIL, 1986). Esta recomendação de democracia participativa prevê que os cidadãos deliberam sobre assuntos de interesses coletivos, os de maior importância da ordem constitucional. (MOREIRA; HEIDRICH, 2012).

Durante a 8ª CNS congregaram-se forças sociais e políticas em torno de uma alternativa para a política nacional de saúde e para a sociedade no projeto de Reforma Sanitária, tendo como uma formulação importante o SUS, o qual, a partir da Constituição Federal de 1988, integra a participação da comunidade e a descentralização como diretrizes. Esta participação foi regulamentada pela Lei n. 8.142/90, por intermédio das conferências e dos conselhos de saúde (SILVA, et al., 1999; BRAVO; CORREIA, 2012).

A Lei nº 8.142/90, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do SUS. Quando conquistados esses espaços de atuação da sociedade na lei, começou a luta para garanti-los na prática (BRASIL, 2006b).

A participação social no SUS foi concebida na perspectiva do controle social, visando os setores organizados na sociedade participarem das políticas de saúde, desde as suas formulações — planos, programas e projetos —, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (BRAVO; CORREIA, 2012, p.131).

Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde. (BRASIL, 2006b). Para Navas (2008) a ausência de uma prática forte de participação fez com que houvesse a necessidade de garantir espaços de forma instituída, cuja implantação foi um processo de conquista e representou a observância da lei, visto que os Conselhos foram exigências para o repasse de recursos financeiros.

Com a descentralização o poder central sai do governo federal e se consolida nos estados e municípios que também passam a ser responsáveis com as questões da saúde, como financiamentos e alocação dos recursos, como também na implementação dos conselhos locais e as conferências (MOREIRA; HEIDRICH, 2012).

Em 2005, todos os municípios do Brasil tinham criado seus conselhos municipais de saúde, totalizando um contingente de aproximadamente 70 mil conselheiros, sendo que 35 mil participam como representantes dos usuários do SUS, tornando o conselho a mais abrangente rede de instâncias participativas do país (SCOREL; MOREIRA, 2008). Estes podem ser considerados novos sujeitos políticos no SUS (BRAVO; CORREIA, 2012).

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e é parte fundamental do *O Pacto pela Saúde* do ano de 2006, o qual estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006a).

No *Pacto pela Saúde* é reiterada a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio e financiamento à sua qualificação, sendo que pactua responsabilidades das três esferas governamentais que, a partir da descentralização, devem garantir o fortalecimento dos espaços e mecanismos de controle social bem como estimular estratégias de qualificação (BRASIL, 2006a).

As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste pacto são: apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis; apoiar o processo de formação dos conselheiros; estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde; apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS; apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS; apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto (BRASIL, 2006a).

As responsabilidades na participação e controle social das três esferas de gestão, cada qual articulando-se de forma a contemplar as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde loco regionais, são: apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS; prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento dos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, que deverão ser organizados em conformidade com a legislação vigente; organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde; estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional; apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde; promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral; apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS; apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde; implementar ouvidorias com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais (BRASIL, 2006a).

Atualmente, os conselhos de saúde são instâncias políticas inovadoras, muito diferentes daquelas tradicionais, ainda que em processo de construção. São

instituições que estão sendo problematizadas, no debate nacional e internacional, como de participação política não eleitoral ou partidária, ou seja, de representação política extraparlamentar apontando também para o processo de pluralização da representação. Vêm sendo conceituadas como experiências de inovação democrática (OLIVEIRA et al., 2013).

Na prática, a ênfase do controle social a ser exercido pelos conselhos de saúde sobre o SUS deslocou-se do âmbito da formulação para o da fiscalização das políticas e, principalmente, da gestão do sistema de saúde (STOTZ, 2006).

No entanto, Oliveira et al., (2013) apontam que essa participação social decorrente dos processos de descentralização e redemocratização política, passa a ter seu desempenho condicionado a fatores socioculturais históricos, como: "a falta de tradição participativa e de cultura cívica no país, a tradição autoritária do Estado brasileiro e a cultura política dominante." Esses fatores são percebidos no cotidiano dos conselhos como dificuldades relacionadas à fragilidade da vida associativa, a impermeabilidade à participação e a defesa de interesses corporativos e clientelistas, respectivamente.

No Brasil, após a institucionalização dos mecanismos de controle social sobre as políticas públicas e sobre os recursos a elas destinados, tem-se como desafio que esses não se tornem mecanismos de formação de "consentimento ativo" das classes subalternas em torno da conservação das relações vigentes de domínio da classe dominante (BRAVO; CORREIA, 2012, p.133).

Moreira e Heidrich (2012) reconhecem que os conselhos bem formados, a partir de conselheiros conscientes de sua representatividade e seu papel político, são canais de mobilização da sociedade, apesar de serem espaços contraditórios, podem ser processos para provocar mudanças e transformações, desde que sociedade civil participe nas tomadas de decisões.

As autoras apontam que apesar de hoje quase a totalidade dos municípios brasileiros ter seus conselhos formados - pela exigência para repasse dos recursos – há desconfiança sobre seu funcionamento. Questiona-se se de fato estes mecanismos estão gerando a participação da população ou se estão sendo manipulados com a intervenção de gestores apenas para que sejam aprovados os documentos necessários para repasse de verbas.

Para Navas (2008) apesar de os Conselhos se constituírem como espaços democráticos, na prática, tem exercido o papel restrito ao controle e fiscalização de verbas públicas e o estabelecimento de políticas públicas está resumido à aprovação de planos, escritos de forma centralizada e balizados por saberes técnicos. Muitas práticas de participação são exercidas de forma burocrática e legalista, reforçando posturas autoritárias. (NEPOMUCENO et al., 2013).

Não é incomum que a prática da participação nos Conselhos ocorra menos orientada por demandas coletivas e, conseqüentemente na construção de projeto gerador de políticas maiores para a saúde. Perde-se a oportunidade que poderia ser para a produção de novos conhecimentos, de novos sujeitos, através da fala, do pensar e agir estratégico de todos os atores, pois limita-se ao aspecto informativo ou ao mero ato burocrático de aprovação e de referendo (NAVAS, 2008).

Apesar da dualidade quanto a prática dos mecanismos formais de participação social em saúde, Menezes (2010) ao estudar a história e a atuação do Conselho Nacional de Saúde, conclui que os conselhos junto com os movimentos sociais e partidos políticos tem sim potencial de contribuir na formação de uma vontade coletiva hegemônica e suas interfaces com a reforma intelectual e moral para a construção de um novo projeto da sociedade, sem dominação econômica, social e política.

Uma descrença quanto às políticas sociais brasileiras leva as classes populares a buscarem a resolução de suas necessidades através de vias de participação que garantam seus direitos, e não somente cumpram a legalidade dos espaços formais (NEPOMUCENO et al., 2013).

Segundo Vasconcelos (2009), a participação social em saúde pode ser definida como institucionalizada e não-institucionalizada. Os espaços institucionalizados da participação social em saúde são, os já citados, Conselhos de Saúde e Conferências. A participação em saúde não-institucionalizada transcende instâncias decisórias do controle social e avança através da atuação política cotidiana de usuários, movimentos sociais, movimentos populares, fóruns, redes sociais, entre coletivos existentes na sociedade civil.

Estas outras dimensões da luta popular pela saúde só podem ser percebidas se houver uma inserção na comunidade, não preocupada apenas com a dinamização e aprimoramento das políticas de saúde. Apesar de fundamental para a saúde da população, a ação do Estado não é a única envolvida, pois a população,

com suas iniciativas diversificadas e autônomas, mostra que a sua busca pela saúde não se restringe ao que pode ser fornecido pelos serviços de saúde (REDEPOP, 2016).

“Iniciativas populares podem se expandir e multiplicar com pequenos apoios das instituições públicas que respeitem sua autonomia. Muitas dessas iniciativas são frágeis e podem perder a potencialidade de solidariedade, de ampla participação e de valorização dos saberes locais próprios se tratadas de forma pouco compreensiva por gestores e profissionais de saúde, com promessas de recursos materiais. Não basta anunciar e desejar desenvolver formas dialogadas e participativas de relação com a população. Essa é uma relação assimétrica e que torna difícil o diálogo respeitador da autonomia popular” (REDEPOP, 2016, p.1).

Bravo e Correia (2012) agregam ainda que, no contexto de contrarreformas e intensa privatização da política de saúde brasileira, têm surgido novos mecanismos de controle democrático no sentido de exercerem pressão social, fora do espaço institucional do Estado, para que este não privatize a saúde pública. São os fóruns de saúde e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde que congregam movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e têm empreendido duras lutas em defesa da saúde pública estatal e contra a privatização.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa social com metodologia de pesquisa qualitativa de caráter descritivo e analítico, cuja técnica empregada para a coleta de dados primários foi entrevista na modalidade semiestruturada individual orientada por roteiro.

Uma pesquisa social tem como objeto de conhecimento o ser humano e a sociedade, e objetiva conhecer a realidade que por vezes ultrapassa os limites da ciência. Se propõe a reflexão de posições frente à realidade, momentos de desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de determinados grupos (MINAYO, 2013).

Os fenômenos sociais pelo envolvimento de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores são de difícil aplicação numérica, não podendo ficar restritos a referenciais apenas quantitativos (MINAYO, 2013). Para Mannheim (1968) uma situação humana só é caracterizável quando se toma em consideração as concepções que os participantes têm dela.

Assim foi fundamental aqui o emprego de metodologias de pesquisa qualitativa, as quais são definidas como

"aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas" (MINAYO, 2013, p.22).

Nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa reconhece a subjetividade como parte integrante da singularidade do fenômeno social, trazendo para o interior da análise o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e o conflito (MINAYO, 2013).

5.2 Campo de estudo

O campo de estudo foi a área adscrita da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) 031, bairro Vila Alonso Costa, do município de São José de Ribamar - Maranhão.

O bairro Vila Alonso Costa (FIGURA 1) situa-se na região conhecida como "limítrofe" no município de São José de Ribamar - Maranhão, na divisa com a capital São Luís (SÃO JOSÉ DE RIBAMAR, 2015).

