



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF**

**RAYANE ALVES LACERDA**

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
promovendo a participação e o controle social**

**SOBRAL-CE**

**2019**

**RAYANE ALVES LACERDA**

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
promovendo a participação e o controle social**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família pela nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Educação na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente.

SOBRAL-CE

2019

**RAYANE ALVES LACERDA**

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
promovendo a participação e o controle social**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família pela nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Educação na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente.

Avaliado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Orientador: \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente.

1º Examinador: \_\_\_\_\_  
Prof. Dra<sup>a</sup>. Betânea Moreira de Moraes

2º Examinador: \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Israel Rocha Brandão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Lacerda, Rayane Alves

Reorganização do processo de trabalho na atenção básica:  
promovendo participação e controle social [recurso eletrônico] /  
Rayane Alves Lacerda. -- Sobral, 2019.

1 CD-ROM: il. ; 4 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho  
acadêmico com 80 folhas.

Orientação: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente..

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) -  
Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da  
Saúde

1. Atenção básica. 2. Processo de trabalho em saúde. 3.  
Participação e controle social. I. Título.

A Deus

À minha família

Ao meu Amor, Diego

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela oportunidade, pela força, por me conduzir, amparar e por está à frente de tudo na minha vida;

Aos meus pais, Antônia de Maria e Belmiro, pelo exemplo de vida, de força e de fé, pelo incentivo, pela dedicação e pelo amor que eles têm comigo;

À minha irmã, Rayssa, que sempre esteve pronta para me ajudar nos momentos difíceis;

Aos meus familiares, tios, tias e primos, bem como às minhas Avós Osmarina e Raimunda, por contribuírem direta e indiretamente para o meu sonho se concretizar, com zelo e cuidado;

Aos meus amigos e colegas da terceira turma do mestrado profissional em saúde da família, pelo aprendizado que vou levar de cada momento que passamos juntos, pelas vivências e pela convivência, pelos momentos de descontração. Enfim, por contribuírem com o meu crescimento durante todos os módulos nas suas subjetividades, criticidades e organicidades;

Aos docentes do mestrado profissional em saúde da família de sobral pela contribuição no processo formativo dos mestrandos, pela transformação geraram em minha vida a partir dos conhecimentos trocados;

Aos Profissionais de saúde, gestores, usuários (as) do SUS, por se mostrarem acolhedores durante o processo de pesquisa e intervenção e pela abertura a minha proposta de intervenção, facilitando o meu trabalho de campo;

Ao meu namorado, Diego, pelo carinho, paciência, apoio, compreensão, por sempre se fazer disponível para tudo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente, pela boa vontade, pelo incentivo, pela cooperação, pela sabedoria, pela paciência e pela disponibilidade durante a realização desse estudo. Como também aos membros da banca, Prof. Dr. Israel Brandão e Prof<sup>a</sup> Dra. Betânea Moreira de Moraes, que tanto contribuíram com essa pesquisa de intervenção.

Todo conhecimento começa com o sonho.  
O sonho nada mais é que a aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina, brota das profundezas do corpo, como a alegria brota das profundezas da terra. **(Rubem Alves)**

## RESUMO

A participação e o controle social na saúde, sobretudo, na Estratégia Saúde da Família, estão no cerne deste estudo. Objetivou-se potencializar a participação social nas ações realizadas pelos profissionais de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família do município de Ipaporanga (CE). Tendo em vista que se identificou a necessidade ampliar o escopo da participação social no âmbito municipal. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação com caráter interventivo na Unidade Básica de Saúde- Centro do referido município. A coleta de dados ocorreu através da observação direta, com anotações em diários de campo, bem como se utilizou da técnica entrevistas semi-estruturada com base no roteiro, em anexo. O referencial teórico-metodológico utilizado para análise dos dados foi a partir de Bardin Análise Temática de Conteúdo. Com a finalidade de respaldar a intervenção recorreu-se ao método Arco de Maguerez. Esta resultou em reorganização do processo de trabalho, a fim de instigar a participação comunitária e, por conseguinte, o controle social para além dos espaços institucionalizados, no cotidiano de trabalho, nas atividades individuais, principalmente, nas abordagens grupais. Incorporou-se ao trabalho grupal metodologias ativas, como círculo de cultura, além despertou a necessidade de um maior aprofundamento sobre a educação popular. Portanto, considera-se a contribuição e relevância para reflexões da práxis, deslocamentos para longe da zona de conforto cotidiana que se materializou em ganhos e conquistas, seja pelo fato de gerar mudanças na forma de pensar e perceber a participação e o controle social, ou na prática profissional.

**Palavras-chave:** Atenção básica. Processo de trabalho em saúde. Participação e controle social.



## **ABSTRACT**

Participation and social control in health, especially in the Family Health Strategy, are at the heart of this study. The objective was to enhance social participation in actions taken by health professionals in the context of the Family Health Strategy of the city of Ipaporanga (CE). Given that the need to broaden the scope of social participation at the municipal level was identified. This is a qualitative approach research, of the action research type with interventional character in the Basic Health Unit-Center of the referred municipality. Data collection occurred through direct observation, with notes in field diaries, as well as using the semi-structured interviews technique based on the attached script. The theoretical-methodological framework used for data analysis was based on Bardin Thematic Content Analysis. In order to support the intervention, the Maguerez Arc method was used. This resulted in the reorganization of the work process in order to instigate community participation and, consequently, social control beyond institutionalized spaces, in daily work, in individual activities, especially in group approaches. Active methodologies, such as a circle of culture, were incorporated into the group work, besides arousing the need for a deeper understanding of popular education. Therefore, we consider the contribution and relevance to reflections of praxis, displacements away from the daily comfort zone that materialized in gains and achievements, either by generating changes in the way of thinking and perceiving participation and social control, or in professional practice.

**Keywords:** Primary Care. Health work process. Participation and social control.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Indicação das categorias profissionais.....	38
Figura 2 Quantitativo e categorias dos sujeitos participantes do estudo.....	40
Figura 3 Gênero dos sujeitos participantes.....	40
Figura 4 Idade dos sujeitos participantes.....	41
Figura 5 Renda dos sujeitos participantes.....	41
Figura 6 Escolaridade dos sujeitos participantes.....	41
Figura 7 Arco de Maguerez.....	45

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Categorical .....	49
Quadro 2 Unidades de Análises.....	49
Quadro 3 Tratamento dos resultados: Gestão .....	51
Quadro 4 Tratamento dos resultados: Profissionais de Saúde .....	52
Quadro 5 Tratamento dos resultados: Usuários (as)/Membros do Conselho Municipal de Saúde.....	53
Quadro 6 Artigos utilizados durante a teorização.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas De Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CFESS	Conselho Federal do Serviço Social
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
MESP	Ministério da Educação e da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado a Saúde da Família
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ Atenção Básica	Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIFICAAPSUS	Projeto de Qualificação da Atenção Primária
SESP	Serviço Especial de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	14
CAPÍTULO 1: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	19
CAPÍTULO 2: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE .....	26
CAPÍTULO 3: TRABALHO E PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE .....	31
CAPÍTULO 4: PERCURSO METODOLÓGICO.....	35
Tipo e Abordagem do trabalho .....	35
Cenário da Intervenção .....	37
Caracterização da Unidade Básica de Saúde – Centro .....	37
Componentes do Estudo.....	39
Perfil dos Entrevistados.....	40
Usuários (as)/Membros do Conselho Municipal de Saúde de Ipaporanga.....	42
Gestão.....	42
Profissionais.....	43
Instrumentos de coleta de dados .....	43
Referencial de Análise dos dados .....	44
Fase do desenvolvimento do trabalho interventivo .....	45
Aspectos éticos da pesquisa.....	47
CAPÍTULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	48
Primeira etapa: Análise de dados da entrevista .....	48
Segunda etapa: observação direta.....	56
Terceira etapa: processo interventivo .....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	75

## INTRODUÇÃO

As ações para serem coerentes, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser desenvolvidas com base nos seus princípios fundamentais e diretrizes, tais como: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social.

De acordo com Pasche e Vasconcelos (2009), a universalidade garante o direito à saúde a todos os cidadãos; a equidade promove acesso às ações e serviços, justificando a prioridade de ofertas aos seguimentos de maiores riscos; A integralidade considera as inúmeras dimensões do processo saúde-doença que afetam indivíduos e coletividades, além disso, pressupõe ações continuadas para garantir promoção, proteção, cura e reabilitação; a descentralização enfatiza a municipalização da gestão dos serviços, atribui aos municípios a responsabilidade pela execução direta dos serviços; Realçam que a regionalização da saúde é uma diretriz que propõe a organização racionalizada dos serviços de saúde; Com a hierarquização busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção, para que se regule o acesso aos mais especializados; e por fim a participação comunitária, a qual é assegurada pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentada pela Lei 8.142/1990 direcionando para participação dos segmentos sociais, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Em consonância com os autores referidos acima essa abertura para a participação social anseia por envolvimento dos atores sociais onde ocorra, de fato, uma democracia participativa. Com a Lei referida no parágrafo anterior há dois mecanismos de participação social em saúde: a atuação em processos de gestão colegiada de serviços e a interferência direta dos usuários na gestão dos cuidados clínicos.

Para Amman (1978, p.61), “participação social é o processo mediante o qual diversas camadas da sociedade, tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”.

Assim, a participação social confere-se numa correlação de forças em meio a um processo construído socialmente numa perspectiva crítica, racional e relacional. Esta de se desenvolve em processos de contradição.

Paulo Freire (1980), afirma que a participação é o direito primordial de povos oprimidos dizerem a sua palavra. Segundo Bordenave (1983), o tempo todo as pessoas estão sendo convidadas a participarem, seja em programas de rádios, associações comunitárias ou espaços institucionalizados como os conselhos municipais de saúde. No entanto, há uma necessidade não satisfeita de saber o que é participação na construção de uma sociedade democrática.

Demo (2011) define participação com o processo de conquista e construção organizada da emancipação social. Pelo menos quatro conceitos parecem aqui fundamentais: o de processo, denotando que se trata de fenômeno historicamente dinâmico e marcado pela profundidade qualitativa no espaço e no tempo; o de conquista e construção, significando que não pode ser obra de terceiros, mas dos reais interessados; o de organização, indicando que um dos signos principais de sua competência está na cidadania coletiva bem armada; o de emancipação social, estabelecendo a centralidade do sujeito social, no espaço histórico-estrutural das desigualdades sociais.

É nessa perspectiva que as práticas profissionais voltadas para promover a participação e o controle social devem também seguir as determinações estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) considerando suas atribuições gerais e específicas. Em virtude das diversas orientações sobre práticas democráticas de trabalho e diante de uma perspectiva de trabalho dialógica advêm muitas inquietações entre elas a pergunta de partida: Como os profissionais de saúde e gestores podem desenvolver práticas que efetivem a participação e controle social pelos usuários? E outras indagações permeiam esta pesquisa: a de conhecer como a Estratégia Saúde da Família no âmbito da atenção básica incorpora ao seu processo de trabalho a participação social nos espaços de educação em saúde em grupo? Será que o empoderamento social pode ser aprimorado por práticas dialógicas no cotidiano? Será preciso buscar novas formas de pensar e efetivar a participação social?

Com esses questionamentos, dialogou-se com as categorias processo de trabalho em saúde, sobretudo no âmbito da Atenção básica, participação social, participação social na saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF) e educação em saúde. Traçaram-se os seguintes objetivos: Potencializar a participação social nas ações realizadas pelos profissionais de saúde no contexto da Estratégia Saúde da

Família do município de Ipaporanga (CE). Especificamente pensou-se em analisar como os profissionais organizam o seu processo de trabalho para participação social nas atividades coletivas; Problematizar como os usuários estão inseridos no planejamento, execução e avaliação cotidiana dos grupos de referência das equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Ipaporanga-CE; Construir coletivamente, a partir da realidade problematizada, uma proposta de participação social a ser efetivada no processo de trabalho dos profissionais junto aos grupos assistidos pela ESF.

Para Silva e Arantes (2017), processo de trabalho da equipe de saúde é atravessado por diversos ruídos, dentre os quais estão os conflitos gerados pela hierarquia entre as várias categorias profissionais. As tensões podem se desdobrar em relações de poder. Tais relações são expressas nas práticas entre os trabalhadores em aspectos diferenciados, permeando o processo de trabalho. Isso poderá implicar, diretamente, no trabalho em equipe e colaborativo, considerando as interferências que relações autoritárias e verticalizadas possam produzir. Configura-se como desafio rever o processo de sujeição e as relações de saber/poder que se estabelecem, investir na revisão das relações de micro poderes que se estabelecem no ato de cuidar.

Diante do exposto, enfatiza-se a relevância da participação social para além do ideário legalista, é preciso que se problematize e, com isso, que a prática profissional possa ser repensada, reorganizada a fim de favorecer maiores e melhores níveis de interação e diálogo envolvendo a gestão, os (as) trabalhadores (as) e os (as) usuários (as).