O bairro tem aproximadamente 4 mil habitantes e, de acordo com relatos de moradores, surgiu em 1994, resultante de invasões de territórios pouco habitados. A localização geográfica longe da sede dificulta, até hoje, a compreensão de pertencimento ao município de São José de Ribamar, além de estar distante dos "olhos" da gestão.³

A maior parte da Comunidade é constituída por trabalhadores braçais informais, como trabalhadores da construção civil e empregadas domésticas. Há, também, aposentados e muitas famílias que vivem em extrema pobreza, sendo dependentes de programas sociais.³

A água provém de dois poços artesianos locais e não é provida de tratamentos com flúor ou cloro, além de ser escassa ao final do verão. Cada morador é responsável pela ligação entre o poço e a residência. Além disso, o esgoto corre a céu aberto por algumas ruas e há disseminação de doenças relacionadas com a inexistência de saneamento básico.³

Quanto a disponibilidade de serviços de saúde, o bairro aloca uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que foi inaugurada em 2008 e há dois anos conta com uma equipe da ESF, que tem carga horária de trabalho de 20 horas semanais. Esta equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma técnica em saúde bucal e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS integram a equipe há um ano e não são moradores da área. A área também conta com um agente de endemias e, mais recentemente com apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).³

O acesso a Atenção Secundária e Terciária se dá via Central de Marcação de Consultas e Exames (CEMARC) e é dificultado por limitações geográficas –

³ Informação obtida por meio de comunicação pessoal.

distância da sede e logística do transporte público –, sendo que frequentemente os moradores faltam a consultas/exames agendados.³

Quanto aos equipamentos sociais identificados no bairro, há igrejas, uma escola pública de ensino fundamental e uma associação de moradores liderada por representante cuja atuação visa prioritariamente ações político-partidárias pontuais.³

O município de São José de Ribamar (FIGURA 1) foi primitivamente aldeia dos índios Grandes ou Gamelas, localizada nas terras dos jesuítas da Companhia de Jesus, sendo elevado a município definitivamente em 1952. Conta a lenda que o povoado se ergueu nas redondezas da Igreja, hoje Santuário, construída por navegantes portugueses após promessa à São José (SÃO JOSÉ DE RIBAMAR, 2015).

Situado na região Norte Maranhense, pertence à Região Metropolitana de São Luís, sendo um dos quatro municípios que integram a Ilha de São Luís. O município conta com 103 localidades, das quais 20 estão na zona rural e 83 estão na zona urbana, distribuídas em seis regiões administrativas (SÃO JOSÉ DE RIBAMAR, 2014).

É o terceiro município mais populoso do estado do Maranhão e sua população estimada em 2014 era de 172.402 habitantes, sendo a densidade demográfica de 419,82 hab./km² (IBGE, 2015).

São José de Ribamar ocupa a 1665^a posição do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) entre os 5.565 municípios brasileiros (PNUD, 2015). A renda per capita média cresceu 154,86% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 170,84, em 1991, para R\$ 273,81, em 2000, e para R\$ 435,40, em 2010. As principais atividades econômicas são pesca, comércio, turismo, serviços e indústrias (IBGE, 2015; SÃO JOSÉ DE RIBAMAR, 2015).

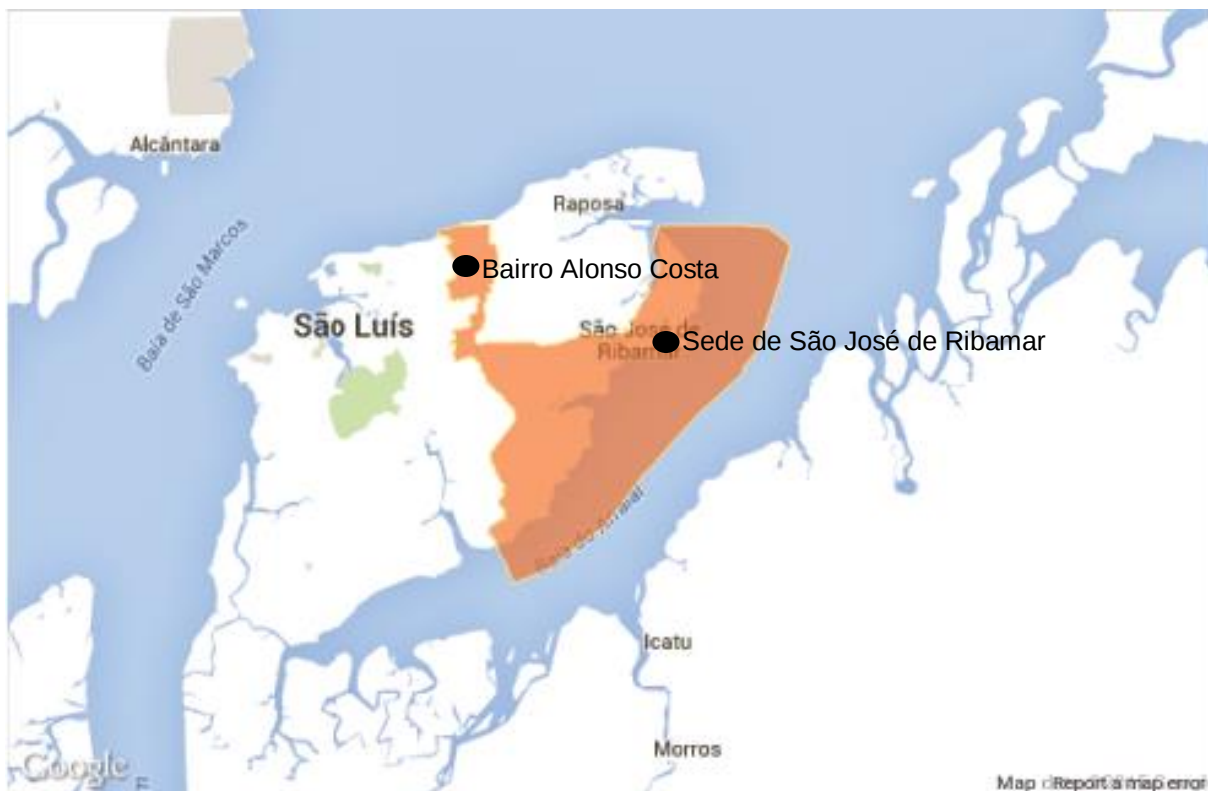


FIGURA 1 – Mapa de São José de Ribamar, com sede e Bairro Vila Alonso Costa destacados
 FONTE: IBGE, 2015 (Editado pela autora).

No ano de 2014, as três principais causas de óbito no município, por capítulo do CID-10, foram respectivamente: doenças do aparelho circulatório com 226 óbitos, causas externas com 214 e as neoplasias com 104 óbitos. Ainda houve 45 óbitos fetais e 56 óbitos infantis, sendo que a maioria das crianças menores de 1 ano foi a óbito por afecções originadas no período perinatal (24 óbitos) (SÃO JOSÉ DE RIBAMAR, 2014).

A rede de saúde tem como principal porta de entrada do sistema as Unidades Básicas de Saúde, compondo uma rede de Atenção Básica que conta com: 35 equipes da ESF; acompanhamento de 23 pacientes pelo Programa Melhor em Casa; parceria com 46 escolas por meio do Programa Saúde na Escola; 13 profissionais recebidos por adesão ao Programa Mais Médicos; três Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, do tipo I, que atuam de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família (SÃO JOSÉ DE RIBAMAR, 2014).

Quadro 1 - Rede de serviços de saúde do município de São José de Ribamar, 2014

ESTABELECIMENTO	TOTAL
Almoxarifado Central	01
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II)	01
Centros de Especialidades (CEO e CED)	02
Centros de Saúde (Dr. Honório e Kiola Costa)	02
Centro de Reabilitação Maria Amélia Bastos	01
Farmácia Popular	01
Hospital e Maternidade Municipal	01
Central de Marcação de Consulta e exames	01
Postos de Saúde	02
SAMU – Base Descentralizada 192	01
Secretaria Municipal de Saúde	01
Unidades Básicas de Saúde	23
Vigilância Epidemiológica	01
Vigilância Sanitária	01
TOTAL	39

Fonte: Controle e Avaliação/SEMUS (SÃO JOSÉ DE RIBAMAR, 2014)

5.3 Participantes

A população estudada foi constituída por pessoas da Comunidade do bairro Vila Alonso Costa atendidas na Unidade Básica de Saúde local e adscrita à equipe da ESF 031 do município de São José de Ribamar.

A identificação dos participantes foi realizada pelos profissionais da equipe da ESF do bairro Vila Alonso Costa e respaldada pela etapa preliminar. A lista de entrevistados em potencial foi idealizada em uma reunião com todos os integrantes da equipe e baseou-se nas pessoas que foram lembradas por eles ao tomarem ciência do objeto de estudo e dos critérios para a participação.

Os critérios para a participação foram: os moradores da Comunidade de ambos os sexos, residentes no mínimo há sete anos no bairro, preferencialmente há mais tempo que a instalação da UBS e que tivessem mais de 18 anos de idade, com boa capacidade de comunicação e que não fossem profissionais de saúde.

Com isso, a lista de entrevistados em potencial foi composta por 12 pessoas. Destes, foram realizadas 11 entrevistas, sendo que um (o líder comunitário) não aceitou participar.

Quadro 2: Características descritivas dos participantes.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	SEXO	ANOS DE ESTUDO	PROFISSÃO	TEMPO QUE MORA NO BAIRRO (ANOS)
1	75	F	10	Aposentada	8
2	41	F	1	Vendedora	20
3	46	F	10	Do lar	20
4	62	F	10	Do lar	13
5	69	F	10	Aposentada	20
6	54	F	0	Do lar	20
7	49	M	3	Vendedor ambulante	20
8	56	F	4	Vendedora	20
9	58	F	1	Do lar	20
10	53	M	10	Aposentado	20
11	50	F	10	Doméstica	20

Fonte: diário de campo.

Além destas entrevistas, foram realizadas mais três por conveniência. Uma das entrevistadas solidarizou-se com a pesquisadora e convidou mais três vizinhas para participar, pois em seu entendimento isso seria adequado. Com a finalidade de valorizar a atitude da pessoa, a pesquisadora simulou as três entrevistas, mas não utilizou o material.

Foram então, realizadas entrevistas em quantidade considerada suficiente para a apreensão das compreensões e características da participação social em saúde e alcançados os relatos significativos para os propósitos da pesquisa, sejam por uma lógica própria do grupo ou suas múltiplas lógicas.

5.4 Processo de produção dos dados

Inicialmente foi realizada a identificação dos participantes da pesquisa e, a partir desta lista de entrevistados em potencial, a pesquisadora estabeleceu contato

individual com cada um a fim de convidar para entrevista, apresentar o projeto de pesquisa, cumprir as considerações éticas, além de combinar o momento da entrevista.

Os encontros convidativos foram acontecendo de maneira “natural. ” A pesquisadora encontrou-se com a primeira entrevistada na própria UBS e no dia da primeira entrevista encontrou, na rua outras duas entrevistadas em potencial. Na sequência, no trajeto para a realização das entrevistas já agendadas, foi passando na casa de cada um para convidar. O conhecimento do território e dos participantes facilitou os encontros convidativos, a conversa necessária e o aceite para a participação.

Tanto os encontros convidativos quanto as entrevistas foram realizadas numa sequência geográfica. Iniciou-se pelos participantes que moravam nas proximidades da US, ficando por último o mais distante.

A técnica empregada para a coleta de dados foi entrevista na modalidade semiestruturada individual, que foi realizada utilizando um roteiro (APÊNDICE I) com a pretensão de obter dados de natureza subjetiva. A captação da realidade complementar às entrevistas foi registrada em diário de campo.

A opção pela realização de entrevistas como procedimento de coleta de dados se deu pela intenção de captar os modos como cada um dos participantes percebia e significava sua realidade individual e comunitária.

A entrevista é a técnica de coleta de dados que faz parte da relação mais formal do trabalho de campo de uma pesquisa qualitativa, em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da comunicação verbal com atores sociais. Ela é classificada como semiestruturada quando combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2013).

Os dados de natureza subjetiva em uma entrevista são os que referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões (MINAYO, 2013).

Por roteiro se entende uma listagem de temas que deve ter como substrato as apreensões acerca do objeto de investigação visando operacionalizar a abordagem. Deve apresentar-se como tópicos que guiam a entrevista de forma coerente, com uma lógica de encadeamento de perguntas, sendo capaz de conduzir a observação de campo de uma maneira que permita, ao mesmo tempo, a abertura

de novas descobertas e o foco nas questões previamente traçadas (SOUSA et al., 2005).

Segundo Minayo (2013) tradicionalmente a técnica de entrevista inclui a interação direta entre o pesquisador e os atores sociais e, para melhor compreensão da realidade, é complementada pela prática de observação participante.

Esta deve ser registrada no instrumento “diário de campo”, o qual deve conter todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais, ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa.

A elaboração desse diário de campo auxiliou na posterior reflexão e análise da entrevista e do conjunto da pesquisa, visto que

"Nele será registrado todo tipo de observações a respeito do entrevistado e da relação que com ele se estabeleceu, desde antes do primeiro contato: os motivos que levaram o programa a escolhê-lo como entrevistado em potencial; os canais e mediação entre o programa e aquele depoente, se houve (alguém que indicou); como o entrevistado reagiu à solicitação dos pesquisadores, por ocasião do primeiro contato; descrição sobre como decorreram as sessões de entrevistas: a reação do entrevistado a determinadas perguntas, dificuldades dos pesquisadores, interrupções e problemas na gravação, relação do entrevistado com o objeto de pesquisa, comentários sobre sua memória, informações obtidas quando o gravador estava desligado; a evolução da relação: o que mudou na atitude de ambas as partes ao longo da entrevista; eventuais alterações do local da entrevista; como, quando e por que decidiu-se encerrar a entrevista; contatos posteriores com o entrevistado etc." (ALBERTI, 2005, p.99).

Alguns requisitos precisavam estar afinados previamente para garantir que as entrevistas tivessem potencial de compreensão da lógica dos participantes e produzissem conhecimento. Assim, a pesquisadora, que foi a entrevistadora, estudou sobre a realização de entrevistas, tinha definidos e introjetados os objetivos de sua pesquisa e o roteiro, além de conhecer muito bem o contexto comunitário envolvido.

Ir a pé, com roupa casual e neutra, cumprir com a pontualidade, não ter pressa, estar à vontade com o ambiente domiciliar e comunitário dos participantes e o vínculo interpessoal existente, conferiram relações empáticas e com certo nível de informalidade “saudável” às entrevistas, ajudando a garantir a qualidade do encontro.

Procurou-se conduzir as entrevistas para dar-se um discurso livre, que atendesse aos objetivos da pesquisa e que fosse significativo no contexto investigado e academicamente relevante.

A fim de obter informações que contemplassem os objetivos propostos, o questionamento sobre o significado de Participação Social em Saúde foi realizado de modos diferentes para garantir a adequada compreensão do participante.

Considerando que a maioria dos entrevistados não sabia o que era Participação Social em saúde e que isto limitava os questionamentos seguintes – fundamentais para a conclusão da pesquisa – a pesquisadora optou por explicar o que é Participação Social em Saúde antes de prosseguir a entrevista. Este feito não interferiu na confiabilidade dos dados.

Considerou-se como falha o fato de a pesquisadora não ter realizado pergunta de finalização, onde deveria questionar se o entrevistado teria algo mais a acrescentar sobre o assunto.

As entrevistas foram realizadas no domicílio de cada participante, por ser o espaço da sua vida cotidiana.

A duração das entrevistas foi bem variável – de 9:14 minutos à 42:02 minutos – sendo que a média foi de aproximadamente 20 minutos cada. As 11 entrevistas totalizaram 3:40 horas de gravação. Para a conclusão de cada entrevista foram observados os critérios de repetição ou exaustão nas respostas, assim como a garantia de cobertura dos temas do roteiro.

O conteúdo das entrevistas foi gravado em dispositivo digital portátil e transcrito para, posteriormente, junto com os registros do diário de campo e referenciais teóricos, ser desenvolvida a análise dos dados.

5.5 Processo de análise de dados

Ao final da realização de todas as entrevistas, a pesquisadora transcreveu as duas primeiras entrevistas e as demais foram transcritas por acadêmicos colaboradores. Ao final do processo de transcrição, as duas primeiras entrevistas foram novamente transcritas pelos acadêmicos, visto que se observou nas demais transcrições, maior fidedignidade aos sons de ambiente que permeavam a entrevista e conferiam maior aproximação do cenário.

Na sequência, a pesquisadora realizou a conferência de fidedignidade e sentiu reviver os momentos de cada entrevista. Neste momento optou-se por editar as falas e substituir os nomes de terceiros, citados nas entrevistas, por nomes fictícios.

Para a análise dos dados obtidos, empregou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática.

A análise de conteúdo foi descrita por Berelson (1954) apud Bardin (2011) como uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.

Bardin (2011), apoiada na história da técnica e na sua vasta atuação, complementa descrevendo-a como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, em constante aperfeiçoamento, que visa obter, por procedimentos de explicitação e sistematização do conteúdo de mensagens e de suas expressões, indicadores (quantitativos ou qualitativos) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às variáveis inferidas.

Para a autora, ao estabelecer correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas históricas, psicológicas ou sociológicas dos enunciados, a análise de conteúdo tem por finalidade efetuar deduções e interfaces lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração.

Assim, a análise dos dados deste estudo iniciou com a elaboração de uma matriz de análise artesanal, onde os fragmentos das entrevistas foram recortados e afixados em um painel cujas colunas eram compostas por cada um dos entrevistados, anotações das etapas preliminares e diário de campo. Nas linhas estavam os grandes eixos inerentes aos objetivos centrais da pesquisa organizados por meio das questões norteadoras do roteiro.

Com a visualização do todo iniciou-se a sistematização da apresentação dos dados e a análise dos fragmentos dos discursos das entrevistas que estavam diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa. Construíram-se categorias através das próprias questões norteadoras e também da identificação de núcleos de sentido emergentes na ocasião da análise.

“Tomar depoimentos como fonte de investigação implica extrair daquilo que é subjetivo e pessoal neles o que nos permite pensar a dimensão coletiva, isto é, que nos permite compreender a lógica das relações que se estabelecem (estabeleceram) no interior dos grupos sociais dos quais o entrevistado participa (participou), em um determinado tempo e lugar” (p.219, DUARTE, 2004)

A construção do texto final baseou-se na organização expositiva dos núcleos de sentido encontrados e posterior articulação de suas interfaces com as referências teórico/conceituais.

5.6 Considerações éticas

Os participantes tiveram a autonomia de participação na pesquisa garantida pelo acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II), o qual foi lido pela pesquisadora junto a cada participante e disponibilizado para leitura e explicações que se fizeram necessárias. A eles foi garantido que poderiam deixar de participar, a depender de seus interesses e manifestações, sem prejuízos a pesquisa e aos próprios participantes.

Cada participante da pesquisa recebeu uma cópia de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido rubricado e assinado pela pesquisadora. Estes formulários assinados pelos participantes estão mantidos pela pesquisadora em confidência estrita, juntos em um único arquivo.

Os dados transcritos e os diários de campo são confidenciais e prezam pelo anonimato dos participantes, sendo que as identidades dos participantes envolvidos foram preservadas e codificadas com nomes fictícios, para garantir confidencialidade. Todas as informações referentes à coleta e análise de dados estão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, disponíveis para os participantes a qualquer momento que desejem ter acesso. As informações podem ser destinadas à publicação ou apresentadas em eventos científicos, porém mantendo-se sigilo quanto aos dados pessoais dos participantes da pesquisa.

O presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Sendo cumpridos os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado em 13 de outubro de 2015 com o parecer de número 1.276.674.

6 RESULTADOS

6.1 Etapa preliminar

Com finalidade de situar o projeto a partir da realidade local e verificar a sua viabilidade, foi iniciado o reconhecimento do campo de estudo por meio do contato com a ESF e moradores, o que compôs a etapa preliminar deste estudo.

O vínculo estabelecido com a Comunidade nos dois anos que antecederam ao estudo, criado pela atuação da pesquisadora como Médica de Família e Comunidade na ESF local, viabilizou um adequado nível de imersão social para inferir os objetivos desta etapa preliminar.

A pesquisadora, na vivência dos encontros de atenção à saúde à Comunidade, identificou que atualmente não havia interação de caráter participativo da Comunidade com o serviço de saúde assim como com outros serviços do setor público. Entretanto, constatou que os moradores mais antigos relatavam feitos de intensa participação social na primeira década do bairro.

Ao longo do primeiro semestre de 2015 a equipe da ESF realizou rodas de conversa com os atores sociais da Comunidade, com finalidade de Educação Popular em Saúde, a respeito de Participação Social em Saúde. Nestes encontros, por meio de miniexposições e diálogos reflexivos, foram apresentados ao grupo de cinco usuários os mecanismos de Participação Social formais e informais, o funcionamento dos Conselhos e Conferências de Saúde, além da importância potencial desta interação Comunidade e serviço.

Os últimos feitos desse processo de Educação Popular em Saúde foram propiciar a ida dos usuários envolvidos a uma reunião do Conselho Municipal de Saúde na sede do município e a realização de uma reunião itinerante no próprio bairro.

Notório neste último encontro foi a limitada participação dos moradores. Apesar de grande divulgação, compareceram apenas três pessoas da Comunidade.

Esta etapa preliminar além de embasar os “meios” do projeto de pesquisa substanciou inquietações que fomentaram ainda mais os objetivos propostos.

6.2 A identidade histórica

6.2.1 Invasão: oportunidade de ter um lar

A Comunidade do Bairro Vila Alonso Costa teve início com um processo de invasão. Aquelas terras eram originalmente área de preservação ambiental, habitadas por poucos nativos indígenas – menos de dez famílias – e, naquele momento, já eram propriedade do grileiro Alonso Costa. O processo de invasão foi, de certa forma, sequencial ao que acontecia há dois anos na vizinha Vila Luizão.

“Quatro horas da madrugada trator roncou... foram destocando, tirando pau.” (Entrevistado 10)

“Foi no susto... em dois dias.” (Entrevistada 8)

Considerando a violência costumeira e marcante nos processos de invasão, as pessoas que encabeçaram a invasão da Vila Alonso Costa optaram por chamar apenas parentes e conhecidos com a finalidade de minimizar possíveis focos de discórdia.