O caminho percorrido pela pesquisadora durante a graduação de serviço social na Universidade Estadual do Ceará (UECE) foi um período de maturação e aproximação com a política de saúde, no âmbito da ESF, pois estive vinculada ao Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), além disso, participava de um grupo de estudo sobre o Sistema Único de Saúde promovido por um projeto de pesquisa no seio da UECE no laboratório de seguridade social. Enquanto assistente social, as experiências profissionais, como a da residência multiprofissional em saúde da família, me levaram a sonhar com um Sistema de Saúde público de qualidade e me fizeram cotidianamente repensar e buscar fomentar práticas democráticas nas relações entre profissionais, entre alunos, entre



usuários e entre pessoas. Neste espaço, tive uma aproximação com o conselho local de saúde de um território, onde pude observar e aprender sobre algumas formas de participação e controle social.

Atualmente, servidora pública concursada no município de Ipaporanga (CE), atuando no Núcleo Ampliado a Saúde da Família (NASF-AB) e membro do conselho municipal de saúde, representando os profissionais de nível superior. Ressalto também a participação no Conselho Municipal de Direitos da Mulher e no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente. Isso me proporcionou a aproximação maior com objeto desse estudo. Influenciou na minha inquietação sobre participação social no cotidiano do processo de trabalho na ESF para ir além do se preconiza na participação institucionalizada.

É inerente a profissão do/a assistente social atuar em consonância com um projeto ético-político, o qual defende a equidade e a justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Ressalta-se que a dimensão ético-política do trabalho do assistente social só pode ser vislumbrada quando esse profissional realiza ações conscientes e críticas, vinculadas a um posicionamento político de defesa dos direitos dos seus usuários (IAMAMOTO, 2001). Sendo, assim, torna-se elucidativo que a defesa dessa participação ampliada é também, posicionamento ideológico e política da minha categoria profissional.

Dessa forma, almeja-se um SUS democrático que garanta o acesso aos direitos, possibilitando a participação efetiva e o controle social, não meramente normativo, ou seja, para além das conferências e reuniões de conselhos de saúde, que isso esteja presente nas relações cotidianas e construída coletivamente, por todos os seus (expecto) atores<sup>1</sup>.

Assim, justifica-se a aproximação com objeto de intervenção desta pesquisa, a qual tem correlação com as vivências de mundo pessoal e profissional experimentadas até o momento. Há que se ressaltar o período político instável, com

---

<sup>1</sup> Este é um conceito desenvolvido por Boal (1998) no qual a palavra "expecto" remete-se ao sentido de expectadores e a palavra "atores" com sentido de agentes da cena pública.

anúncios de um governo de extrema direita, com ideários positivistas, militarista, com profundos ataques ao processo democrático no Brasil, passa-se por retrocessos em várias dimensões da vida pública, os quais têm significativos impactos para a conjuntura da participação e do controle social, por exemplo, o decreto nº 9759/2019 que em abril deste ano vigente extingue todos os conselhos, comissões, comitês, grupos e outros colegiados ligados à administração pública federal que não tenham sido criados por decretos ou normativas inferior. Embora em junho de 2019 o Supremo Superior Tribunal (STF) concede a liminar (nº6121) para limitar o alcance do decreto, percebe-se uma série de tentativas de restringir o estado democrático de direito construído coletivamente às duras penas após a ditadura militar (1964-1985).

Portanto, defendem-se princípios e formas de atuação alinhada com a Reforma Sanitária e com os princípios e diretrizes do SUS, conforme se propõe o desenvolvimento desta intervenção junto aos demais profissionais de saúde do município de Ipaporanga (CE). Dessa forma, fica explicitada a relevância científica e social dessa temática, pois se pretende contribuir com o SUS no âmbito da participação e do controle social no município indicado.

Vale ressaltar que este trabalho teve como proposta metodológica realizar uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação com caráter interventivo. A coleta de dados ocorreu através da observação direta, com anotações em diários de campo, bem como se utilizou da técnica entrevistas semi-estruturada com base no roteiro, em anexo, disponível ao final. O referencial utilizado para análise dos dados foi o método de Bardin Análise Temática de Conteúdo, dividido em três etapas: A pré-análise, exploração do material e inferências sobre os dados. Com objetivo de respaldar a intervenção recorreu-se ao método Arco de Maguerez, fundado nas seguintes fases: observação de realidade, análise dos pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Isso foi proposto com a finalidade de tornar o processo mais participativo e dialógico.

Salienta-se que a estrutura dessa pesquisa está organizada em sessões. Na primeira consta a Revisão de Literatura capitularizada com discussões a respeito da construção histórica do SUS e da Estratégia Saúde da Família, também se desenvolve um debate sobre a participação social e sobre participação e controle social na saúde. Discorre-se ainda sobre trabalho e processo de trabalho na saúde.

Em seguida dispõe sobre o percurso metodológico, aspectos éticos, campo da pesquisa e componentes envolvidos nesse estudo. Ainda compartilham-se os resultados e discussões desenvolvidos. Além disso, expõem-se as reflexões finais. E finalmente, traz-se a bibliografia, seguida dos anexos e apêndices.

## **CAPÍTULO 1: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

No século XVIII, a assistência médica era baseada na filantropia e na medicina liberal, pois não havia nenhum tipo de combate às causas da doença. A atuação do Estado e dos médicos tinha como finalidade apenas evitar a morte. (MACHADO, 1978 *apud* BRASIL, 2011, p.10)

No século XIX, o Brasil passa por um processo de transformação política e econômica, que atinge o campo da medicina estreando a penetração da medicina na sociedade. A medicina passa a ser vista como apoio científico ao exercício do poder do Estado. Com isso, surgiu a vigilância do exercício profissional e a realização limitada de campanhas de saúde. Em 1829 foi criada a Junta de Higiene Pública. Em 1851, esta foi transformada em Junta Central de Higiene Pública, com o objetivo da inspeção de vacinação, do controle do exercício da medicina e de polícia sanitária da terra, que envolve a inspeção dos alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fábricas, ou seja, todos os lugares de onde possa emergir dano à saúde pública. (MACHADO, 1978 *apud* BRASIL, 2011, p.11)

Portanto, até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais e controle de navios e saúde dos portos, pois interessava ao Estado somente estabelecer um controle sanitário mínimo. A Junta Central de Higiene não resolveu os problemas de saúde pública, contudo marcou uma nova era na organização da higiene pública no Brasil. Com a constituição de 1891, os estados foram responsabilizados pelas ações de saúde, de saneamento e de educação. (MACHADO, 1978 *apud* BRASIL, 2011).

No início do século XX, a saúde emergiu como expressão da questão social, pois nesse período foi o auge da economia cafeeira principal produto de exportação brasileiro, fator gerador de novas relações de trabalho e assalariamento. Dessa

forma, a força de trabalho necessitava estar saudável para produzir e gerar lucro para seus patrões. Em um primeiro momento, esse interesse pela saúde resulta de um comprometimento com a garantia do direito a saúde motivado principalmente por interesses econômicos. (MACHADO, 1978 *apud* BRASIL, 2011, p.12).

Em 1920, no Brasil, foi adotado um sistema de proteção social baseado no seguro social, esse tipo de proteção é controlado pelo Estado e só beneficia aos que contribuem com a previdência social.<sup>2</sup> De acordo com Bravo (2009), em 1923 ocorreu à reforma Carlos Chagas, que tinha como objetivo a reforma sanitária, sendo colocadas às questões de higiene e saúde do trabalhador. Ainda nesse mesmo ano foi criada a Lei Elói Chaves, legitimando as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), as quais eram financiadas pela União, empresas e pelos empregados.

Os benefícios eram proporcionais às contribuições e previstos na assistência médica curativa e no fornecimento de medicamentos; era garantida aos contribuintes aposentadorias por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral.

Em consonância com a autora, a partir de 1937 enfatizaram-se as campanhas sanitárias, coordenações dos serviços estaduais de saúde, criação e interiorização das ações para as áreas de endemias. Nessa mesma década as CAPS tornam-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's).

Somente no período de 1945 a 1950, consolidou-se a Política Nacional de Saúde com a ampliação de programas e projetos fortalecendo as políticas sociais na área da saúde, através da criação do Ministério da Educação e da Saúde (MESP), ao qual cabia tudo que envolvesse saúde pública e que não se encontrasse na área da medicina previdenciária.

O MESP prestava serviço aos “pré-cidadãos”: os pobres, os desempregados, os trabalhadores informais e a todos que não estivessem aptos a usufruir dos serviços oferecidos pelos serviços previdenciários. Para Lima (2005 *apud* BRASIL, 2011, p.13), tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil.

---

<sup>2</sup> Segundo Behring e Boschete (2011) Modelo Bismarckiano, que se caracteriza como um sistema de seguros sociais. Seus benefícios cobrem somente trabalhadores que contribuírem. O montante de suas prestações é proporcional à contribuição efetuada.

O contexto sócio histórico dos anos 1950 foi marcado por mudanças nas políticas de saúde, devido à dinâmica política da sociedade brasileira, que incorporava a ideia do desenvolvimentismo, a qual defendia a saúde como questão de superestrutura e não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas com uma consequência dele. Ocorreu a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais.

Foi criado o Serviço Especial de Saúde (SESP), das Delegacias Federais de Saúde, dos Serviços Nacionais e da Instituição das Conferências Nacionais de Saúde.

Segundo Bravo *et al* (2006), de 1958 a 1964 havia uma preocupação com o combate às diversas doenças recorrentes, como a malária, a febre-amarela, a tuberculose e a lepra, formando parcerias entre os órgãos competentes para que estes fabricassem vacinas. De 1964 a 1985, o Brasil vislumbra o período da Ditadura dos Militares, caracterizada por forte repressão política e elevado crescimento econômico e concentração de renda.

No mesmo período os problemas de saúde foram encaminhados e enfrentados com a forte repressão dos militares, permitindo a ampliação do produtor privado. Para Mota *et al* (2006, p. 92):

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização.

Na década de 1970, foi proposta uma reforma, defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária, a fim de centralizar e intensificar os serviços nacionais de saúde, contudo as finalidades dessa mudança posta vão além. Segundo Teixeira (2006, p. 185): “No desenvolvimento histórico do Movimento Sanitário perceber-se que a luta pela transformação da saúde nunca se distanciou da luta pela transformação da sociedade...”.

Nessa perspectiva foi reorganizado o Departamento Nacional de Saúde, com uma proposta de enfatizar os serviços a fim de prevenir e combater doenças como a Tuberculose; a Febre Amarela; o Câncer, a Lepra, a Malária, e Doenças Mentais. Dando ênfase, também a trabalhos de Educação Sanitária, de Fiscalização

do exercício da medicina, da Saúde dos Portos, do Serviço Federal de Bioestatística e do Serviço Federal de Águas e Esgotos. Portanto, nesse período a saúde pública foi centralizada, organizada e profissionalizada, através do Estado autoritário.

O sistema de saúde implantado nessa época caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização aguda da saúde.

Ainda na Ditadura (civi-militar), contraditoriamente, a cobertura previdenciária inclui, em 1973, os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos. Bem como, foi enfatizada a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, emergindo forte interferência estatal, que tinha interesse em articulações com o capital internacional e brasileiro, com o intuito de gerar lucratividade do setor saúde. Nesse sentido, iniciou-se nesse período o processo de mercantilização da saúde, que atualmente tem forte atuação, através do incentivo aos planos privados de saúde. (BRAVO *et al*, 2006).

Ressaltando ainda o contexto histórico da questão saúde, na década de 1980, inicia um processo de democratização política e o fim da Ditadura Militar. De acordo com Bravo *et al* (2006), As lutas para democratizar a saúde intensificam-se para democratizar a saúde, com visibilidade a do movimento sanitário que defende a saúde como parte das necessidades fundamentais do ser humano, buscando transformar as relações sociais, no sentido de unificar, centralizar e democratizar a saúde no Brasil.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) iniciou-se o em 1976 e em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que, nunca se efetivou de verdade. O PREV-SAÚDE apresentou-se como um plano inspirado em programas de atenção primária e tinha como pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, sendo de origem pública ou privada, e regionalização; o atendimento por áreas e populações definidas.

Também foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, as quais tinha como objetivos constituir estratégias para o processo de descentralização da saúde. (BRASIL, 2011).

Como se visualizou nos parágrafos anteriores, a saúde esteve ligada a diferentes contextos históricos que lhe imprimiram características restritas as demandas econômicas e políticas, como também é percebida na centralidade do mundo do trabalho, direção esta que passa a ganhar novos contornos a partir da redemocratização.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) envolveu a participação de diversos atores sociais unidos no Movimento de Reforma Sanitária que defendia o projeto de um sistema de saúde, um plano abrangente de políticas públicas capazes de incidir sobre as condições de vida e de trabalho da população, além de prover a proteção coletiva contra agravos, garantindo a sua saúde em todos os aspectos (VALLA e STOTZ, 1994).

Com a Constituição Federal de 1988, foi implementado um novo tipo de proteção social, o da seguridade social<sup>3</sup>, que consiste em sistemas universais de saúde, proposta pelo Estado através da arrecadação de impostos, o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, incorporou-se como tripé da seguridade a Previdência Social e Assistência Social, além disso, a saúde passou a ser um direito social, garantido pelo Estado com acesso universal.

A Carta Magna de 1988 em seu Art. 196 declara que: “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 sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, p.159)

De acordo com Paim (2009, p.51), o SUS é: “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir de diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade”.