“A fundação aqui foi uma invasão discreta...” (Entrevistado 10)

“Quando nós chegamos aqui em Alonso Costa em noventa e cinco, dia vinte e oito de janeiro, já tinha algumas casas iniciadas (...) chegamos aqui pra visitar uma irmã nossa na Vila Luizão (...) quando nós chegamos na entrada, tinha um senhor moreno “ – Estamos aqui dando início numa invasão, vocês não querem participar? ” (...) aí deu o terreno pra nós.” (Entrevistada 8)

Com a chegada de uma pessoa com perfil de liderança à invasão, organizaram uma Junta Governativa para fundar e administrar a Associação de Moradores e já articularam eleições para a sua presidência e diretoria para ocorrer em 90 dias. Esse processo é referenciado como legitimamente democrático e envolveu a participação ativa dos então moradores da localidade, desde a escolha das chapas à participação na votação.

Com a Associação de Moradores instituída, a área foi dividida em lotes e quem quisesse ocupar precisava passar na associação e negociar.

“Dia treze de... ou dezoito de, de março, (...) chegou o Marcos, que ele trabalhava na Cemar (Companhia Energética do Maranhão), e ele mexia com negócio de organização de associação (...) aí fundou a associação (de moradores), escolheu diretoria (...) ele não conhecia ninguém, naquela junta governativa que ele escolheu, ele não conhecia ninguém, ele não sabia se eu... o que que eu era, o que que eu não era; ele só chegou: “eu quero aquele

e aquele, aquele, aquele e aquele” (...) e aí a gente começou a dar início ao trabalho, organizar lote, medir.” (Entrevistada 8)

“Ah, (a fundação) foi muito...muito divertido pra gente, porque a gente não tinha casa, a gente foi invadir a área, capinamos, roçamos, tocamos fogo, depois varemos... aí nós fizemos nossa casinha de barro... aí nós passamos a morar” (Entrevistada 2)

“O pessoal começou a limpar os terrenos e aí quem veio, cada qual pegava seu pedaço e ia limpando e fazendo suas casinhas... de madeira mesmo... de taipa... de pau-a-pique coberto de palha por cima.” (Entrevistada 3)

“Aqueles casinhas só mesmo pra segurar terreno” (Entrevistada 4)

É notório que alguns entrevistados, apesar de chegarem precocemente durante o processo de invasão, minimizam a ilegalidade do feito ao contraporem as suas grandes dificuldades socioeconômicas e a péssima condição de viver. Também isso pode ser evidenciado quando atribuem ao outro o ato ilegal ou consideram o pagamento pelo terreno como um ato normal de legalizar a posse, mesmo cientes do processo de invasão prévio.

“Chegamos aqui... era só mato. Porque a gente dizia assim: “ – que foi uma invasão”... foi uma invasão entre aspas porque, todas as pessoas que tem casa aqui... todas compraram, não caro, mais compraram.” (Entrevistada 5)

“Meu marido conseguiu esse terreno aqui. Ele não invadiu totalmente... ele já pegou de uma outra pessoa que tinha invadido. Aí a outra pessoa passou pra ele já limpinho, já no ponto de fazer o barraquinho pra a gente morar. (Entrevistada 9)

A maioria dos moradores veio ainda criança para a capital e na ocasião da fundação do bairro provinham dos diversos bairros de São Luís mesmo. A dificuldade em ter um lugar para viver é marcante em suas vidas.

“Eu morei praticamente em toda a São Luís... morei em Coroadinho, morei em Bairro de Fátima, morei no Liberdade (...) morei na Vila Operária (...) Aí logo disseram assim “tem uma invasão ali, depois da Luizão”... aí eu vim. (...) quando eu cheguei lá me disseram que tinha um terreno (...) aí ela disse “ – Olha, esse terreno eu vou passar por 150” acho que porquê já tinham roçado, não era praticamente já uma invasão (...) e a gente fez uma casinha de taipa (...) quiseram mexer comigo aqui de verdade aí (...) eu fiquei com depressão... foi a época que eu adoeci, mas eu não abri mão da minha casinha, por que eu tinha comprado, eu não tinha pra onde ir.” (Entrevistada 6)

Dos 11 entrevistados, apenas uma mudou-se do terreno invadido na ocasião da fundação do bairro. Hoje todos têm casa de alvenaria, apesar de em algumas o chão ainda ser de terra batida.

“Daqui a pouco, quando a condição melhorou, a gente desmanchou essas (casas) de taipa e fez essas de alvenaria, e até agora.” (Entrevistada 5)

6.2.2 Inexistência de infraestrutura: o pouco que tinha

Até encontrarem o caminho para a urbanização do bairro novo, o acesso aos recursos básicos era precário e os moradores enfrentavam muitas dificuldades com as limitações de infraestrutura.

Inicialmente o acesso aos equipamentos sociais eram os localizados em bairros periféricos próximos. Os serviços de saúde disponíveis se localizavam longe do local de residência. Além das dificuldades de viver sem água ou transporte público, a falta de urbanização facilitava a existência de áreas com vegetação alta e a consequente ocorrência de violência, inclusive sexual, contra crianças e mulheres. Esta vulnerabilidade de residir em local sem infraestrutura, principalmente de saúde e educação foi muito marcante na vida da Comunidade recém fundada.

“Uma dificuldade muito grande que nós encontramos aqui (...) muita carência no bairro, por exemplo a questão da energia elétrica era gambiarra, não existia água... era só um poço artesiano pra abastecer a Comunidade em geral e tinha também ali o Rio do Cabral (...) também serviu de apoio pra Comunidade, que é onde a gente ia, lavava as roupas, a família tomava banho, inclusive Vila Luizão também.” (Entrevistada 11)

“Tinha muitas crianças que ia pro colégio aqui, descendo pela sede do Sampaio Corrêa, e era pra lá que as crianças se deslocavam, mas como tinha esse mato aqui que atravessava (...) as vezes foi menina estuprada aqui nessa estrada.” (Entrevistada 5)

“Pra consultar a gente ia consultar era lá pelo centro (de São Luís), lá pela Marly Sarney (hospital e maternidade), era lá pela Santa Casa... era por lá que a gente ia consultar. Saía daqui cinco horas da manhã, (...) tudo era difícil.” (Entrevistada 9)

6.2.2 Urbanização e desenvolvimento social: uma conquista planejada para o futuro

Nas narrativas sobre a história do bairro é notório um grande processo de participação popular nos movimentos para desenvolvimento da Comunidade e nas conquistas da urbanização.

O presidente da Associação de Moradores e sua diretoria iam em busca de parcerias e apoio de Organizações Não Governamentais (ONG), dos governos municipais e estaduais, de políticos e empresas que pudessem contribuir no provimento de infraestrutura para o bairro recém fundado.

Nessa perspectiva, visto a necessidade de operar na lógica das instituições responsáveis pelo saneamento ou provimento de água e luz, a diretoria da associação de moradores buscou apoio para a organização dos processos administrativos tais como a elaboração e guarda de documentos e registros de reuniões.

“Foi assim que a gente foi conseguindo asfalto, com tudo registrado, com documento, ata de eleição e posse, disso, daquilo... tudo com ata, tudo com documentos originais, tudo... CNPJ. ” (Entrevistada 8)

A busca de apoio e desenvolvimento social não se limitava as questões mais concretas de moradia ou saneamento, mas havia a preocupação com o desenvolvimento do capital humano de seus moradores, com vistas a profissionalização e geração de renda.

“A gente arrumou o GAC (Grupo de Apoio Comunitário), uma instituição, que dava apoio às entidades (...) aí tinha a secretária, três agentes de saúde que era gente do bairro mesmo (...) aí vinha filtro (de água), as agentes de saúde acompanhavam as famílias, tipo o trabalho do posto⁴ né (...) aí tinham cursos profissionalizantes, como serigrafia, pintura em cerâmica, corte e costura, culinária, bicicleta, artesanato... era muita coisa que acontecia... tem muitos jovens que se formaram lá. ” (Entrevistada 8)

Os relatos sobre a organização inicial do bairro já se referem a um tipo de relação com representantes políticos numa perspectiva de favorecimento desse grupo de “invasores” e não numa perspectiva institucional de organização do espaço de moradia com o plano diretor do município.

“Ah, as ruas... tudo através do presidente da associação (...) mandou abrir rua, ele e uns outros... daqui mesmo da Alonso. A rua... a água... (...) teve um vereador aí que veio e fez reunião... juntou todo mundo, todo mundo aceitou... por que ele ia botar água pra nós, ia abrir o poço... como abriu, e... pôs água pra todo mundo. Agora os... os canos a gente que teve que comprar... os canos pra puxar água. ” (Entrevistada 4)

⁴ O termo “posto” é muito utilizado pelos participantes e faz referência à Unidade Básica de Saúde.

Os moradores envolvidos nesse movimento de urbanização, formaram comissões “estratégicas” para enfrentar as dificuldades e buscar soluções junto às instituições e órgãos públicos. Para cada necessidade havia um grupo responsável à frente, como foi exemplificado pela comissão que procurou o governo do estado em busca de colocação de postes de energia elétrica e pavimentação das ruas, que foram obtidas em curto espaço de tempo. A mesma estratégia foi utilizada para a construção, pela prefeitura, da escola na Comunidade.

Esses movimentos organizados utilizavam a lógica das instituições de formalizar as solicitações e promover encontros e reuniões para discutir os encaminhamentos necessários para obtenção da melhoria.

“A gente precisava de formação e eu fui pra arquitetura pra poder ter noção do que a gente estava fazendo. Eu queria que as coisas acontecessem. Mesmo sem recurso a gente buscava e fazia. Se organizando, buscando (...) tendo alguns representantes, como representante da água... aí eu não me metia porque cada um de nós tinha uma função.” (Entrevistado 10)

“Numa época de violência aqui (...) nós fizemos ofício, mandamos, aí vieram fazer reunião (...) vinte e quatro horas já estava resolvido e cessou a violência.” (Entrevistado 10)

É notório o envolvimento da Igreja Católica nos processos de urbanização e desenvolvimento social do Bairro Vila Alonso Costa. Irmã Izabel, freira das “Irmãs da Providência” era quem assessorava os moradores diretamente. Essa freira, de acordo com os relatos demonstrava interesse legítimo pelo progresso daquela sociedade. Sua ação buscava empoderá-los com conhecimentos e motivação para melhor organização social. É muito presente na fala das entrevistadas os bons momentos de troca e aprendizado em grupo, fortalecendo a identidade do bairro ao mesmo tempo em que estreitava os laços de amizade, conformando uma Comunidade fraterna, alimentando o movimento social incipiente.