Então, a partir desse momento histórico, a saúde assume um caráter universal, no qual todos os cidadãos brasileiros passam a ter direito ao acesso à saúde digna e de qualidade. Em virtude disso, há uma intencionalidade institucional de democratização da saúde, e todo um aparato direcional e burocrático a fim de repensar e reorganizar a proposta do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em 1990, há legitimação do que está explícito na referida Constituição, com criação da Lei Orgânica de Saúde, Lei Nº 8080, no seu Art. 4º: “O conjunto de ações

---

<sup>3</sup> Segundo Behring e Boschete (2011), o modelo inglês Beveridgiano que tem por objetivo combater a pobreza e se pauta pela instituição de direitos universais a todos os cidadãos.

e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS”. (BRASIL, 1990, p.01)

Vale ressaltar a Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Além disso, instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990, p.01).

Há que salientar que o SUS nasce legalmente no Brasil em um contexto histórico, político e econômico denominado neoliberal, cuja premissa é o corte de gastos do Estado com gastos sociais, considerado oneroso para este. A partir da década de 90, começa a se concretizar, no Brasil, projeto neoliberal, sobre o qual prevalecem os interesses do capital, esse projeto influencia diretamente no processo de implementação dos planos privados de saúde.

Dessa maneira, Guerra (1998) elucida, na defesa do processo e privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência do assistencialismo. As principais diretrizes são: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado.

Dessa forma, o Estado procura adotar a política de restrição ao financiamento público, ao mesmo tempo estimulando a privatização da saúde, deixando o SUS como uma política da saúde para os pobres, com ações focalizadas, e não universais como deveria ser. Assim, o SUS vem sofrendo algumas dificuldades para se concretizar desde sua aprovação, como o Conselho Federal do Serviço Social (CFESS, 2010) expõe, a política de saúde tem encontrado notórios entraves para sua realização, como a inequidade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de elaboração de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para se consolidar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas vivências de controle social, a reduzida articulação entre os movimentos sociais, entre outras.

Corroborando com esse pensamento Campos (2007), afirma que a constituição do SUS enquanto política pública ocorreu sob a égide da lógica privatista vinculado ao projeto neoliberal que defende a mercantilização da saúde e do modelo biomédico; Em contraponto aos ideais que gestaram esse sistema de



saúde embasado na defesa da universalização da saúde que aponta para compreensão de uma saúde ampliada com ênfases nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

Apesar dessa problemática descrita, O SUS possui uma rede hierarquizada, uma vez que os centros de referências são organizados de acordo com os graus de complexidade dos diferentes serviços, o primeiro nível é o de atenção básica, no qual se encontra inserido nosso objeto de estudo, sobretudo no que diz respeito à promoção de saúde, há também os níveis de média e alta complexidade.

A atenção primária à saúde foi debatida amplamente na Conferência Internacional de Alma-Ata<sup>4</sup> em 1978, a qual propõe uma discussão sobre os cuidados primários em saúde de forma universal. De acordo com a Declaração de Alma-Ata, resultante da referida Conferência, a saúde passa a ser vista não mais como a ausência de doença, mas sim como um direito humano. A referida Declaração também aborda a questão das desigualdades que permeiam os países ricos e os países pobres, pois a prevenção e a ênfase na atenção primária à saúde seria uma forma de reduzir as desigualdades. (OMS,1978).

No Brasil, a atenção primária à saúde adere aos princípios da Reforma Sanitária<sup>5</sup> denominando-se de atenção básica à saúde, a fim de reorganizar o modelo de atenção à saúde, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde, dentro da universalidade, equidade e integralidade, pois o (a) usuário (a) não é percebido de forma isolada, mas sim pela sua complexidade, a partir dos contextos sócio familiares e culturais que o permeiam.

A atenção básica envolve um conjunto de ações para promover a saúde, prevenir doenças, diagnósticos prévios, tratamento e reabilitação. Neste nível primário, que é desenvolvido por meio do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente é chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista que o

---

<sup>4</sup> De acordo com Giovanella e Mendonça (2012, p.578): “A conferência realizada em Alma-Ata em 1978 foi um importante evento que contou com representações de 134 governos (Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Na ocasião, o documento Declaração de Alma-Ata foi aprovado, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembleia-Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000”.

<sup>5</sup> Segundo Paim (2009), o movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a Ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

programa tem início, meio e fim previstos, no entanto a proposta da atenção básica não prevê tempo de finalização.

Portanto, concorda-se com Viana e Fausto (2005, p.165) quando defendem que: “A atenção básica nesse caso (sendo integral, compreensiva) não se limita a um nível de atenção ou à porta de entrada do sistema de saúde, mas é um princípio para a organização de todo o sistema de saúde”.

Para execução dessa rede sistematizada de saúde, existe um direcionamento de atuação dos profissionais na perspectiva da promoção de saúde. Entende-se que para concretizar a atenção básica é necessário realizar o obvio, além da demanda de recursos, de profissionais de saúde e gestores dispostos, competentes e comprometidos, sobretudo, há carências de práticas dialógicas, com relações horizontalizadas tanto na relação gestores e demais profissionais, como na interação com os usuários do SUS. Para tanto, se faz importante destacar a relevância do planejamento participativo e de uma avaliação participativa e processual no contexto dos micro processos de saúde.

Corroborar-se com Parente (2011) quando ele afirma que para se chegar a resultados significativos na saúde pública necessitamos edificar um trabalho com colaboração dos diversos atores sociais submergidos no processo de promoção da saúde: gestores, usuários, trabalhadores, controle social e também dos movimentos sociais.

É importante compreender a relevância da participação social dentro da Estratégia Saúde da Família, principalmente, com relação às iniciativas de educação em saúde, pois são espaços potenciais para construção conjunta e dialógica. Isso depende da maneira como o profissional de saúde conduz o processo de planejamento, execução e avaliação de uma atividade coletiva no âmbito da atenção básica.

## **CAPÍTULO 2: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE**

O modelo democrático é o regime político mais valorizado no mundo moderno. No entanto, o conceito de democracia não se restringe a participação dos cidadãos na eleição de seus representantes, a chamada democracia representativa.

Esta compreende, além disso, o esclarecimento de quem são os cidadãos, quem pode participar e qual a forma de atuação (BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013).

Participação social remete ao conceito de cidadania e de direitos sociais. Lembra os valores de uso coletivo, do papel do Estado<sup>6</sup> e da relação Estado/Sociedade. A reflexão sobre todos esses processos é pressuposto para uma sociedade democrática (COELHO, 2012).

Então, ressalta-se que ao retratar participação social estipula-se a vivência em uma sociedade cujo seu norte ideológico e política sejam processos democráticos, que fomentem espaços de uma participação aberto em todos os âmbitos do Estado.

Para Bordenave (1983), a participação promove o crescimento da consciência crítica da população, fortalece o poder de reivindicação. É ainda uma proposta de solucionar problemas coletivos, garantindo o controle das autoridades pelo povo, proporcionando melhorias na qualidade. Sendo, assim participação tem relação com fazer parte, tomar parte e ter parte.

Entende-se que a participação social está para além desse conceito, uma vez não é suficiente a abertura de espaços formais que fomentem a reivindicação coletiva dos espaços. É necessária mais ousadia crítica pontencializadora de leituras da realidade que sobrepujem o sistema de disputa e interesses que rodeiam a participação social.

Freire (2001) discute a participação de forma geral e particular, voltadas para práticas educativas, considerando inclusive um ato político. Assegura que participação é exercício de voz, de ter voz, de decidir em certos níveis de poder. É direito de cidadania e associa-se a democratização das estruturas sociais.

Esse autor se atreve avançar na compreensão dos direcionamentos políticos que se desdobram em relações concretas de autonomia por meio das tomadas de decisões.

Segundo Demo (2011), “participação é conquista”. Participação é processo, pois ele não poderá ser entendido como dádiva, senão não seria conquista, mas, sim, uma participação limitada por quem exerce o poder; Também não é

---

<sup>6</sup> Cabe destacar a compreensão de Estado: Gramsci (1968, p. 149) ampliou a noção de Estado, ao defender que nela “entram elementos que também são comuns à noção de sociedade civil (neste sentido, poder-se-ia dizer que Estado = sociedade política + sociedade civil, ou seja, hegemonia revestida de coerção)”.

concessão, pois não é fenômeno secundário da política, mas elemento preponderante, fundamental no processo de conquista; não é preexistente, ou seja, não existe antes da conquista.

Nesta análise a participação robustece sua dimensão de captação, porque é não é algo dado, concedido por meio de benemerências. A participação social revigora forças impensadas nos espaços políticos e ideológicos imensamente acirrados.

Para Gohn (2011), é possível analisar a participação social em três níveis básicos: conceptual, político e da prática social. O primeiro nível varia de acordo com o paradigma teórico que o fundamenta, por isso demonstra elevado grau de ambiguidade. O segundo nível está associado a viabilizar acessos através de lutas para sua obtenção, mas também pode ser camuflado em busca de mera integração social dos indivíduos. O terceiro trata-se de ações concretas motivadas pelas lutas, movimentos e organizações com algum objetivo, onde a participação é considerada um meio viabilizador essencial.

Provavelmente, o terceiro aspecto da participação analisado por Gohn seja o mais difícil de alcançar, porém não impossível. Isso depende da organização processual em torno de conhecimento, informação e, sobretudo, de estratégias táticas em cada espaço.

Em consonância com Brandão (2008), a participação social é potência, pois se constrói a partir das vivências catárticas, nada é mais necessário ao ser humano do que as vivências com outros seres. Para, além disso, é possível a sintonia e sincronia entre interesses individuais e coletivos.

Concorda-se com essa ideia sobre participação social como potência, compreendendo que esta deve ser uma estratégia necessária para as catarses da vida humana, representando principalmente preocupações coletivas.

Para Jacobi (2002), a participação pode assumir duas faces: uma que coloca a sociedade em relação com o Estado; e outra que a reconcentra em si mesma, buscando seu fortalecimento e desenvolvimento autônomo. Assume uma nova dimensão da cidadania inclui, de um lado, a constituição de cidadãos no papel de sujeitos sociais ativos; de outro para a sociedade como um todo, um aprendizado de convivência com esses cidadãos emergentes que recusam permanecer nos lugares que lhes foram definidos social e culturalmente.

A segunda fase de reconcentração em si mesma é sem dúvida, a versão mais relevante para o processo de empoderamento<sup>7</sup> coletivo. É a partir disso, que se pode pensar em construir qualquer forma de resistência nos espaços que caracterizam a primeira face da relação com o Estado.

A participação é determinante essencial da democracia. Não é meramente uma exigência formal ou burocrática, também não se traduz em uma concessão, mas uma conquista social. Participação integral significa decidir, acompanhar e avaliar a organização dos serviços, ou seja, exercer o controle social. Ela se compõe de forma politizada e permite que um coletivo decida sobre assuntos de interesse geral. Portanto, as diferentes realidades da população podem ser contempladas na construção de políticas. (COELHO, 2012).

A participação social na área da Saúde perpassa por uma luta coletiva processual para efetivação de um Sistema de Saúde público e universal, portanto, ela é anterior ao SUS. Ao se organizar com os movimentos sociais de base tem-se a primeira conquista efetiva que é participação do povo na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986.

É importante salientar que as discussões sobre Participação Social incorporam as discussões da Saúde Coletiva, especialmente, porque a atenção primária à saúde inaugura uma conotação de contribuir para redução das iniquidades sociais. Alguns marcos políticos marcam essas discussões internacionalmente, a saber: Conferência de Alma-Ata em 1978, 1ª Conferência de Promoção da Saúde ocorrida em 1986; IV Conferência Internacional de Promoção de Saúde em 1997.

Para Valla (1998), ainda que de maneira vaga é possível identificar o discurso sobre participação popular nos anos 30 e 40 do século XX, caracterizando uma relação próxima com a criação das Políticas Públicas.

Na esfera nacional, surge em 1984 com o Programa das Ações Integradas de Saúde, com a diretriz o reconhecimento da legitimidade da participação social da comunidade é uma das primeiras experiências de maneira institucionalizada; A

---

<sup>7</sup> A ideia de empoderamento vem da própria tradução do termo em inglês (empowerment), que significa atribuir poder, o que de fato resgata a noção de equidade. Ainda que as pessoas possam desenvolver níveis de independência, transformações mais amplas são necessárias para se falar em empoderamento (Freire e Shor 2011). Tendo essa ressalva em vista, o autor compreende o termo como empoderamento de classe social: “Indica um processo político de classes dominadas que buscam a própria liberdade da dominação” (Freire e Shor 2011, 189).

Constituição Federal de 1988, Lei nº 8080 de 1990; Lei nº 8124 de 1990; Decreto 7508, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mais especificamente a de 2011, pois a PNAB de 2017 traz alguns retrocessos para estratégia de saúde da família e por consequência para participação social também, quando se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter de obrigatoriedade da política, desconstruindo compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público, relativizando a cobertura por meio da indefinição do número de agentes comunitários de saúde, fragmentando vínculos e a longitudinalidade do cuidado.

Além disso, cabe ressaltar outros marcos políticos voltados para pautar a institucionalização da Participação Social, tais como Política Nacional de Educação Popular em Saúde; Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social, somando-se a isso várias estratégias de concretizá-la: Conferência, Conselhos, Ouvidorias, Mesa de Diálogo, Consultas Públicas, Audiência Públicas e Ambientes Virtuais de participação social.

Isso, articulado com a atual Política de Saúde tem se fomentado pelo menos legalmente sob a necessidade de desenvolver uma saúde universal, com participação e controle social. Para tanto, são pensadas formas de envolvimento comunitário nas ações de saúde, mas Segundo Vazquez (2012), o sucesso na implementação de qualquer nova política depende de diversos elementos, entre eles, os interesses e opiniões dos atores principais envolvidos e que nem sempre são considerados. Assim como, o processo de execução cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde nem sempre considera as relações horizontalizadas no processo de cuidado.

A participação tornou-se pauta fundamental de reivindicação da saúde. Sua institucionalização obrigou, ao menos teoricamente, à democratização das políticas e serviços de saúde e do debate sobre esta. No entanto, Conselhos e Conferências não bastam para contemplar a diversidade de opiniões da sociedade em toda a sua complexidade de atores, tornando-se insuficientes quando representam a única abertura da gestão à participação popular (COELHO, 2012).

Dentro desse contexto, percebe-se que pensar em gestão participativa do sistema de saúde implica a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações. Requer processos que favoreçam a participação

ativa, autônoma, representativa e corresponsável, que propiciem, de modo mais completo, o crescimento das pessoas ou das organizações coletivas. Dentre essas práticas, podemos citar: a valorização da ação educativa dos agentes comunitários de saúde da própria comunidade; formas grupais de enfrentamento de problemas de saúde específicos; ênfase na construção de ações de saúde integradas aos movimentos sociais locais; envolvimento da equipe de saúde em lutas políticas locais; gestão do trabalho de profissionais, por meio de rodas de discussão, estudo e negociações que incluam todos os membros da equipe. (BANDEIRA, 2014).

Portanto, apesar de se ter um sistema de saúde que se fundamenta em processos de cuidado democrático, é preciso que os profissionais que o compõe adotem essa postura no cotidiano de trabalho nas relações com os usuários e usuárias, para que se tenham de fato espaços dialógicos, para que eles não se construam apenas no universo teórico ou legal.

### **CAPÍTULO 3: TRABALHO E PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE**

O homem seria um ser que, a partir das indagações advindas da vida cotidiana, visa as melhores respostas para dirigir sua própria existência. Em outras palavras, o ser constrói a todo o momento perguntas e respostas no seu exercício constante de sobrevivência. Nesse processo, as perguntas e respostas formam “os vários níveis de mediações que aperfeiçoam e complexificam a atividade do homem, bem como enriquecem e alteram a sua existência” (VAISMAN, 2010, p. 46).

Para Lukács, o trabalho é considerado como “o fenômeno originário, o modelo do ser social” (LUKÁCS, 2013, p. 44), ou seja, forma originária de toda atividade social, já que “todos os momentos da vida sócio humana, quando não têm um caráter biológico totalmente necessário (respirar), são resultados causais de posições teleológicas e não simples elos de cadeias causais” (LUKÁCS, 1981, p. 351).

O fundamento de todas as execuções humanas, das mais simplórias as mais complexas, produzidas pela divisão do trabalho, é a tomada de decisões entre alternativas, sendo esse um elemento básico do ser social. Assim, num sentido mais geral, “todo ato social surge, portanto, de uma decisão entre alternativas acerca de pores teleológicos futuros” (LUKÁCS, 1978, p. 6).

A palavra trabalho tem muitos significados e para Albornoz (2012), embora pareça ser compreensível, como uma das formas elementares da ação do homem, o seu conteúdo apresenta variações de entendimento. Destaca as suas distintas conceituações na cultura europeia: no grego relacionado à esforço, fadiga, no francês associada à tarefa. No português ressalta as acepções de realização de algo que expresse e que resulte em reconhecimento, ao mesmo tempo que, pode se caracterizar como algo repetitivo e rotineiro, sem liberdade, de resultado consumível e de incômodo inevitável.

Marx (1988) caracteriza o trabalho como parte do Ser Social, que convive em sociedade, compondo a relação homem-natureza. O homem se difere dos animais devido a sua capacidade teleológica, a qual materializa um planejamento para o caminho a ser percorrido até finalizar os objetivos almejados. O trabalho faz parte da essência humana, pois é uma atividade do homem onde ele opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de objetos e essa transformação está relacionada a um determinado fim.

Em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade (FARIAS *et al.*, 2009).

Sendo assim, o processo de trabalho é composto por três elementos: a matéria prima, os instrumentos e meios de trabalho para transformar o objeto de trabalho, bem como atividade associada a um determinado fim. Em outras palavras, no processo de trabalho é a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho e os instrumentos ou meios do trabalho. Mendes-Gonçalves (1992) analisa os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada.

O trabalho assume inúmeras configurações a depender da forma como a sociedade se organiza, do modelo econômico e da busca por sobrevivência. Ao longo dos anos e das civilizações sejam ocidentais ou orientais o trabalho vem sendo reinventado com base em diversos signos. (ALBORNOS 2012).



Segundo Marx (1988), após a Revolução Burguesa inicia-se uma nova forma de conceber o trabalho, pois este passa assumir uma característica de exploração nunca antes vivenciada. Marx afirmava que a burguesia detinha um poder de exploração sobre a classe proletariado, e que esta relação de exploração acontecia sob a forma da propriedade privada dos meios de produção. Desta forma, o trabalhador se via obrigado a vender sua força de trabalho. Neste contexto, a força de trabalho se torna uma mercadoria, vendida por um salário.

Com o avanço da sociedade capitalista há cada vez mais precarização do trabalho, exploração do trabalhador assume características mais perversas. No Brasil, especialmente na década de 1990, têm-se reflexo da nova divisão internacional do trabalho que se caracteriza pelo trabalho terceirizado, com uma nova forma de organizar a produção ganhos salariais vinculado a produtividade e lucratividade. Para Antunes (1995), com a reestruturação produtiva, a produção em série e de massa são "substituídos" pela flexibilização da produção, pela "especialização flexível", por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do trabalho.

Isso influencia diretamente os modelos assistenciais e a forma de produzir saúde, pois o trabalho em saúde modifica-se, também, conforme os processos produtivos e participa das transformações do mundo do trabalho. Exige-se um trabalhador polivalente, com elevados níveis de especialização, mas que compreenda o processo de trabalho como um todo.

Donnangelo (1976) estudou sobre o mercado de trabalho em saúde, com referenciais sociológicos, rompendo com a visão que a prática médica e as relações entre os indivíduos envolvidos seriam independentes da vida social (MOTA; SILVA; SCHRAIBER, 2004). Esses estudos tiveram vários desdobramentos, constituindo-se importante referencial, sobretudo em relação ao SUS, constituindo dois importantes conceitos: força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde.

O trabalho em saúde se constitui, majoritariamente, como coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Segundo Carvalho *et al.* (2014), o processo de trabalho em saúde, como exercício cotidiano, demanda interação e comunicação entre profissionais e usuários e entre os próprios

profissionais, de modo que envolve não apenas uma racionalidade instrumental, como por exemplo meios fins, mas também uma racionalidade comunicativa, que diz respeito à interação social.

O objeto no setor saúde é representado pelas necessidades humanas de saúde. O objeto de trabalho é recortado por um 'olhar', que contém um projeto de transformação, que está na mente do trabalhador. Os instrumentos de trabalho são aquilo que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto e lhe serve para dirigir sua atividade (Marx, 1994). Mendes-Gonçalves (1994) analisa, no 'processo de trabalho em saúde', a presença de instrumentos materiais (equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações) e não-materiais (saberes).

O agente pode ser interpretado como instrumento do trabalho e sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal (PEDUZZI, 2003).

O conceito 'processo de trabalho em saúde' diz respeito à prática dos profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. O trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios. O trabalho é, portanto, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação (ANTUNES, 2005).

Entre as peculiaridades dos processos de trabalho na prestação de serviços, destaca-se no trabalho em saúde, no qual o usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente. Isso porque é em sua existência que as alterações buscadas irão ou não ocorrer. Por isso, é evidente que ele deve estar ativamente envolvido para que elas ocorram, por exemplo, fornecendo informações ou cumprindo recomendações que implicam, muitas vezes, mudanças de hábitos de vida (parar de fumar, emagrecer, etc.). Ou seja, o objeto da ação também age.

A Atenção Primária à Saúde tem um elevado potencial para lidar com o aumento da longevidade populacional, mas requer reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde e inovações destes com a população. Busca-se garantir atenção integral à saúde, na qual o objeto de intervenção é mediado pela família.

O produto do trabalho em saúde consolida-se, sobretudo, no momento em que ele é executado no trabalho vivo em ato. Esse processo é resultado da interação do trabalhador com instrumentos, normas e máquinas, mobilizando, então, diversas tecnologias, que lhe configuram sentidos no modo de produzir em saúde. Esse processo assume as particularidades das tecnologias utilizadas e pode se apresentar de maneira mais criativa, centrado nas relações ou mais duro, preso à lógica de instrumentos como as máquinas (FRANCO; MERHY, 2003).

Portanto, as discussões acerca da organização do processo de trabalho têm sido cruciais para identificar estratégias de transformação do trabalho enquanto espaço de cuidado, de aprendizagem e reformulação da práxis. Para Franco e Merhy (2003), os trabalhadores em atividade atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde.

Nesse contexto, a organização do processo de trabalho no âmbito da saúde, na produção do cuidado é fundamental para fomentar a participação e o controle social nos espaços cotidiano da prática profissional.

## **CAPÍTULO 4: PERCURSO METODOLÓGICO**

### **Tipo e Abordagem do trabalho**

Nesse tópico descreve-se os caminhos percorridos para construção da pesquisa interventiva, a fim promover e potencializar a participação social nas ações realizadas pelos profissionais de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família do município de Ipaporanga (CE).

Foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo interventiva, corroborando-se com Martinelli (1999) quando ela expõe que os dados da pesquisa qualitativa são fenômenos que não restringem as percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições de revelações e de ocultamentos, é preciso ultrapassar a sua aparência imediata para descobrir sua essência.

O tipo da pesquisa se enquadra no formato de pesquisa-ação de cunho interventiva, pois além de analisar como os profissionais organizam o processo de trabalho para a participação social nas atividades coletivas, refletiu-se sobre a forma como isso acontece, além disso, ocorreu também intervenção, a fim de promover transformações.

A partir da necessidade dos fatos identificados, apreende-se a necessidade de interferir na realidade em questão. Para Thiollent (2002), a pesquisa-ação tem um aspecto inovador, com caráter participativo, impulso democrático e contribuição a mudança social. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo.

Segundo Thiollent (2002), as finalidades da pesquisa-ação, podem ser: 1) instrumental, quando visa resolver um problema prático, de ordem técnica; 2) de tomada de consciência, quando visa desenvolver a consciência coletiva a respeito de problemas enfrentados; e 3) de produção de conhecimento, que não seja útil apenas para a coletividade considerada na investigação local.

Segundo Santos (2008), esse tipo de pesquisa aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e expande as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, propondo uma atuação transformadora da realidade sócio-política, uma vez que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. Para Rocha (2003, p.3) “A pesquisa-intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa”.

Assim, sendo, acredita-se que apoiado na definição dos objetivos desse trabalho, a abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação interventiva contribuiu para alcançar o que se almejava, problematizando a realidade cotidiana de trabalho a fim de efetivar uma participação social ampliada e democrática na ESF.

A proposta do presente trabalho de pesquisa interventiva está estruturada em duas fases: a primeira de geração de dados tendo como marcos a observação participante e a entrevista semiestruturada; a segunda fase que contemplou o processo de intervenção propriamente dito, direcionando para os momentos de

análise dos dados encontrados a partir da observação da realidade, com isso foi proposto alternativas de mudanças junto aos profissionais para finalmente aplicá-las no território.

### **Cenário da Intervenção**

A intervenção concretizou-se no escopo de atuação da Estratégia Saúde da Família do município de Ipaporanga, interior do Ceará. De acordo com o censo do IBGE (2010), tem-se no município uma população 11.343 habitantes, dos quais 7.207 residem na zona rural, 5.685 são mulheres, 5.658 são homens. A maioria da população é jovem/adulta (15 a 59 anos) 6.446 (56,83%), em segundo estão crianças e adolescentes (0 a 14 anos), correspondendo a 3.143 (27,71%) e em terceiro a população idosa (60 anos ou mais) com 1.754 (15,46%).

A referida cidade dispõe de 06 equipes de saúde da família e 01 Núcleo Ampliado à Saúde da Família, atuando na Estratégia Saúde da Família, destas, 04 são localizadas na zona rural e 02 na área urbana, totalizando o seguinte quantitativo de profissionais: 01 Coordenadora da Atenção Básica, 06 enfermeiros, 29 Agentes Comunitários de Saúde, 10 Técnicos de Enfermagem, 03 dentistas, 03 Auxiliar de Saúde Bucal, 05 médicos, 01 nutricionista, 03 fisioterapeutas, 01 psicóloga, 01 terapeuta ocupacional, 01 Assistente Social.