“Fundamos um grupo de mulheres... eram várias mulheres que participavam desse grupo aí. A gente aprendeu algumas coisas de artesã como bordar, pintar etc. Cada mês tinha uma variedade diferente. E aí foi criando aquele laço de compromisso, de amizade dentro da Comunidade né... e daí vem surgindo outras coisas e a gente acabou se envolvendo em coisas boas...” (Entrevistada 11)

O grande feito da passagem da Irmã Izabel foi a criação do Fórum Social, cujo objetivo era envolver as instituições e mecanismos sociais do bairro em discussões sobre a realidade e necessidades locais. Entre os anos 2002 e 2006 mais de 50 pessoas participavam de reuniões quinzenais desse movimento.

“Fórum social... isso que trouxe uma grande repercussão na época pra a gente aqui nas nossas comunidades. A irmã Izabel já tinha assim muito interesse (...) ela ia buscar, ela corria atrás... então ela aprendeu a conhecer algumas pessoas dentro do (governo do) estado, do município. Ela corria atrás... e essas pessoas se disponibilizavam a vir dar uma palestra pro grupo, conscientizar o grupo, o que que seria melhor, o que que não seria. E então foi aí, foi a partir daí que foi crescendo o movimento das comunidades. E, a gente discutia saúde, discutia educação, a gente discutia segurança, a gente discutia a questão da mobilidade urbana, tudo isso (...) a gente conseguiu muitas coisas, tem inclusive a escola da Vila Luizão foi através desse Fórum, Conselho Tutelar foi através do Fórum, a escola Eugênio Barros foi através do Fórum, o posto de saúde da Alonso Costa foi através do Fórum. Foi criado semana social, então todo ano se faziam duas semanas sociais, uma na Vila Luizão, outra na Alonso Costa... onde todos os secretários a nível de município, secretário de estado, todos participavam... e então a gente conversava com eles sobre a necessidade da Comunidade. ” (Entrevistada 11)

Nos relatos há algumas citações que demonstram o potencial do movimento de participação social envolvido no desenvolvimento e urbanização da Comunidade do Bairro Vila Alonso Costa. Os relatos frequentemente utilizaram expressões próprias dos movimentos sociais tais como: “força militante”; “os mais atuantes da região”; “fóruns com gestores e Ministério das Cidades”; “conferências com município, estado e união”; “integração nacional”; “plano diretor participativo”; “semana social”; “movimento popular”.

Ainda é possível identificar situação de oportunismo das instituições públicas em atribuir benefícios a um planejamento urbano, como sendo iniciativa pública e não como resposta às demandas da Comunidade.

“ (Um colaborador) conhecia a governadora, então eles elaboravam (o projeto) e na hora vinha como se eles tivessem conseguido, mas era através das nossas ideias... então tinha toda uma estrutura. ” (Entrevistada 11)

Há relatos de que, por meados de 2006 a Irmã Izabel tenha sofrido um atentado e levado um tiro no ombro. Apesar de não ter grandes repercussões para sua saúde, o acontecido motivou sua transferência dali.

O atentado contra a Irmã Izabel revela um pouco de como foi ficando o clima do movimento social local e a crescente interferência de interesses individuais

nos processos democráticos até então vigentes. Essas interferências culminaram com o predomínio da lógica da política partidária em detrimento das necessidades da comunidade.

“Política partidária é diferentes de comunitária. A política partidária vê o interesse, e a comunitária parcerias. A política partidária atrapalhou. As vezes também tinham pessoas dentro do grupo que só iam fazer crítica, já tinham conhecimento, por exemplo, com o prefeito, com os secretários do município... então ali gerava uma certa polêmica e aí a irmã Izabel acabou saindo do bairro, teve que ir embora... e algumas pessoas começaram a desistir porque tinham interesses próprios (...) aí eu tive também problema de saúde (...) e aí acabou a gente se desmanchando e hoje em dia não existe mais Fórum... tudo foi desfeito. ” (Entrevistada 11)

No final do ano de 2008 os relatos se referem ao surgimento de pessoas com outros interesses, mas voltadas para o controle dos grupos no poder relacionado a associação existente. Sugere-se a necessidade de troca da diretoria da Associação de Moradores. Nesta conjuntura são descritas falta de união, corrupção, interesse individual, benefício para alguns, politicagem, gestão sem planejamento, falta de compromisso e compra de votos na eleição da nova diretoria. Segundo os entrevistados, isto culminou na desmotivação dos moradores em participar dos movimentos sociais e no atual descaso e descrença com o desenvolvimento social da Comunidade.

“Parou porque as outras pessoas que entraram (sucessores) ... não tinham condições de assumir a responsabilidade. ” (Entrevistado 10)

6.2.3 Lembranças da participação social pregressa: frustração e esperança

A mudança das lideranças das entidades comunitárias e o afastamento da finalidade inicial do movimento teve como consequência o esvaziamento das organizações. As dificuldades na obtenção dos recursos mínimos que garantissem a melhoria da qualidade de vida dos moradores também exerceram papel importante na continuidade e no engajamento dos moradores. Essas melhorias aparecem nas falas como algo distante que não responde às necessidades dos sujeitos. Algo que deveria ser “plantado e colhido” pela mesma geração. Essa expectativa não correspondida causa frustração e sentimento de que se não foi em vão, o pouco obtido foi arduamente conseguido.

Ao mesmo tempo, esse sentimento de frustração é “sublimado” pela percepção de reconhecimento do trabalho realizado e pelo respeito histórico dos sujeitos que participaram da criação do bairro.

Em algumas falas pode-se identificar um sentimento de esperança de que o movimento retorne ao ponto em que foi abortado, numa perspectiva de justiça social e dignidade de vida.

“Eu me lembro bem quando eu comecei a trabalhar com a Comunidade há muito tempo (...) “ – eu não quero deixar pra neto e filho, eu quero prantar e colher” (...) o sofrimento era maior do que o objetivo, mas hoje eu ainda estou aqui pra ver as coisas começarem a acontecer... e já melhorou muito... hoje eu tenho certeza que muitas pessoas me respeitam e sabem que eu lutei muito aqui, pelo desenvolvimento humano, pela saúde, pela educação do povo, pela melhoria aqui do bairro. (Entrevistado 10)

“Eu gostava de fazer o bem pras pessoas, eu gostava de ter assim um país justo, um país digno, uma sociedade justa, então isso me levava a enfrentar essas dificuldades, essas barreiras da vida. (...) me dá muita saudade, mesmo, daquela época (enche os olhos de lágrima). Porque foi com muita luta que a gente conseguiu algumas coisas que hoje existem na Comunidade. ” (Entrevistada 11)

“Eu pensava em melhorar, entendeu? (...) porque aqui era muito carente na época, a pobreza era muito grande, então a gente fazia aquilo ali com o interesse de melhorar o bem-estar da Comunidade, das pessoas. ” (Entrevistada 8)

6.2.4 Área de divisa: uma questão de pertencimento

Conta-se que a divisa dos municípios de São Luís e São José de Ribamar foi “bagunçada” em 1979 quando um governador visava beneficiar grandes empresas. (Informação obtida na etapa preliminar)

Na época da fundação do Bairro Vila Alonso Costa as divisas territorial e política entre os municípios de São Luís e São José de Ribamar não eram claras. Os moradores recém-chegados ao território não sabiam a qual município pertenciam.

Junto com as necessidades do desenvolvimento que emergia, criava-se uma definição da divisa baseada nas benfeitorias realizadas pelos governos municipais. O hospital e a escola da Vila Luizão foram custeados e administrados pela prefeitura de São Luís, já a unidade básica de saúde e a escola da Vila Alonso Costa foram construídos em 2008 pela administração municipal de São José de Ribamar. Como consequência, nesta época organizou-se a divisa e o Bairro Vila Alonso Costa

separou-se da Vila Luizão e passou a pertencer oficialmente ao município de São José de Ribamar.

“Teve o plebiscito e a população transferiu o título (de eleitor) para São José de Ribamar.” (Entrevistada 8)

No entanto, até hoje a questão do pertencimento geográfico, político e de acesso aos serviços não é clara para muitos moradores, visto que a proximidade com São Luís, a longa história de utilização dos serviços da capital, bem como a logística do transporte público – necessidade de mais de três horas de viagem para chegar a sede – não favorecem o pertencimento ao município de São José de Ribamar. Esse fato contribui para a não regularização da posse da terra.

“Até hoje tem gente que não sabe a divisa.” (Entrevistada 8)

“Tem gente que até hoje não tem documento dos terrenos... eu não tenho.” (Entrevistado 10)

Outro fato relevante relatado pelas entrevistadas ainda muito frequente na Comunidade, foi o recebimento de duas contas de Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) para algumas famílias que moram na rua que divide os dois municípios. Todos esses relatos culminam com a dificuldade de entendimento da lógica municipal de referenciamento para utilização dos serviços de atenção secundária à saúde. Como consequência, repetidamente há desencontros e morosidade no acesso aos serviços de saúde, por exemplo.

6.3 Participação social em saúde

A maior parte dos entrevistados não sabe o que é Participação Social em Saúde e relatam nunca terem ouvido falar, apesar dos diferentes modos como foram questionados, utilizando diversos termos: controle social; movimento social; participação social.

Nota-se que os entrevistados que tiveram maior envolvimento com os processos antigos de movimento popular na época do desenvolvimento da Comunidade, são os que tem mais clareza sobre a vivência de Participação Social não institucionalizada, apesar de desconhecerem os espaços formais de Participação Social em Saúde. Participação social para essas pessoas envolve a busca de melhorias para a comunidade, tais como saúde e melhor qualidade de vida. A percepção de que participação social requer integração e articulação com as

lideranças políticas e gestores de equipamentos sociais locais, foi relatada como a forma de contribuir para melhorar a vida no bairro.

“A gente tem que correr atrás, lutar...” (Entrevistada 8)

“Uma integração das Comunidades, com os gestores de saúde, trabalhando junto... eu acho que é aí que é a participação social chegando à sociedade local.” (Entrevistado 10)

“A participação social é estar presente na saúde, se fazer presente na saúde junto com a equipe de saúde, estar nessa mobilização, estar participando, estar dando ideias, estar também recebendo as ideias da saúde.” (Entrevistada 11)

Quando questionados sobre os mecanismos e espaços formais de Participação Social em Saúde nenhum dos entrevistados tem clareza da existência e modo de organização dos conselhos ou conferências. Duas entrevistadas relatam que já participaram de reunião do Conselho Municipal de Saúde.

“Assisti uma lá em São José de Ribamar e uma aqui na Alonso Costa, que o pessoal veio e fizeram lá na igreja..., só que eu acho que deveria a Comunidade participar mais.” (Entrevistada 3)

“A única reunião que eu fui, foi só aquela lá em Ribamar (...) foi muito bom. Foi debatido as coisas que tem que ser feito, que está por fazer, que a gente gostaria que fizesse...” (Entrevistada 5)

Apesar do desconhecimento, há especulações que podem refletir as expectativas com relação a esses espaços formais:

“Eu penso assim... eu acho que o Conselho de Saúde acontece, acho que pra termo de organização, de saber o que que está acontecendo ou o que não acontece.” (Entrevistada 8)

“Conselho de Saúde acho que é uma referência dentro da Comunidade onde se trabalha agregando... acho que tudo, em geral, chamando a Comunidade pra discutir o que é saúde, não é?” (Entrevistado 10)

“Conselho de saúde é uma equipe, com coordenador que discute junto com algumas pessoas da Comunidade a questão da saúde, o que se pode fazer pra melhorar, o que que é bom pra sociedade, o que que não é, eu acho que é isso.” (Entrevistada 11)

6.3.1 Participação Social em Saúde hoje: condicionantes

Apesar do marcante movimento de participação social pregresso na Comunidade do Bairro Vila Alonso Costa, os entrevistados são unânimes em constatar que não há Participação Social em Saúde atuante na Comunidade, nos dias atuais.

Ao serem questionados, apontam um “esboço” de participação através de reclamações pontuais quando das necessidades individuais, na maior parte das vezes de forma anônima ou sem um interlocutor específico.

“É só reclamação geral de um pra um. Verbalmente. (Participação organizada) não, não tem!” (Entrevistado 7)

“Eles (usuários na fila para atendimento) ficam reclamando só na frente do posto. (...) eu sei que denúncia (na ouvidoria) eles dão do posto. Mas não aparece quem foi...” (Entrevistada 2)

Todavia recentemente, na ocasião das rodas de conversa de Educação Popular em Saúde – descritas na etapa preliminar – oportunizou-se discussões sobre Participação Social em Saúde. Estes momentos são lembrados nas falas de alguns entrevistados que participaram das atividades, porém observa-se, em campo e nas entrevistas, que não há repercussões práticas ou perspectiva de continuidade a esse processo.

“A gente fez aquelas reuniões. (...) teve muita gente lá conversando, a gente conversando sobre crescimento e desenvolvimento do bairro.” (Entrevistada 9)

“Eu fui uma vez na reunião lá em São José de Ribamar pra assistir uma reunião (do Conselho Municipal de Saúde) e outra que aconteceu aqui no bairro. Eu gostaria que isso acontecesse mais vezes e que tivesse mais participação dos usuários daqui do posto.” (Entrevistada 3).

“A única pessoa que incentivava tudo isso era a doutora [nome] né. Aí ela saiu aí pronto, parou. Parou... ninguém fala... ninguém procura.” (Entrevistada 5)

A dificuldade no fornecimento de medicamentos e demais materiais e insumos nas unidades básicas de saúde de São José de Ribamar foi citada como uma consequência ruim da pouca participação da comunidade e tem sido um grande marco nos últimos anos. Quem faz uso contínuo de medicamentos sente-se prejudicado diretamente, porém a oportunidade de entender o contexto, as limitações e almejar possíveis soluções não passam de especulações ou tentativas frustradas, ocorrendo de modo individual.

“Nunca teve uma organização pra ir em busca dos benefícios dos remédios. Eu já tentei fazer isso uma vez, mas não me deram crédito, eu já tentei. Eu pedi pro líder comunitário, inclusive ele falou até com a secretária de saúde daqui do posto de Ribamar e ele falou que ia resolver esse problema e ele não resolveu. Inclusive no dia da festa da associação que teve uns representantes, ela veio; aí eu fui falar, e ele até disse assim “ – Nós não podemos tratar isso aqui, isso aqui é uma festa que está tendo do bairro, a gente vai tirar outra hora! ” Mas eu fiquei chateado porque ele disse que ia resolver naquele dia que ela estava vindo (...). Aí... nunca mais fui atrás. ” (Entrevistado 7)

A precariedade do serviço causando baixa resolutividade gera, também, falta de confiança da Comunidade nos profissionais de saúde locais. O conhecimento incipiente dos processos administrativos na aquisição de insumos e medicamentos cria tensões entre usuários e profissionais. Não é incomum queixas responsabilizando-os pela falta de medicamentos.

Um outro aspecto marcante está relacionado com a postura não acolhedora dos profissionais de saúde, até mesmo dos que exercem funções de gestão da Unidade Básica de Saúde. A prática da gestão nas UBS não privilegia o espaço de participação social.

Mesmo que o ato de Participação Social em Saúde deva ser algo legitimamente popular, quando o profissional local estabelece um vínculo empático com a Comunidade cria-se abertura para o diálogo, propiciando que haja de fato participação dos moradores junto ao serviço. De contrário torna-se fator condicionante ao processo.

“Quando era o [nome] e a [nome] (ex-coordenadores da Unidade Básica de Saúde) ... eles tentavam conversar e dialogar e faziam reunião e conversavam e iam na Comunidade conversar com os líderes comunitários pra saber aonde tinha que melhorar (...) tinha muita comunicação com a Comunidade, o povo tinha voz e vez de falar (...) já com essa que está agora, a gente não conversava, é só ela que manda, é só ela que diz, só ela que sabe (...) ela não senta, não para pra conversar. ” (Entrevistada 8)

“Nunca fiz (quando questionada sobre ir à US conversar sobre o funcionamento). Porque pra fazer sozinha assim não tem condição, eu vou ficar mal. ” (Entrevistada 1)

Os entrevistados concordam que para que um processo de Participação Social em Saúde seja bem-sucedido, é necessária uma ação de grupo, coletiva, mesmo que a representação desse movimento seja de uma única pessoa ou um grupo

específico. Isso confere legitimidade à solicitação, aumentando a possibilidade de ser obtida. Participação social requer liderança, motivação e continuidade.

“Muitas pessoas temem falar... elas ficam caladas, elas não vão... porque quem tem que discutir também é a população, tem que se reunir, mas tem que ter alguém que esteja na frente, que convide a população.” (Entrevistada 6)

“O presidente do bairro ele tem mais conhecimento – assim uma comparação – se eu chego lá na secretaria de saúde de Ribamar, ninguém me conhece né, eu nunca nem fui lá, não sei nem onde é, eu não conheço nada em Ribamar – agora, uma pessoa como o presidente do bairro, uma pessoa que já é mais conhecida, na hora que chega lá, todo mundo conhece ele, aí ele vai dizer assim: “– olha o meu bairro precisa disso, disso e disso, disso, aquilo está desse jeito, tá precisando.” Sempre precisa de uma coisa pra dizer, uma pessoa pra se apresentar ali pra, pra falar sobre aquilo ali, sempre toda coisa que tem, tem que ter um representante (...) eu acho que essas pessoas é que devem correr mais atrás das coisa pro bairro, que são representante do bairro, a representante do posto, se tá faltando uma coisa ela que tem que correr atrás, ela que tem conhecimento, ela que tá sabendo de tudo ali (...). É a mesma coisa aqui na minha casa se preciso de uma coisa, eu que tenho que correr atrás pra conseguir, eu que estou sabendo.” (Entrevistada 9)

Ter um representante só é crucial se a Comunidade estiver apoiando e caminhando junto, senão não há o que representar.

“Só uma pessoa pra correr atrás fica difícil (...). Nós podemos apoiar... se eles precisam de um apoio da gente podia apoiar, acompanhar, não tanto se manifestando pra se apresentar, mas apoiando eles, porque aqui sempre quem ganha é a maioria né (...) se tá sentado numa sociedade, numa associação e pergunta “– quem concorda?” Aí se quatro, cinco levantar a mão, só um levanta, os outros, a maioria é que ganha.” (Entrevistada 9)

“Falta uma orientação. A gente combinar um grupo. (...) tem um dizer que ‘andorinha só não faz verão’ (...). Sociedade não é uma pessoa, é um grupo.” (Entrevistada 1)

Apesar de sentirem a necessidade do apoio e envolvimento comunitário nos movimentos de Participação Social em Saúde, historicamente grande parte da população se omite deste tipo de processo. Os entrevistados que participaram ativamente das primeiras diretorias da Associação de Moradores relatam que parte da Comunidade em geral só se mobiliza quando há gratificações e benefícios imediatos, valendo-se de interesses individuais, da política partidária, dinheiro, favores, emprego, etc. Este interesse vinculado ao imediatismo pode ter origem na não resolução das necessidades básicas de fato.

“Na associação a gente chamava e reunia: “ – olha! Aqui tem tantos associados, tantos sócios tem direito de chegar aqui e reclamar, revidar, cobrar e ajudar a decidir o que que vai fazer”. Eles não participavam... eles pagavam, mas não se interessavam em saber o que que eu estava fazendo (...) eu tinha que fazer um sorteio pra chamar a atenção deles, pra eles participarem e eu dizer o que eu fiz e o que eu não fiz e o que eu deixei de fazer. (...) eu pegava e fazia bingo... pra reunir muita gente, pra lotar. Eu comprava um ferro de gomar, um liquidificador, um ventilador... aí eu botava no sorteio (...). E eles iam, participavam, a associação lotava e a gente explicava (pautas administrativas), botava pra votação o que era que eles queriam, o que era melhor, o que não era melhor. Mas se não fizesse, não participavam...” (Entrevistada 8)

“A Comunidade tem que entender que um trabalho comunitário, uma gestão, não é um trabalho pra si, é um trabalho pra todos. Hoje está muito focado naquele trabalho que lhe dê resultado, lhe dê lucro... está essa inversão de valores. Quando a pessoa parar, e começar a entender que o resultado tem que vir para todos, não pra um só ou pra meia dúzia, aí começam a trabalhar.” (Entrevistado 10)

Um outro condicionante atribuído à falta de envolvimento da Comunidade em geral é um certo comodismo ou conformismo com a situação. Aventa-se que a origem desta postura seja a limitações no acesso à informação/educação, o que restringe a visão de mundo e o empoderamento desse grupo.

“Muita gente se acomoda e não procura, só sabe reclamar. Eu acho que a gente tem que ver aonde é que é que a gente consegue as coisas. A força maior tem que ser da Comunidade.” (Entrevistada 3)

“As pessoas não têm coragem, não tem ânimo de correr atrás das coisas né... aí assim como está aí, pronto! Está tudo bom”! (...) Vão dizer “ – não tenho tempo”, e também é acanhado não sabe por onde começar.” (Entrevistada 5)

“A educação é a base de tudo... o nível de conhecimento é que leva a participação do povo, porque forma a pessoa, o cidadão com opinião. Se a pessoa não tiver uma educação, uma base de conhecimento... ela não vai entender.” (Entrevistado 10)

6.3.2 Perspectivas: potencial de modificação

Apesar de a maioria dos entrevistados não saber o que é, não exercer e não ter informação sobre os mecanismos formais de atuação participativa, quando questionados sobre as possibilidades da Participação Social em Saúde, são reveladas perspectivas da potencialidade de boas modificações e melhorias a partir de sua prática. Porém fica claro que essa potencialidade tem que ser aprendida de modo a não causar tensões nas relações entre gestores, profissionais e usuários. Há também

uma visão infantilizada das forças instituídas e das relações de poder em uma organização de saúde.