### **Caracterização da Unidade Básica de Saúde – Centro**

A proposta de intervenção ocorreu na Unidade Básica de Saúde (UBS) do centro, porque é a única que tem equipe completa, além disso, esta unidade é referência por ser integrada ao Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)<sup>8</sup> e ao Projeto QualificaAPSUS<sup>9</sup> Ceará. A UBS iniciou suas atividades em outubro de 1979, antes mesmo da efetivação do SUS,

---

<sup>8</sup> O Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS foi instituído em 2011, possui como objetivo principal avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde. (BRASIL, 2015).

<sup>9</sup> O Projeto QualificaAPSUS Ceará foi lançado pela Secretária de Saúde do Estado em janeiro de 2016, com o objetivo de subsidiar a reorganização do modelo de atenção a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e conseqüentemente da implantação e implementação das Redes de Atenção (RAS) (CEARÁ, 2019).

funcionando com uma Auxiliar de Enfermagem, ofertando serviços de curativo, vacinação uma vez por mês e com campanhas de prevenções pontuais. Em 1981, dois Auxiliares de Enfermagem, sendo eles Rosa Maria de Sousa Muniz e Luiz Gonzaga Lima, ficaram fixos no espaço, através de uma seleção realizada pelo Governo do Estado do Ceará.

Em 1987, iniciou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS foram contratadas agentes de saúde tanto pelo Município de Ipaporanga como pelo Estado. Desde então, a unidade saúde não parou de funcionar, passou por algumas reformas até alcançar a sua atual estrutura, sempre acompanhando o desenvolvimento da Saúde Pública. Em 1999, iniciou a implementação do Programa Saúde da Família- PSF.

Atualmente, UBS fica localizada na Rua Manoel de Paula s/n, funciona de 7 h às 12 h e de 13 h às 16 h. Compõe equipe profissional as seguintes categorias: 01 Fisioterapeuta, 01 Enfermeira, 01 Médica, 01 Dentista, 01 Técnica em Saúde Bucal, 04 Agentes Comunitários de Saúde, 02 Auxiliar de Enfermagem, 01 Coordenador, 01 Atendente de Farmácia, 01 Recepcionista, 01 Auxiliar Administrativo, 01 Auxiliar de Serviços Gerais. 01 Núcleo de Ampliado da Saúde da Família- NASF, com 01 Nutricionista, 01 Fisioterapeuta, 01 Psicóloga, 01 Assistente Social, 01 Terapeuta Ocupacional.

**Figura 1 -** Indicação das categorias profissionais



Fonte: Elaboração Própria (2019)

O território da UBS centro é subdividido em quatro micro áreas, constituída de 150 a 170 famílias, por agente comunitário de saúde, totalizando 650 famílias. A grande maioria das ruas é pavimentada, com calçamento ou asfalto, poucas ruas sem pavimentação, mas ainda existem. As barreiras geográficas da área são exemplificadas por calçadas irregulares, as quais dificultam acesso de pessoas com deficiência e de pessoas idosas. É uma área com poucas pessoas analfabetas, apenas 30 pessoas são consideradas em extrema pobreza de acordo como os cadastros familiares do ACS. É uma área considerada entre médio e baixo risco de vulnerabilidades sociais de acordo com a territorialização realizada no período do projeto Qualifica APSUS e Escala de Classificação de Risco Coelho e Savassi (ECR-CS)<sup>10</sup>.

### **Componentes do Estudo**

Uma das intencionalidades que condicionam a pesquisa qualitativa é a seleção intencional dos participantes que irão contribuir para que o pesquisador entenda o problema e os motes que permeiam a pesquisa. Não se trata de uma seleção casual de um grande número de participantes ou locais como no caso da pesquisa quantitativa. (CRESWELL, 2010). Então, tanto o campo da pesquisa, como os profissionais de saúde, usuários (as) do SUS e membros do conselho municipal de saúde, participantes deste estudo, foram escolhidos estrategicamente considerando a conveniência do pesquisador, a fim de conseguir atingir o objetivo da pesquisa, mas com todo rigor na aplicação do método, almejando evitar possíveis vieses. No projeto inicial da pesquisa não estava previsto entrevistar gestores, mas no decorrer da coleta de dados sentiu-se essa necessidade.

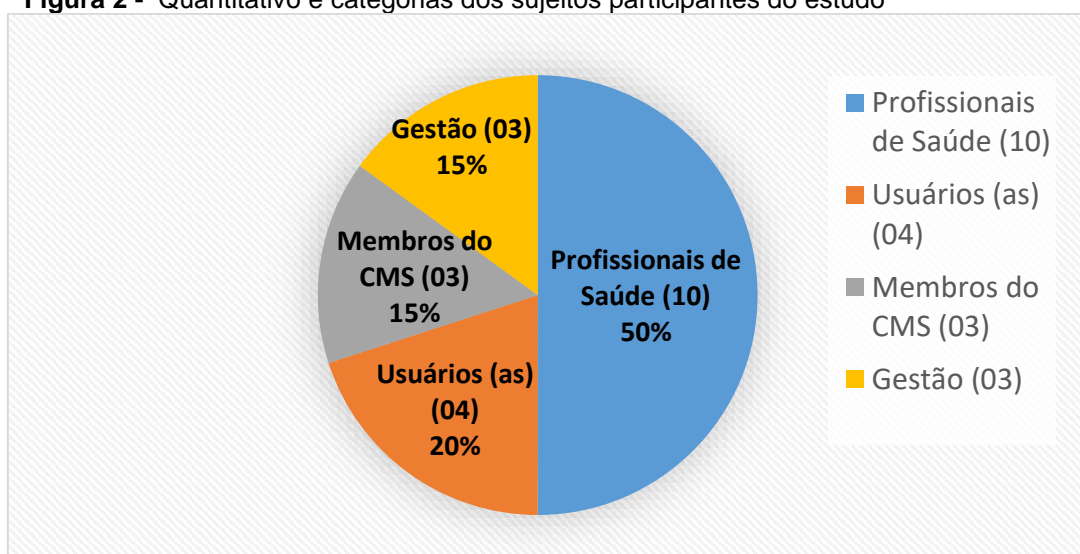
Assim, foram entrevistados 04 (quatro) usuários (as) que fazem parte de grupos de educação em saúde, 03 (três) membros do conselho municipal de saúde, 03 (três) gestores e 10 (dez) profissionais da UBS centro sendo um por categoria, especificamente: enfermeira, agente comunitário de saúde, técnica de enfermagem,

---

<sup>10</sup> “A Escala de Risco Familiar de CoelhoSavassi (ERF-CS) é um instrumento de estratificação de risco familiar, desenvolvido no município de Contagem, Minas Gerais, baseado na ficha A do SIAB 2,3, que utiliza sentinelas de risco avaliadas na primeira visita domiciliar (VD) realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Este instrumento, aplicado às famílias adscritas a uma equipe de saúde, pretende determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar”. (SAVASSI *et al*, 2012, p.179)

dentista, auxiliar de saúde bucal, médica, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta ocupacional. Há categorias profissionais só com uma representação, portanto, não entraram nos critérios de escolha. Definiu-se como parâmetros de preferência pelas categorias profissionais com mais de uma representatividade: o tempo de formação de pelo menos três anos, o tempo de experiência no SUS, de no mínimo dois anos e como critério extra o tempo da última atualização profissional, porque se entende que a busca por aperfeiçoamentos remete uma abertura de novos horizontes profissionais e pessoais e propensas transformações. Já no caso dos usuários o critério adotado para participação no estudo foi à distribuição igualitária por gênero (dois homens e duas mulheres) e a assiduamente nos grupos ofertados pela atenção básica, para isso avaliou-se a lista de frequências dos últimos 12 meses. Em relação aos membros do controle social foram entrevistados três membros com maior frequência nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, analisaram-se as atas de reuniões dos últimos 12 meses.

**Figura 2 -** Quantitativo e categorias dos sujeitos participantes do estudo

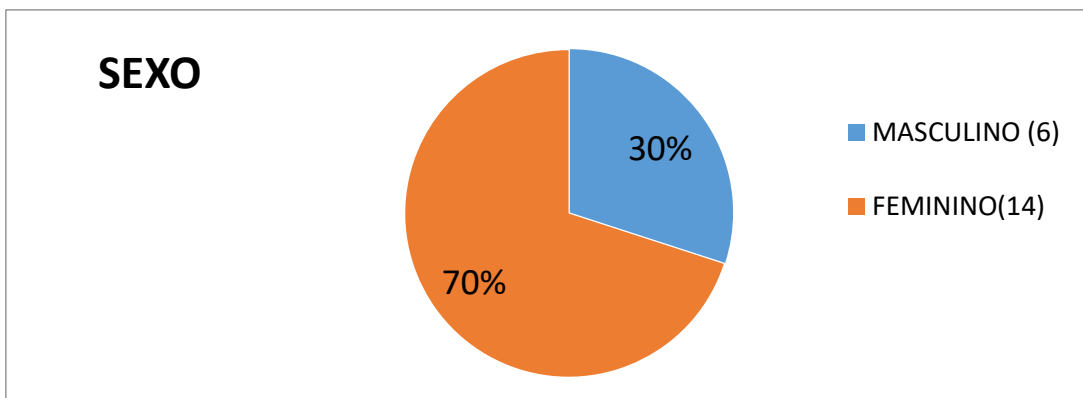


Fonte: Elaboração Própria (2019)

### Perfil dos Entrevistados

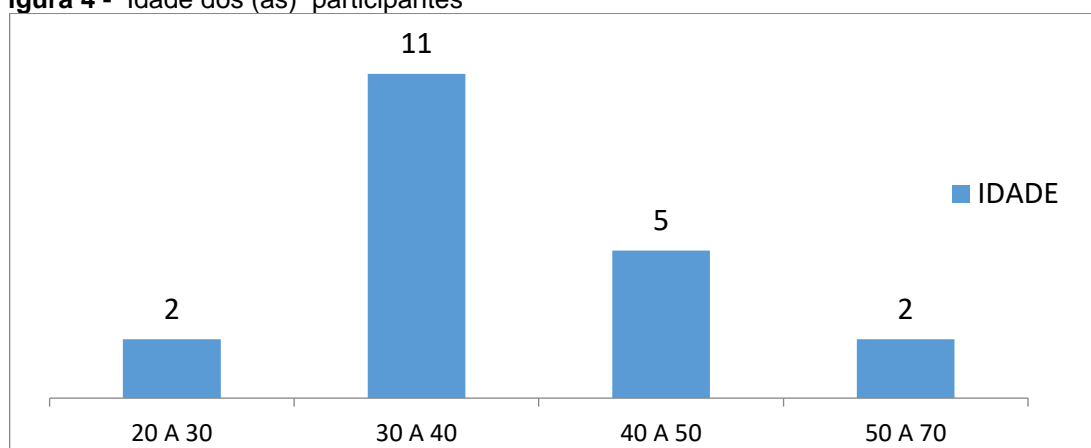
**Figura 3 -** Gênero dos (as) participantes





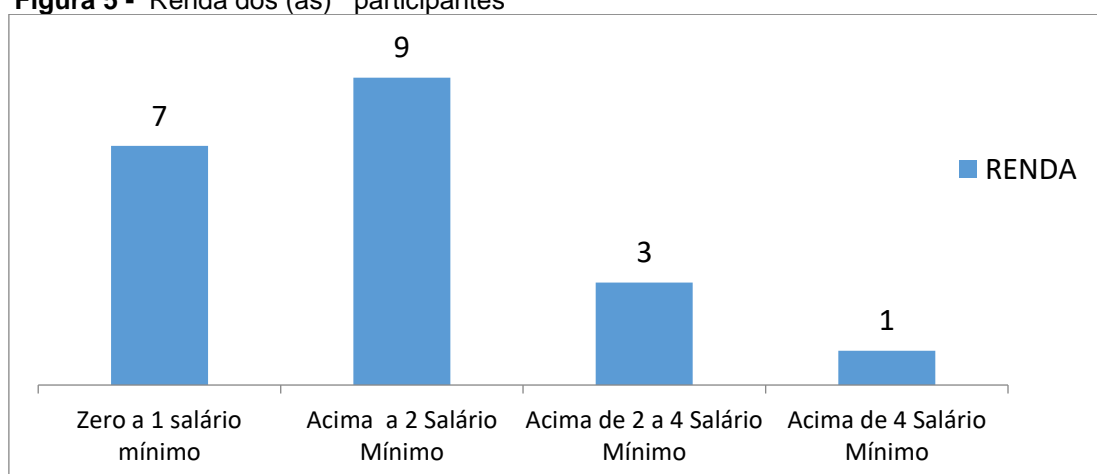
Fonte: Elaboração Própria (2019)

**Figura 4 - Idade dos (as) participantes**



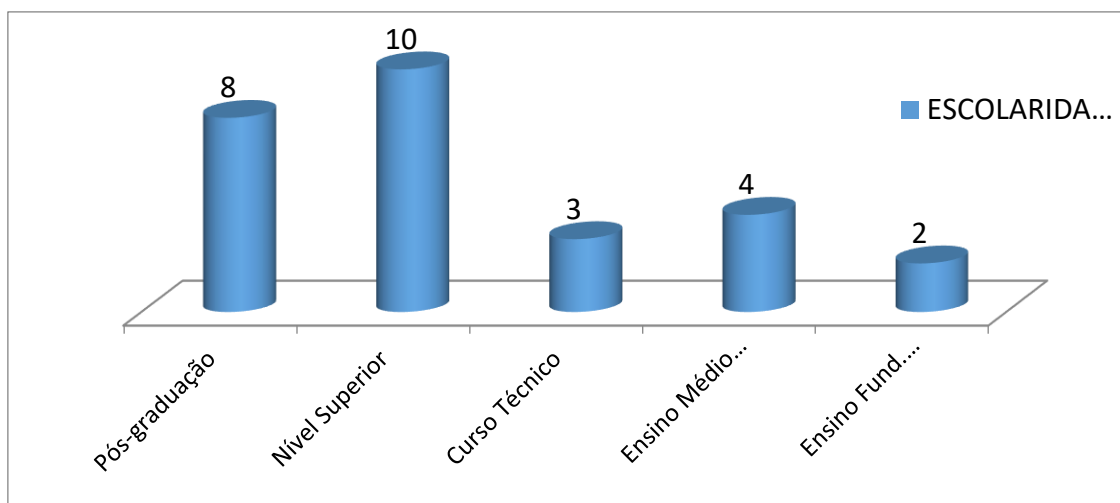
Fonte: Elaboração Própria (2019)

**Figura 5 - Renda dos (as) participantes**



Fonte: Elaboração Própria (2019)

**Figura 6 - Escolaridade dos (as) participantes**



Fonte: Elaboração Própria (2019)

### **Usuários (as)/Membros do Conselho Municipal de Saúde de Ipaporanga**

O perfil encontrado com base nas entrevistas considerando-se os dados de usuários (as) e membros do Conselho Municipal de Saúde são quatro mulheres e três homens, com idades entre 24 e 68 anos. Com relação ao nível de escolaridade, apenas um possui nível superior completo, dois com ensino médio completo, dois com ensino fundamental incompleto e dois analfabetos. Sobre as características de emprego e renda, deparou-se com dois aposentados (as), três empregados (as) e dois desempregados (as), o quantitativo da renda variou de zero a dois salários mínimos.

### **Gestão**

O perfil encontrado com base nas entrevistas com Gestores (as) da saúde de Ipaporanga, especialmente Secretaria de Saúde, Coordenação da Atenção Básica e Coordenação da Unidade Básica de Saúde são dois homens e uma mulher, com idades entre 36 e 56 anos. Com relação ao nível de escolaridade, o período de formação varia entre 1990 a 2018, dois com pós-graduação/técnico, os três com atualização profissional entre 2017-2018. Sobre as características de emprego e renda, deparou-se com o quantitativo da renda de três a quatro salários mínimos. A partir desses dados abre-se um parêntese para discutir uma questão de gênero tem-se a quantidade maior de homens ocupando cargo de gestão e com

maior nível de escolaridade. Embora os números de pesquisados não sejam em grande quantidade, mas reflete a desigualdade de gênero que se vivência no âmbito do acesso/oportunidade de acesso à educação e no que diz respeito a ocupação de altos cargos. Para Drumont (1980), desde crianças meninos e meninas entram em relações desiguais que não dependem de suas vontades, estas constituem suas consciências: por exemplo, o sentimento de superioridade do garoto pelo simples fato de ser macho e em contraposição o de inferioridade da menina.

## **Profissionais**

O perfil de profissionais de saúde encontrado com base nas entrevistas ficou composto por nove mulheres e um homem, com idades entre 27 e 49 anos. Já em relação ao nível de escolaridade, o tempo de formação varia entre 1999 e 2016, sete possui pós-graduação, dois estão cursando uma pós. A última atualização profissional varia entre 2007 e 2018. Sobre as características de emprego e renda, deparou-se com o quantitativo da renda no intervalo dois a três salários mínimos.

## **Instrumentos de coleta de dados**

A coleta de dados foi mediada pela observação participante tendo como foco o processo de participação dos sujeitos da pesquisa (profissionais, usuários e controle social) no contexto das atividades coletivas promovidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, observando os seguintes aspectos: o processo de trabalho dos profissionais de saúde e sua relação com os usuários, o fomento para participação, o material, o espaço utilizado para atividades e o processos de comunicação. Todos esses aspectos foram devidamente registrados em anotações nos diários de campo. Essa observação foi direcionada para perceber como acontece a condução dos espaços grupais e práticas dialógicas no cotidiano do trabalho. A observação direta é definida como aquela que:

“[...] utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar”. (LAKATOS & MARCONI, 2004, p.)

O uso da observação enquanto estratégia de coleta de dados foi essencial para construção das análises sobre interação da equipe, subsidiando também

análise acerca do processo de trabalho no cotidiano com foco na participação e no controle social no SUS.

Além disso, utilizou-se para coleta de dados entrevistas semiestruturadas direcionadas a todos os componentes da pesquisa conforme roteiro, em anexo, a fim de identificar o perfil dos componentes, como também para usuários (as) e membros do conselho municipal de saúde. Em conformidade com Chizzotti:

Entrevista não diretiva, é uma forma de colher informações baseada no discurso livre do entrevistado, pressupõe-se que o informante é competente para exprimir-se com clareza sobre questões da sua experiência e comunicar representações e análises suas, prestar informações fidedignas, manifestar em seus atos o significado que tem no contexto em que eles se realizam, relevando tanto a singularidade quanto a historicidade dos atos, concepções e ideias (1991, p.92-93).

Com isso, intencionou-se entender os conhecimentos prévios sobre participação e controle social no SUS, como eles (as) percebem estes mecanismos no município de Ipaporanga e como eles (as) se percebem na atenção básica, como notam o seu protagonismo nas ações para exercer o controle social e o nível de participação social. Em relação à gestão e aos profissionais de saúde tentou-se entender como eles compreendem a participação e controle social no SUS e no âmbito local. Além disso, como eles/elas entendem e se sabem como estão organizados os grupos de educação em saúde e a sua contribuição para garantir a participação e controle social, especialmente para os profissionais de saúde como eles percebem a participação e controle social no cotidiano do processo de trabalho, além disso, pretende-se identificar como eles melhorariam as estratégias de para fomentar esse aspecto da participação social dentro dos grupos de educação em saúde.

## **Referencial de Análise dos dados**

Análise dos dados aconteceu a partir do referencial de Bardin (2010), a qual expõe sobre técnica, enquanto método que contribui para o desvendar crítico, tornando-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Organizando-se em três fases, conforme Bardin:

1. A pré-análise, fase de organização das ideias, nesse momento iniciou as transcrições, após a sua conclusão, realizou-se uma leitura flutuante sobre o material para uma compreensão geral. Elaboraram-se hipóteses e elegeram-se indicadores 2. A exploração do material, constitui a segunda etapa da análise de conteúdo, onde os dados foram codificados, a partir de uma categorização, com análise de palavras ou frases que se repetiram. Baseado nisso, foi enumerado a ocorrência de palavras visando constatar do material linguístico. E, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (2010, p.121).

Para a autora “a análise pode efetuar-se numa amostra desde que o material a isso se preste. A amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial” (Bardin, 2010, p.123). Sugere-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; preocupa-se com amostras que representem o universo; nesse caso os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; é necessário que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa; um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

### **Fase do desenvolvimento do trabalho interventivo**

A concretização da intervenção aconteceu por meio de problematização da realidade encontrada com a coleta e análise de dados, através da utilização do método do Arco de Maguerez<sup>11</sup> que sinaliza os seguintes passos segundo Prado *et al* (2012): observação de realidade, análise dos pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

**Figura 7 - Arco de Maguerez**

---

<sup>11</sup> Segundo Prado *et al* (2012) a metodologia da Problematização é utilizada em situações nas quais os temas estejam relacionados com a vida em sociedade, tendo como referência o Método do Arco de Charles Maguerez, apresentado pela primeira vez por Bordenave e Pereira, em 1982.



Segundo Berbel (1998) as etapas do arco estão detalhadas da seguinte forma: Na observação da realidade, os participantes são instigados a olharem atentamente e registrar sistematizadamente o que percebem sobre a realidade apresentada. A observação permitirá identificar dificuldades, carências, que serão transformadas em problemas, podendo ser eleito um ou mais problemas para o estudo em grupo.

Ao vivenciar a segunda etapa, os envolvidos são estimulados a refletir sobre as possíveis causas da existência do problema, determinantes maiores que abrangem as causas já elencadas e variáveis diretas ou indiretas que influenciam na problemática.

A partir desta reflexão, devem fazer uma nova síntese: a elaboração dos pontos essenciais que deverão ser estudados sobre o problema, procurando compreendê-lo e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo. Esta etapa é denominada de elaboração dos pontos-chaves. A teorização, terceira etapa, é o momento do estudo, da investigação propriamente dita, buscando as informações referentes aos pontos-chaves, onde quer que elas se encontrem, contando para isso com o uso de técnicas e instrumentos de coleta usuais na pesquisa científica, e também recursos não convencionais, se forem significativos para a compreensão do problema. A quarta etapa é a das hipóteses de solução. O estudo deverá fornecer subsídios de forma que os participantes apresentem uma

percepção crítica sobre o processo, elaborando as possíveis hipóteses de solução, como resultado do conhecimento adquirido sobre o problema. A última etapa é a da aplicação à realidade. Este momento ultrapassa a habilidade intelectual, estando fortemente presente o componente social e político, por ser o momento em que as decisões deverão ser executadas ou encaminhadas.

Portanto, apoiando-se na identificação das possíveis situações problemas envolvendo a participação social fomentada pelas equipes da estratégia saúde da família, podemos elencar seus principais pontos, refleti-los com ajuda da teoria, definir possíveis soluções e retornar para a realidade de partida para então modificá-la. Segundo as dificuldades identificadas no processo de participação comunitário nos espaços grupais, desenvolvemos junto aos profissionais de saúde novas formas de envolvimento, garantindo ou ampliando o controle social.

Após a etapa de observação da realidade, cada etapa subsequente do Arco de Maguerez foi aplicada no formato de oficinas com todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, na Unidade Básica de Saúde - UBS onde atuam e gestores. Assim, foram 03 (três) a fim de abordar a participação social nos espaços coletivos que ESF desenvolve respeitando os momentos do referencial teórico descrito.

### **Aspectos éticos da pesquisa**

No tocante aos aspectos éticos da pesquisa, esta se encontra em consonância com o Código de Ética do Serviço Social, respeitando a autonomia dos sujeitos envolvidos com a pesquisa, propagando a favor da equidade e da justiça social, reconhecendo as necessidades diferentes por interesses iguais para sujeitos, incentivando ao pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, garantindo a liberdade de, a qualquer momento, se possa desistir da participação na intervenção e na pesquisa e a dignidade dos sujeitos envolvidos. Embora a pesquisa apresente riscos como constrangimento ou desconforto em partilhar informações, a pesquisadora comprometer-se-á a minimizá-los sem prejuízos de qualquer ordem para os (as) participantes dessa investigação.

Reafirma-se que houve respeito, por conseguinte, aos princípios da bioética, enquanto supremacia dos Direitos Humanos. Tanto a pesquisa, como as despesas foram de responsabilidade da pesquisadora, pois não houve financiamentos. A pesquisa ocorreu em conformidade com a Resolução nº 466, 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o projeto desta pesquisa passou por apreciação do Comitê Ética e Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú, sendo aprovado com CAEE nº 06986819500005053. Ressalto ainda que os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme consta nos apêndices deste trabalho. Trata-se de uma pesquisa voluntária, pois não existiu pagamento aos participantes.

## **CAPÍTULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÕES**

“[...] A gente quer ter voz ativa  
No nosso destino mandar  
Mas eis que chega a roda-viva  
E carrega o destino pra lá[...]  
(Chico Buarque)

Neste tópico, foram enfatizados os resultados encontrados durante a pesquisa, com exposição do material coletado durante as entrevistas e analisado à luz de Bardin, além disso, serão apresentados os dados da observação direta. Como também será exposto o processo de intervenção com base no método Arco de Maguerez.

### **Primeira etapa: Análise de dados da entrevista**

Como já detalhado na metodologia utilizou-se para examinação dos dados, a proposta da análise de conteúdo, diante das diversas modalidades destes, empregou-se a análise temática. Em consonância com Bardin (2002), a análise temática baseia-se em desmembramentos, para descobrir diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e seu reagrupamento em categorias.

Na primeira fase foram examinadas as falas na íntegra obtidas a partir das entrevistas, organizaram-se as ideias centrais identificadas no discurso dos



participantes. As hipóteses encontradas foram as seguintes: i) há pouca ou nenhuma compreensão sobre participação e controle social para além dos espaços institucionalizados, como também ii) existe uma distorção sobre o tema; iii) Não há consenso sobre como e se acontece a participação e controle social no município de Ipaporanga; iv) há ainda um profundo desconhecimento sobre a parte estrutural da organização do SUS por parte de usuários (as); v) o nível de escolaridade pode influenciar no poder de participar, mas não é só isso que determina a efetividade da participação e do controle social.