“Se as pessoas se interessassem (...) a gente se reunia e fazia assim uma reclamação dentro do amigavelmente lá, pra não ter pessoas (profissionais) pra ficar zangado. Mas a gente achava que estava errado aquilo, que estava faltando coisa, aí o atendimento estava mal, aí não tem medicação e tudo mais... então ela (coordenadora da US) como é encarregada a isso, ela ia debater isso com as outras pessoas mais adiante pra ver se eles contribuíam pra melhorar. ” (Entrevistada 1)

“Eu acho que a participação social modifica pra melhor... porque tudo calado, ninguém se resolve nada, agora se a pessoa se manifestar, eu acho que a pessoa (profissional ou gestor) vai analisar, pensar. ” (Entrevistada 2)

“A Comunidade estando, a Comunidade cobrando... o poder público vê que ela sabe que tem direito e que vai buscar a melhoria, então... o poder público tem como resolver em parceria com a Comunidade. A Comunidade é quem usa e ela que sabe o que falta e o que não falta e o onde pode melhorar. ” (Entrevistada 3)

“Se as pessoas participarem, correrem atrás, modifica... por que diz que ‘uma andorinha só não faz o verão’... se as pessoas correrem atrás e se animarem, eu tenho certeza que modifica muita coisa aqui no bairro. ” (Entrevistada 5)

“Muda, por que as pessoas voltam a acreditar. ” (Entrevistada 6)

“Mudaria porque nós faríamos uma – eu não digo nem protesto, nem manifestação – faríamos uma visita pra poder obter nosso direito que é por lei (...) eu acredito que os secretários, aquelas pessoas que são do lado de dentro da secretária de saúde, ou até um ministro da saúde, eles estão sabendo que tem esse direito e podem resolver ou amenizar esse problema. ” (Entrevistado 7)

“Modifica! Modifica porque levou o tempo que eu via a saúde com toda precariedade... a saúde melhorou muito, então pode melhorar muito mais. As pessoas se integrando, socialmente conversando. ” (Entrevistado 10)

Após discorrerem sobre as perspectivas otimistas, os entrevistados apontaram elementos que julgam fundamentais para trilhar o caminho para uma Participação Social em Saúde real, eficaz e atuante.

“Seria bom que esses outros médicos que estão trabalhando aí fizessem a mesma coisa que doutora [nome] fez... levar a gente pra ver e mostrar. ” (Entrevistada 3)

“Mas tem que ter uma outra pessoa que possa estar buscando, estar puxando isso. Um grupo formado, um grupo estruturado, um grupo resistente. ”
(Entrevistada 11)

“Nós precisamos de pessoas de mais força de vontade, de mais conhecimento, de mais esclarecimento que era pra sentir aquela necessidade. A união é que faz a força! E quem faz a coisa acontecer são as próprias pessoas. ”
(Entrevistado 10)

Em algumas falas percebe-se a compreensão do tempo necessário para o desenvolvimento de mudanças sociais, o tempo histórico, apontando para a continuidade de iniciativas capazes de manter a motivação e o movimento vivo.

“Tudo inicia assim com uma pequena conversa, com uma pequena palestra... conscientização. As coisas não acontecem do dia pra noite. A estratégia é namorar, namorar e depois casar. ” (Entrevistada 11)

7 CONSIDERAÇÕES

A relevância semântica das falas dos entrevistados tem suficiente valor como fonte de conhecimento, sendo capaz de ecoar as mais respeitadas concepções a respeito da história e prática ampliada de Participação Social em Saúde. No entanto, somente a contextualização teórica permite evidenciar esta compreensão.

É soberano afirmar que na Comunidade há material humano – capital político e social – capaz de atuar em processos de participação popular, já comprovados pelas enormes conquistas na urbanização e desenvolvimento do bairro nos anos seguintes a sua fundação, por meio da forte atuação dos movimentos populares daquela época.

Apesar da forte influência da Igreja Católica e das parcerias políticas, singularmente presentes nas narrativas, não é difícil notar que sobressaem habilidades em diversos sujeitos sociais inerentes à realização dos feitos e conquistas obtidas. Essas habilidades são essenciais para conferir legitimidade ao empoderamento de qualquer sociedade saudável. Os sujeitos participam de movimentos sociais com o intuito de atingir objetivos mais ou menos precisos, fundamentados em motivações que transitam por propostas individuais e/ou coletivas. Tais objetivos visam à manutenção, ao aprimoramento, à reforma ou à transformação da situação na qual os sujeitos participam (SCOREL; MOREIRA, 2008).

Sentimento de impotência e de descrédito revelam-se quando os entrevistados são confrontados quanto ao motivo de a participação social histórica ter deixado de existir. As falas revelam inconformação pelo fato de atualmente não se produzir conquistas que reflitam no coletivo.

Ao conceituarem a Participação Social em Saúde os entrevistados esboçaram dificuldades com a formalidade envolvida, apesar de evidentemente dotados de uma rica história de empoderamento e feitos.

Vazquez et al. (2003) analisaram opiniões e conceitos de participação social em saúde de usuários e lideranças comunitárias em dois municípios do Nordeste do Brasil. A participação social nos serviços de saúde foi concebida de diferentes formas, em sua maioria, ligando-se à ideia de dever e colaboração com os serviços de saúde.

Segundo a Rede de Educação popular e Saúde (2016) muitos ativistas sociais e lideranças populares sentem que os espaços institucionais de participação

são restritos à amplitude de suas motivações e buscas. Realmente, nas narrativas das entrevistas, um vasto distanciamento entre a Comunidade e a participação social institucionalizada é percebido. Não há conhecimento acerca dos mecanismos e espaços formais da Participação Social em Saúde. Observa-se que entre os entrevistados não há noção de poderiam participar de Conselhos ou Conferências.

Quanto a participação social não-institucionalizada evidenciam-se vários fatores condicionantes, alguns de menor impacto e outros que corroboram mais a inexistência atual de qualquer forma de participação e interferem na própria identidade da Comunidade.

Além da relação temporal com o que aconteceu no Brasil como um todo, com o movimento de contrarreforma, o declínio do movimento de participação social da Comunidade foi, e ainda é, sustentado pela rivalidade não colaborativa da política partidária e seus interesses individuais. Assim, as lideranças que se apresentam nesta Comunidade não têm reconhecimento para representar a realidade local, coerência para dar continuidade aos feitos de outrora e empatia para motivar o apoio da Comunidade.

Ademais, destaca-se como fator limitante e condicionante ao exercício da Participação Social em Saúde na Comunidade estudada a falta de proximidade para desenvolver diálogo com os profissionais locais e com a gestão de nível central.

Considera-se que o abertura ao diálogo e a informação é responsabilidade tanto da Comunidade quanto do serviço de saúde e este vínculo é capaz de potencializar os processos de participação social. Há um determinado consenso na literatura quanto ao valor da aproximação e do diálogo entre profissionais de saúde e comunidades para que acontece Participação Social em Saúde, bem como o impacto negativo quando isso não acontece (VALLA, 1998; VASCONCELOS, 2001; KEIJZER, 2005; UGALDE, 2006).

Os mesmos autores corroboram que os profissionais têm significativas dificuldades de perceber os interesses e realidade das classes populares, com visão limitada quanto à realidade sociocultural e aos posicionamentos frente ao processo saúde-doença-cuidado. Este cenário limita as práticas de educação e participação social.

Por fim, na aproximação com os entrevistados constata-se o que tem sido amplamente abordado atualmente sobre Participação Social em Saúde: apesar do avanço histórico de um sistema de saúde mais participativo é evidente a permanente

discrepância entre os documentos oficiais e as práticas desenvolvidas, tanto na participação social institucionalizada quanto na não-institucionalizada (VAZQUEZ et al., 2003; UGALDE, 2006; NEPOMUCENO et al., 2013).

Não se encontra, no espaço dos conselhos de saúde, um ambiente de solidariedade e de investimento na participação ampliada que predomina no cotidiano da maioria dos movimentos populares (REDEPOP, 2016).

Navas (2008) ao estudar a realidade e funcionalidade de um Conselho Municipal de Saúde, por meio de entrevistas aos diversos atores envolvidos historicamente no processo, concluiu que há uma pseudodemocratização e que a existência desse espaço formal do conselho é potencialidade e limitação para a Participação Social em Saúde. Possibilidade, pois garante legalmente a existência de espaços para produção de novas subjetividades, e limite, pelos inerentes riscos de cooptação. Para o autor, uma possível alternativa para cindir essa situação seria o fortalecimento da participação em outros canais democráticos como, por exemplo, os conselhos locais de saúde, na tentativa de criar uma cultura de participação democrática.

Considera-se que tanto a trajetória vivida na etapa preliminar, quanto os encontros para a coleta de dados promoveram à Comunidade a possibilidade de refletir sobre sua identidade histórica, seus feitos e marcas, suas vulnerabilidades e potencialidades. Para alguns foi dada a aproximação com um contexto desconhecido, para outros fomentou reflexões mais profundas.

Segundo Napomuceno (2013) a reflexão sobre a participação no contexto da saúde nos convida a olhar os diversos atores sociais e de fato este foi um importante aprendizado deste estudo. É preciso estar atento às pessoas para oportunizar a compreensão da Comunidade e contribuir para seu empoderamento social, objetivando interferências reais nos determinantes de saúde.

Enquanto profissional da assistência, a pesquisadora reconhece a importância do dever do acolhimento empático e da abertura ao diálogo, bem como de ser ponte para os processos de Participação Social em Saúde. É preciso valorizar o humano e a vida para identificar o que motiva a equipe profissional para disponibilizar suas capacidades e o que motiva a Comunidade na tomada de ciência de suas necessidades

A Rede de Educação Popular e Saúde (2016) recomenda a necessidade de um movimento de redefinição das práticas sanitárias e da forma como os serviços

se relacionam com a população, ouvindo e valorizando as contribuições e criações já desenvolvidas nos movimentos e nas redes sociais (REDEPOP, 2016).

Contudo, ainda é escassa a literatura que aborda a atualidade dos movimentos de participação social em saúde sob a ótica dos envolvidos em processos não-institucionalizados.

Grande parte do debate sobre a participação popular em saúde tem focado no setor mais organizado dos movimentos sociais e na atuação de lideranças mais aproximadas da dinâmica de funcionamento do SUS. Pouco se tem reparado e valorizado a outra gama, muito mais ampla e difusa, de movimentações e iniciativas sociais voltadas à busca da saúde (REDEPOP, 2016).

Tem-se clareza de que muitos desafios existem e existirão quanto a participação social em saúde, pois ainda há uma predominância de um enfoque tecnicista, que domina as relações entre profissionais e usuários (NEPOMUCENO, et al, 2013). Por isso o olhar e a compreensão da vivência e dos saberes da Comunidade contribuem para os estudos da participação social e para o fortalecimento da sociedade.

Concorda-se com Vasconcelos (2009) quando afirma que a participação demarca espaços importantes para a redefinição de práticas de saúde e pode influir de modo significativo na reorientação da vida social.