Ao categorizar as palavras e/ou expressões que se repetiram identificou-se as que revelavam a essência do depoimento, a fim de transformá-las em unidades de análises:

**Quadro 1 - Categorical**

Informação	Construção	Fragilidade
Direito	Incentivo	Insuficiente
Comunicação	Planejamento	Potencialidade
Desinteresse	Conhecimento	Limitação
Frequência	Reclamação	Consciência
Inspiração	Protagonismo	Melhorias

Fonte: Elaboração Própria (2019)

A partir da expressão verbal dos profissionais, foi possível identificar palavras que se repetiram ao longo do discurso, estas foram associadas aos entendimentos de participação e controle social, organização do processo de trabalho e das atividades coletivas no âmbito da atenção básica.

**Quadro2 - Unidades de Análises**

Participação e Controle Social dependem de acesso à informação.
Participação e controle social como direito.
Participação e controle social como envolvimento.
Participação e controle social como frequência.
Participação e controle sociais relacionados a conferências e conselhos

Fonte: Elaboração Própria (2019)

Quando se observa o material elencado no quadro categorial e no quadro das unidades de análise, percebe-se a coerência observada por Chauí (1993), a

qual relaciona a participação com o acesso, volume e qualidade de informações, uma vez que não é suficiente mensurar participação apenas sobre um aspecto. A informação possui uma dimensão política e estratégica para os processos decisórios, pois é preciso democratizar e superar as barreiras existentes.

Para o entrevistado 01 (profissional) a participação perpassa por uma questão de conhecimento e de direitos: *“eu acredito que a participação vai desde o conhecimento das pessoas, de ter o conhecimento como o SUS atua e que as pessoas têm direito desde quando eles vão atrás desse direito, eles tão participando.”*

O entrevistado 04 (profissional) compreende que a participação social no contexto do SUS da forma seguinte:

“É a população participar efetivamente dos serviços de saúde tanto utilizando, como também procurando saber quais os serviços tem, quais ela tem direito”... “ela (população) utiliza os serviços, mas não sabe que tem aquele outro serviço e até mesmo os direitos que compete a elas, mas que precisa ainda se efetivar”.

Assim, a participação e o controle social vêm sendo dimensionados como a plenitude do acesso, da garantia de direito, uma vez que está referenciada em legislações que traduzem o sistema único de saúde como uma conquista democrática a partir da participação popular no âmbito dos movimentos sociais. Além disso, destaca-se a relevância do acesso a informação, o qual impulsiona as lutas por efetivação de direitos.

Oliveira (2004) afirma que a comunicação e a informação são entendidas como variáveis que podem interferir nas relações sociais e contribuir para viabilizar os esforços para a participação popular na política de saúde.

Isso corrobora com as principais palavras e vinculação que os componentes dessa pesquisa trouxeram durante a coleta de dados. Assim, para o referido autor comunicação e informação são respostas efetivas aos problemas de implementação e funcionamento do sistema de saúde o que irá incidir também nas variáveis da participação popular, uma vez que não existe ação social isolada de comunicação. No entanto, o ato comunicativo necessita ser eficiente, para tal fato é preciso que os sujeitos sejam reciprocamente comunicantes.

Já o entrevistado 06 (profissional) ressalta que: *“é quando o usuário tem os olhos deles, o usuário consegue participar de forma ativa, forma como é gerido o processo organizacional do SUS”*.

Para Monteiro (*apud* Brandão 2008), o ato de participar é mais amplo do que colaborar, tendo com consequências o envolvimento nos fenômenos sociais, estratégias de conscientização que permitam acesso à informação e que tolerem compartilhar circunstâncias vividas. Há uma relação forte entre participação e compromisso, pois é através deste que os atores sociais podem construir análises conjunturais com profundidade.

Portanto, dialoga-se com Albuquerque *et al* (2011), quando este relaciona participação social com promoção de equidade e inclusão social, pois a considera uma estratégia da sociedade para alterar as relações de poder. Embora não tenha sido reconhecido pelos entrevistados, identifica-se essa relação da participação com justiça social.

Durante a terceira etapa da análise de conteúdo, a qual propõe o tratamento dos resultados e interpretações com base na classificação dos elementos, segundo suas semelhanças e diferenciações, articulando ainda, com a proposta de uma reflexão crítica sobre o conteúdo pré-identificado. Nessa fase perpassa os dados trabalhados e as ilações pela pesquisadora, confrontando com a literatura encontrada. Para uma melhor compreensão organizamos esta etapa considerando as três categorias de sujeitos investigadas: gestão, profissionais e usuários (as).

**Quadro3** - Tratamento dos resultados: Gestão

<b>Compreensão sobre participação e controle social</b>	<b>Participação e controle social no âmbito local</b>	<b>Organização da educação em saúde</b>	<b>Como melhorar a participação e controle social</b>
Percebem no âmbito da institucionalização.	Existe, mas com limitações e fragilidades.	Desconhecem como funcionam os grupos do território.	Reconhecem que necessitam melhorar, mas não sabem como.

Fonte: Elaboração Própria (2019)

Assim, compreende-se que a gestão tem uma percepção limitada de participação e controle social, pois as reconhecem apenas no âmbito dos conselhos e conferências. Em contraponto Dominguez (2007), ressalta que existem problemas estruturais e políticos que dificultam a organicidade de Conselhos e Conferências.

Principalmente no âmbito municipal, há, em geral, baixa representatividade, pouca renovação de membros, dominação por grupos mais organizados, enfraquecimento da luta em outras frentes participativas e de comunicação.

Evidenciou-se as deficiências na organização, composição e representatividade nos encaminhamentos, deliberações, no papel do conselheiro e na relação com a entidade que eles representam. Até mesmo as pautas das reuniões de um conselho giram em torno de discussões relacionadas às práticas biomédicas de saúde. (CREVELLIM; PEDUZZI, 2005).

Então, identifica-se como um problema de ampla dimensão restringir a participação social a esta perspectiva. Além disso, a gestão percebe suas limitações, mas não sabem como melhorar, desconhecem a organização do processo de trabalho dos grupos, com isso pouco pode orientar os profissionais a trabalhar a horizontalidade e formas dialógicas de condução dessas atividades coletivas.

**Quadro 4** - Tratamento dos resultados: Profissionais de Saúde

<b>Compreensão sobre participação e controle social</b>	<b>Participação e controle social no âmbito local</b>	<b>Organização da educação em saúde</b>	<b>Como melhorar a participação e controle social</b>
Percebem além dos espaços institucionalizados, como ter acesso à informação e a direitos, bem como frequência nos espaços coletivos.	Uns entendem como inexistente a participação; Outros como insuficiente.	Compreendem que há fragilidades no cotidiano de trabalho sobre a participação e controle social, pois ainda não é efetiva.	Reconhecem que precisam lapidar o processo de trabalho e já direcionam mudanças na organização deste.

Fonte: Elaboração Própria (2019)

A maioria dos (as) profissionais de saúde entrevistados (as) apresentam uma compreensão um pouco mais ampla da participação e controle social, entendendo-as como acesso a informação e como um direito além dos espaços institucionais. Reconhecem as fragilidades da efetivação da participação e controle

social e trazem algumas possibilidades para aperfeiçoar o processo de trabalho, garantido mais abertura para participação.

Assim, a forma de participar interfere nesse processo, a maneira de participar de atividades comunitárias influencia no processo de conscientização. Para Ulhoa (2012), a participação popular nas ações de saúde faz-se importante para formular estratégias e planejamento das ações em saúde, como a garantia do direito à cidadania, promoção do autocuidado, promoção de saúde e qualidade de vida, bem como atendimento humanizado.

**Quadro5** - Tratamento dos resultados: Usuários (as)/Membros do Conselho Municipal de Saúde

<b>Compreensão sobre participação e controle social</b>	<b>Participação e controle social no âmbito local</b>	<b>Nível de protagonismo</b>	<b>O sentimento de pertencimento (de fazer parte) da atenção básica</b>
<p>Associam a reclamações e reivindicações realizadas na mídia local e redes sociais.</p> <p>Associam com a frequência nos espaços grupais ou com acesso aos serviços de saúde.</p>	<p>Não sabem se existe ou não.</p>	<p>Reconhecem que não há bons níveis de protagonismo, porque não lutam por direitos.</p>	<p>Não sabem o que é atenção básica. Mas se sentem bem acolhidos na Unidade Básica de Saúde</p>

Fonte: Elaboração Própria (2019)

Esse segmento entrevistado tem um menor nível de compreensão acerca da participação e controle social, além disso, desconhecem a organização do sistema único de saúde em níveis de atenção. Associa-se a pertença à atenção básica ao acolhimento, tratamento humanizado e respeitoso enquanto sujeitos passivos no processo de construção da atenção básica, ou seja, estão postos para receber assistência à saúde. Exemplifica-se em alguns recortes sobre o que usuários (as)

dos SUS expressão verbalmente sobre participação e controle social, a saber Usuário (a) 1: “*Nunca ouvi falar em participação social no SUS e não sei o que é participação social*”. Usuário (a) 3: “*Não sei lhe informar não*”. Usuário (a) 4: “*Agora aí eu não tô sabendo responder não*”.

Pelo exposto, percebe-se que usuários (as)/membros do conselho municipal de saúde, gestores e profissionais de saúde não compreendem efetivamente o que é participação e controle social. Há uma confusão de conceitos e da abrangência dos seus significados, quando conjuntos podem ser complementares. Assim, concorda-se com Vieira (2009) quando ele retrata a participação com um conceito muito falado, mas pouco compreendido com profundidade.

Portanto, há um importante reconhecimento da limitação da participação e do controle social no município, com a necessidade transformação desse aspecto, por parte de profissionais e gestão. Com relação aos (às) usuários (as) nota-se que as indagações durante as entrevistas são provocativas, no sentido de instigar reflexões sobre a mudança de posturas para práticas de participação e controle social.

Encontraram-se considerações relevantes sobre alterações no processo de trabalho dos profissionais de saúde, com duas sugestões possíveis de serem desenvolvidas na prática cotidiana para fomentar a participação e controle social nas atividades de educação em saúde, tais como planejar as atividades de grupos no final de cada encontro coletivo para que os usuários se envolvam em todas as etapas, planejamento, execução e avaliação de cada momento. Além disso, foi recomendado que houvesse participação de usuários (as) nas reuniões de planejamento e avaliação mensal da Unidade de Saúde, para que se criem outros mecanismos de participação e controle social, pois nesses espaços eles (as) podem deixar suas opiniões e contribuições para as ações de promoção e prevenção de saúde.

Esse pensamento dos profissionais de saúde corrobora com essa ideia de que a participação social deve perpassar pelo o planejamento, a organização, o funcionamento e o controle, sendo imprescindível no diagnóstico, na definição de prioridade, acompanhamento e avaliação. (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

De acordo com Vazques (*apud* Arstein 1969), há que considerar a chamada escala de participação de Arstein, que avalia dois grandes níveis. O primeiro nível é

chamado de *participação simbólica* e inclui categorias que se diferenciam pela falta de partilha de poder e, em sequência ascendente, considera participar como a utilização de serviços, informação, consulta e conciliação. A passagem para o segundo nível, denominado *controle cidadão*, começa com a colaboração, inclui o poder delegado e, finalmente, alcança um grau denominado controle cidadão. Neste nível, a participação se expressa com o exercício de poder decisório, solidário e compartilhado.

No entanto, isso diverge das concepções simplistas de analisar a participação nos espaços formais, apesar desta necessidade para algumas concretizações do SUS. Corrobora-se com Brandão (2008), quando este expõe sobre: o que faz sentido é aquilo que desloca a consciência, compreendida como um sistema dinâmico. É o sentido que humaniza as relações, pois singulariza os indivíduos, mas por outro lado universaliza, pois somente os seres de sentido podem encontrar significação da comunicação com o outro.

Portanto, é preciso haver sentido para população que está compondo os conselhos de saúde ou conselhos de direitos no ato de ocupar esses espaços estrategicamente, com a consciência ideológica das disputas de poderes desses espaços, entendendo-o como momentos debates, de cidadania e democracia. Ou quando se utiliza de serviços é preciso ter consciência<sup>12</sup> da sua organicidade, a fim de garantir o exercício de poder. Com isso, evita-se que ocorra incoerência como esta na definição de participação social. Para o Usuário (1) membro do conselho municipal de saúde: "*Participação para mim é que o povo não vem participar de pré-conferencia e conferencias*". Ou seja, mais uma vez restringe-se participação e controle social a espaços institucionalizados.

No ensejo, há alguns temas que são transversais ao processo de participação e controle social sejam eles formalizados ou não. Infere-se a partir da análise das verbalizações dos componentes das entrevistas, os conceitos de humanização na saúde pública, educação popular em saúde e promoção da saúde perpassam transversalmente esses processos, corroborando para o

---

<sup>12</sup> Paulo Freire (1980, p.30) classifica os tipos de consciência:

"Semi-intransitiva: compreensão superficial dos problemas pessoais e individuais, mas com possibilidade de transcender". Transitiva ingênua: "O indivíduo percebe a contradição social, mas se move nos limites do conformismo, das explicações simplistas". e transitiva crítica: "É a profundidade com que o indivíduo interpreta os problemas, é o engajamento social e político. É pensar autônomo, comprometido, e leva à mudança".

empoderamento popular que ora se apresenta como causa; ora como consequência da participação e do controle social.