O controle social pleno depende de dinâmicas políticas e econômicas gerais, mas o setor de saúde terá muito com o que contribuir ao encarar o investimento na democratização da vida social e o enfrentamento das opressões como parte central do trabalho de promoção da saúde. (REDEPOP, 2016).

Por fim é preciso ter em mente que o processo de empoderamento para a participação social em saúde reflete um esforço coletivo cotidiano que necessita permanentemente de investimento “do” e “no” capital humano. Assim, acredita-se que esta pesquisa cumpriu seu papel social e espera-se que contribua para o adensamento da participação popular, favorecendo o pensar e o agir crítico de todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTENCIA SOCIAL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final, 1986.

BRASIL. **Lei No 8080**. Dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 19 set.1990.

BRASIL, Portaria nº. 687 MS/GM, de 30 de Março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Educação em saúde**: diretrizes. Brasília, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em outubro de 1988. FILHO, N.P.A. (org). **Verbo Jurídico**, 12ed Porto Alegre, 2007a.

BRAVO, M.I.S.. Política de Saúde no Brasil. In: MOTTA, A. E., et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M.I.S.; CORREIA, M.V.C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.109, p. 126-150, jan/mar. 2012.

CORREIA M.V.C. **Que controle social:** os conselhos de saúde como instrumento. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n.24, p.213-225, 2004.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Participação Social. In GIOVANELLA, L. (org). **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. Cap. 28.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Participação Social**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/participacaoosocial>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades:** Maranhão – São José de Ribamar. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211120&search=maranhao|sao-jose-de-ribamar|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em 27 abr. 2015.

KEIJZER, B. Los Discursos de la Educación y la Participación en Salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. In: MINAYO, M (Org.). **Críticas e Atuentes:** ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 441-460.

MACHADO, F. A. **Participação social em saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Anais... Brasília, Ministério da Saúde, 1986.

MANNHEIM, K. **Ideologia e Utopia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

MENEZES, J.S.B. **Saúde, participação e controle social:** uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOREIRA, I.A; HEIDRICH, A.V. Participação social na saúde: limites e possibilidades de controle social em tempo de reforma do Estado. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.18, n.2, p.107-119, jul/dez. 2012.

NAVAS, A. M.M.S., **A Participação Popular na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS**: limites e possibilidades. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras - UNESP - Universidade Estadual Paulista “ Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2008.

NEPOMUCENO, L. B.,et al. Participação Social em Saúde: Contribuições da Psicologia Comunitária. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v.44, n.1, p.45-54, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, A. M. C. et al. Controle Social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p.2329-2338, 2013.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **São José de Ribamar**.Disponível em:<<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

REDEPOP. REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. **A democratização da nação e a construção da solidariedade social através do sus não se restringe ao aprimoramento do controle social por conselhos e conferências de saúde**. Disponível em: < <http://redepopsaude.com.br/artigos/a-democratizacao-da-nacao-e-a-construcao-da-solidariedade-social-atraves-do-sus-nao-se-restringe-ao-aprimoramento-do-controle-social-por-conselhos-e-conferencias-de-saude/> >. Acesso em: 12 jul. 2016.

SÃO JOSÉ DE RIBAMAR. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão** [Mimeo] Secretaria Municipal de Saúde: São José de Ribamar, 2014.

SÃO JOSÉ DE RIBAMAR. **A cidade**. Disponível em: <<http://www.saojosederibamar.ma.gov.br/cidade/sobre/>>. Acesso em 27 abr. 2015.

SILVA, G.G.A., EGYDIO M.V.R.M., SOUZA M.C. **Algumas considerações sobre o controle social no SUS**: usuários ou consumidores. *Saúde Debate*, v.23, n.53, p.37-42, set/dez, 1999.

SOUZA, E. R.et al. Construções dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap.4.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, v.30, n.73/74, p.149-160, 2006.

UGALDE, A. Las Dimensiones Ideológicas de la Participación Comunitaria en los Programas de Salud en Latinoamérica. In: MENÉNDEZ, E.; SPINELLI, H (Orgs.). **Participación social? Para qué?** Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006. p. 19-51.

VALLA, V. Sobre Participação Popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14(supl. 2), p.7-18, 1998.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as Práticas de Saúde a partir de Experiências de Educação Popular nos Serviços de Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, n.8, p.121-126, 2001.

VASCONCELOS, E.M. Para Além do Controle Social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**, Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 270-288.

VAZQUEZ, M., et al. Participação Social nos Serviços de Saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.2, p.579-591, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTÕES NORTEADORAS

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

DATA: _____

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: ____ ESCOLARIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ RENDA FAMILIAR: _____

TEMPO QUE MORA NO BAIRRO: _____

História da fundação do bairro.

Relação pessoal com a fundação do bairro.

Cotidiano atual no bairro.

Serviços de saúde locais.

Participação social no serviço de saúde local.

Significado de participação social em saúde.

Espaços formais de participação social em saúde.

Percepção da participação social em saúde na Comunidade.

Fatores facilitadores e limitantes da participação social em saúde.

APÊNDICE II

1/2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ana Magda Magnani Delfim e Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, pesquisadoras da Universidade Federal do Maranhão, estamos convidando você, morador da Comunidade do bairro Vila Alonso Costa vinculados à Unidade de Saúde Alonso Costa do Município de São José de Ribamar – MA, a participar de um projeto de pesquisa chamado **“Participação social em saúde: percepções de moradores de uma Comunidade”**. Este estudo, por meio de entrevistas individuais, almeja Compreender a participação social em saúde em uma Comunidade adscrita a uma equipe da Estratégia Saúde da Família em São José de Ribamar

a) O objetivo desta pesquisa é conhecer a história de participação social da Comunidade, identificar fatores propulsores e condicionantes implicados na motivação para participação social em saúde, captar as concepções acerca de participação social em saúde e conhecer a compreensão da comunidade sobre os mecanismos de participação social em saúde.

b) Caso você participe da pesquisa, participará de uma entrevista com gravação, de aproximadamente uma hora de duração, na qual serão abordados aspectos gerais da história do bairro e sobre participação social em saúde.

c) Os depoimentos serão gravados, porém será respeitado o anonimato do entrevistado. Tão logo a pesquisa termine, os depoimentos serão transcritos com códigos e a gravação será apagada, minimizando os possíveis riscos.

d) É possível que, durante a entrevista você não se sinta confortável em responder alguma pergunta ou comentar sobre algum aspecto de sua vida e, se assim for, você pode cancelar a entrevista.

e) Sua participação na pesquisa não implicará em nenhum privilégio ou prejuízo em seu atendimento na Unidade de Saúde Alonso Costa, tendo em vista que não haverá interferência ativa direta em seus cuidados de saúde/adoecimento.

f) Sua participação na pesquisa não terá nenhum custo. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora.

g) Pela sua participação na pesquisa você não receberá nenhum valor em dinheiro.

h) Os benefícios desta pesquisa são a auto-reflexão sobre participação social em saúde e a contribuição da riqueza de seu depoimento à pesquisa científica.

i) Os possíveis riscos deste estudo estão relacionados ao desconforto de envolver informações sobre sua vida pessoal e social, o que pode criar constrangimentos a você, porém o desconforto e a vulnerabilidade serão atenuados pela liberdade de escolher o que deseja expor ou não. Além disso, os dados transcritos nos relatórios serão confidenciais e prezarão pelo seu anonimato.

j) As informações relacionadas aos relatórios só poderão ser acessadas pelos pesquisadores ou autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação científica, isto será feito sob forma de código, sem a divulgação de nome dos participantes, para que sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Universitário da
Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Rua Barão de Itapary, nº 227,
Centro – São Luís – MA
Telefone: (98) 2109-1250

Rubricas:

Participante da Pesquisa: _____

Pesquisador Responsável: _____

Pesquisadora de campo: _____

2/2

k) A sua participação neste projeto é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

l) Estão garantidas todas as informações que você desejar saber sobre a pesquisa, antes durante e depois do projeto.

m) Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será em duas vias de igual teor e deverá, obrigatoriamente, conter rubricas do participante da pesquisa ou responsável e do pesquisador em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante e/ou seu representante legal.

n) Se for necessário qualquer esclarecimento, você pode entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão, pelo telefone (98) 3272-9676 ou pelo e-mail mtseabra@gmail.com, das 08h00 às 17h00 durante a semana.

o) Caso precise de maiores esclarecimentos você, também, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (contato no rodapé). O Comitê de Ética em Pesquisa é composto por um grupo de diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa, da qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da minha participação. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no projeto a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento e tratamento na Unidade de Saúde. Fui informado de que não haverá custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

São José de Ribamar,

_____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Professora do Mestrado Profissional em
Saúde da Família da
Universidade Federal do Maranhão

Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Universitário da
Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Rua Barão de Itapary, nº 227,
Centro – São Luis – MA
Telefone: (98) 2109-1250

Rubricas:

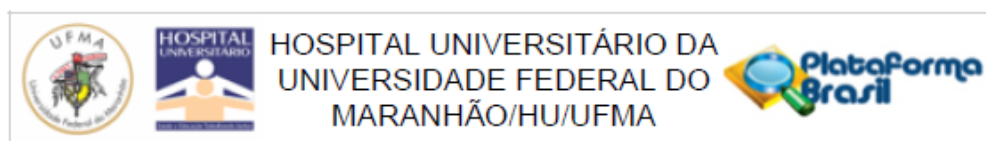
Participante da Pesquisa: _____

Pesquisador Responsável: _____

Pesquisadora de campo: _____

ANEXO

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.276.674

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_482263.pdf	25/09/2015 11:30:14		Aceito
Outros	CartaRespostaAnaMagdaMagnaniDelfim.pdf	25/09/2015 11:28:55	Ana Magda Magnani Delfim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_2.docx	04/09/2015 11:53:04	Ana Magda Magnani Delfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEadequado.pdf	04/09/2015 11:48:53	Ana Magda Magnani Delfim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	@ Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Ana Magda Magnani Delfim).pdf	10/07/2015 21:10:43		Aceito
Declaração de Pesquisadores	@ Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves).pdf	10/07/2015 21:03:10		Aceito
Outros	- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE A COLETA SERÁ REALIZADA.pdf	10/07/2015 21:01:29		Aceito
Outros	- TERMO DE COMPROMISSO.pdf	10/07/2015 18:15:00		Aceito
Outros	- TERMO DE ANUENCIA.pdf	10/07/2015 18:14:40		Aceito
Outros	- FICHA CADASTRAL.pdf	10/07/2015 18:14:22		Aceito
Outros	- EXPLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADES DO PESQUISADOR.pdf	10/07/2015 18:13:55		Aceito
Outros	- DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA.pdf	10/07/2015 18:13:34		Aceito
Folha de Rosto	- FOLHA DE ROSTO.pdf	10/07/2015 16:39:23		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br