De acordo com Lima (2014), a Participação Social na ESF se configura como um grande desafio, destacando-a uma relação desigual entre usuários, trabalhadores em saúde e Estado. Ressalta também que a participação na ESF é concebida como direito a cidadania, atitude consciente e crítica ligada à promoção de saúde, autônoma e emancipação dos sujeitos coletivos, sendo capaz de promover transformação no seio familiar e comunitário.

A partir desta análise, reafirma-se que a Estratégia de Saúde da Família tem potencial tático para fomentar a participação e controle social, sobretudo, pela aproximação territorial, pelas propostas metodológicas possíveis de trabalho coletivo com as comunidades e pela possibilidade de formação de vínculos. Pensar nessas questões significa tentar efetivar a transformação do mundo a partir da práxis, uma vez que a participação social concreta tem sido negada/negligenciada enquanto direito humano fundamental.

### **Segunda etapa: observação direta**

Durante a observação direta, foi percebido com mais solidez as fragilidades no contexto geral do processo de trabalho na Unidade de Saúde e nas relações colaborativas em equipe. Ao pensar a participação social, pôde-se perceber o quanto a equipe pouco conhece sobre participação e controle social. Dessa forma, o desconhecimento leva a uma ação fragilizada, com uma reduzida amplitude da práxis profissional no que diz respeito à inclusão social, principalmente, para favorecer a participação social. Para Campos (2009, p.669), “além de produzir saúde cabe ao sistema de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas”. Uma vez que os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam, portanto, a própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores (as) e usuários (as).

Com relação à gestão, compreendem a participação social no âmbito da institucionalização, através do conselho municipal de saúde e das conferências de saúde. No cotidiano, eles reproduzem essa percepção diariamente, pois distorcem o



processo participativo nas Reuniões do Conselho Municipal de Saúde por exemplo. Nesse ano vigente foram realizadas as pré-Conferências Municipais de Saúde e a 7ª Conferência Municipal de Saúde, percebeu-se nesses espaços pouca autonomia dos (as) conselheiros para concretizar os momentos coletivos, observou-se uma gestão que entende a participação e o controle social como espaço burocrático para manutenção de recursos, se não conseguem compreendê-los, tão pouco alcançam sua efetivação.

Algumas produções sobre os conselhos de Saúde ressaltam que estes possuem fortes características de um mecanismo meramente fiscalizador, de políticas e seus conselheiros necessitam de conhecimento e fundamentação política para exercer cidadania e conquistas de direitos em sua plenitude. (CREVELLIM; PEDUZZI, 2005)

Para Oliveira e Pinheiro (2010), os espaços institucionalizados de participação e controle social são um processo contraditório de conquista e outorga, pois apesar de ter sido estabelecido legalmente em muitas realidades, configuram-se com espaço de imposição legal e de iniciativa dos gestores limitando o exercício de autonomia.

Corroborando-se com Wendhausen e Caponi (2002), há inúmeros problemas para efetivação da participação no espaço dos conselhos municipais de saúde, tais como o nível de escolaridade acaba tendo uma relação direta com a possibilidade de fala, isso dificulta os encontros de disputa de poder dentro do conselho, assim a representação do (as) usuário (a) se torna um lugar de silenciamento, com pequenas violências.

Já a população entende a participação social quando consegue um espaço de reivindicação de direitos, como a mídia local; ou ainda quando acessa os serviços de saúde. No âmbito local não conseguem defini-la. Durante, a observação percebeu-se que os usuários não participam dos processos de trabalho de forma consciente, como também em sua maioria quando esta situação ocorre não se faz presente forma teleológica<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> “A diferença está no fato de que uma posição teleológica coloca em movimento, em definitivo, não uma cadeia causal, mas um novo pôr teleológico. Daí deriva, sobretudo, de um lado, que a situação comum de todas as decisões humanas, a impossibilidade de conhecer todas as circunstâncias do agir, aqui assume um peso maior que no outro tipo de posição; de outra parte, o sentido da intenção aqui é muito mais impreciso. A necessária ignorância do conjunto das condições intervém também no trabalho, mas aqui ela tem, em geral, um efeito muito mais externo.” (LUKÁCS, 1981, p. 465),

### **Terceira etapa: processo interventivo**

Para continuar o trabalho proposto, a fim de atingir o último objetivo específico desse idealizado, realizou-se três oficinas com base no método Arco de Maguerez, a fim de promover reflexão e transformação da prática profissional na atenção básica de Iporanga.

No primeiro momento, seguindo o roteiro proposto na construção do arco de maguerez investiu-se na observação da realidade, tendo como referência os pontos analisados a partir das entrevistas realizadas com profissionais, gestores (as) e usuários (as), bem como as observações a partir das anotações no diário de campo. Nessa fase, participaram os profissionais da UBS - Centro e do NASF, estes foram informados sobre os dados analisados, que resultaram numa percepção das fragilidades do processo de trabalho na UBS, trabalho colaborativo inexistente, inabilidade com a interprofissionalidade, pouca empatia com o próximo e vínculos fragilizados.

No que se relaciona a inquietação com a participação e o controle social, expôs-se a dificuldade, sobretudo, de usuários (as) para compreendê-los. Em seguida, discutiu-se acerca das limitações do entendimento da gestão sobre participação e controle social por estes aparecerem apenas nos espaços formais, como conferências e conselhos de saúde.

Ressaltou-se que a compreensão mais ampliada foi a dos profissionais, uma vez que eles vão além dos espaços de participação e controle social institucionalizados, pois em sua maioria os entendem como direito e acesso à informação. Em virtude disso, eles podem contribuir mais para viabilizar a participação e controle social, carregando para si posições favoráveis em relação a prática diária e ao acesso a informação.

Vale destacar a dificuldade em reunir os profissionais nesse primeiro momento, diante do empecilho de conciliar agendas, diante das demandas de trabalho, de diferentes cargas horárias e alguns profissionais tiraram férias. Além disso, outros obstáculos geraram problemas para reunir a equipe como a fragilidade nos vínculos e nas relações entre eles.

No entanto, esse encontro foi enriquecedor e permeado por reflexões mediadas pelos questionamentos a seguir: O que precisa ser melhorado dentro do processo de trabalho para se efetivar a participação e controle social? Será preciso buscar novas formas de pensar e efetivar a participação social? Será se temos uma abordagem dialógica na comunicação com usuários do SUS? O empoderamento social pode ser aprimorado por práticas dialógicas no cotidiano?

Com isso, refletiu-se em duas linhas destoantes uma diz respeito a culpabilização do(a) usuário (a) por não se interessar por participação e controle social. A outra percepção reflete de maneira dialética a problemática, pois envolve a corresponsabilidade de profissionais, especialmente por terem uma compreensão mais ampliada sobre o tema e com isso ter condição de realizar algum tipo de transformação, como também envolve gestão e usuários (as) do SUS.

Assim, não individualiza a dificuldade de concretizar participação e controle social no SUS, porque permite um discernimento em sua globalidade. Garante-se, com isso, uma análise crítica sobre as barreiras para efetivar cotidianamente participação e controle social, pois se faz necessária mudança na postura de todos (as) envolvidos (as).

Nesse sentido, avançou-se no segundo componente do arco de maguerez consistindo na identificação dos pontos-chaves. Elencaram-se os principais pontos-chaves identificados pelos profissionais como fatores de impedimento para concretizar a participação e controle social no SUS, na atenção básica e no município de Iporanga, são eles: i) A falta do olhar apurado para isso, pois muitas formações não contemplam essa perspectiva, então alguns profissionais precisarão ser mais estimulados; ii) A sobrecarga de trabalho, que gera um trabalho mecanizado, com reduzida qualidade, sem reflexão da práxis; iii) Dispersão da população; iv) Falta de hábito de incluir a participação social, falta de comunicação, interpretação e diálogo; v) As dificuldades de trabalhar em equipe, se traduzem também na falha de elaborar um trabalho que inclua a participação da comunidade; vi) O receio dos (as) profissionais às críticas, pois quanto mais pessoas empoderadas, autônomas, mais elas estarão aptas a cobrar; vii) Falta de conhecimento/compreensão pelos (as) usuários (as) sobre a importância de estar nos espaços participando e exercendo controle social.

Convergindo com Braga *et al* (2009), afirmam que a participação dos usuários dos serviços de saúde na construção e na escolha dos serviços oferecidos ainda é parcial e unilateral.

Compreende-se que a participação na área da Saúde é uma prática democrática e não deve ser percebida como um conteúdo que se pode transmitir, nem como uma destreza que se adquire por meio de treinamento, mas uma atitude e um comportamento que deve ser construído a partir de uma abordagem crítica e pelo amadurecimento do cidadão. (MARTINS *et al*, 2009).

Uma transformação consciente com relação à participação social só será possível quando acontecer o envolvimento efetivo do usuário nos meios de produção de conhecimento e agir na promoção de saúde. (MACHADO; VIEIRA E SILVA, 2010).

Outro momento previsto no arco de maguerez e realizado foi a Etapa da Teorização, onde a partir das dificuldades dispostas na oficina anterior, pesquisou-se uma literatura para ser estudada que abordasse a dimensão pedagógica dos profissionais de saúde; o diálogo como propulsor de transformação da prática profissional; a transformação do processo de trabalho em equipe. O critério de escolha dos artigos científicos foi a linguagem acessível a profissionais de varias formações de nível médio, conteúdo pertinente aos problemas elencados.

**Quadro 6 - Artigos utilizados durante a teorização**

<b>Título</b>	<b>Revis ta</b>	<b>Dados da Publicação</b>
“A Responsabilidade relacional como ferramenta útil para participação comunitária na atenção básica”.	Saúde e Sociedade	Vol.18 Num. 1 Ano: 2009
“A Educação Popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade”.	Interface- Comunicação, Educação e Saúde.	Vol.8 Num. 15 Ano: 2004
“Trabalho em equipe e a prática colaborativa na Atenção Primária a Saúde”.	Interface- Comunicação, Educação e	Vol.22 Num. 2 Ano: 2018

Fonte: Elaboração Própria (2019)

Participaram desse momento 12 (doze) profissionais de saúde, este número difere da quantidade de pessoas entrevistadas, pois se incluiu todas Agentes Comunitárias de Saúde. Elas foram divididas em três grupos com quatro membros, cada grupo ficou com um texto, objetivando ler e sistematizar a teoria apreendida, em seguida socializaram as informações para todos (as).

A primeira equipe trouxe um resumo do texto “A Responsabilidade relacional como ferramenta útil para participação comunitária na atenção básica”, expuseram a atenção básica como um espaço favorável para instigar sujeitos protagonistas nas tomadas de decisões, demandando espaços de conversas inclusivos que gerem diálogos transformativos. Nesse contexto, objetivou-se tratar da participação social como recurso fundamental para sustentação da atenção básica. Ressaltando a Responsabilidade relacional como importante estratégia de práticas democráticas e participativas, definindo-o como uma teoria que se baseia na construção dialógica do conhecimento, com foco nos microprocessos de trabalho cotidiano.

Este grupo relatou o quanto o texto contribuiu para uma análise mais profunda da capacidade de potencializar a participação social, principalmente nos espaços de grupos como foi exemplificado na pesquisa apresentada com um grupo de hipertensos na UBS quando os profissionais se colocam numa postura mais horizontal. Resultou também em discordâncias entre os demais participantes, uma vez que alguns não reconhecem que a mudança de postura dos profissionais é relevante para tal finalidade.

A segunda equipe explanou sobre o texto: “A Educação Popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade”. Trouxeram em resumo a importância da educação em saúde como uma maneira transcender a prática profissional tradicional, com garantia da integralidade do cuidado e promoção de saúde, centralizando a educação popular uma alternativa metodológica para incorporação de novas práticas de saúde, considerando a estratégia de saúde da família como espaço favorável para desenvolver educação popular em saúde. Aborda a ideia de participação social como um elemento da integralidade, devendo incorporá-la na perspectiva da cidadania. Isso gerou algumas discussões relevantes

para esta intervenção, tendo em vista que os profissionais concordam com o potencial da educação em saúde para ampliar as ações da atenção básica.

Contudo, poucos tinham conhecimento acerca da teoria da educação popular. Isso torna compreensiva a parca utilização no cotidiano de trabalho desta metodologia de ensino, pois só possível utilizar aquilo que é sabido. Então, com isso sentiu-se a necessidade de realização de uma oficina específica para discutir a educação popular e metodologias ativas nos espaços coletivos.

A terceira equipe responsabilizou-se por expor o assunto do texto: “Trabalho em equipe e a prática colaborativa na Atenção Primária a Saúde”. Explicaram sobre a necessidade de equipes que colaborem entre si, tornando-se integradas e capazes fortalecer as redes de atenção à saúde, bem como a intersectorialidade. Além disso, trouxeram as ideias da prática interprofissional como propulsora de acesso universal e qualidade da assistência à saúde. Isso pode gerar um senso de pertencimento junto à equipe de forma mais integrada, reconhecendo a importância e o papel de cada profissional, com ações e planejamento compartilhados.

Ressaltaram ainda que a prática colaborativa contribui para fomentar participação do usuário e de familiares. Salientaram também a respeito do clima de trabalho em equipe, como um conjunto de significados compartilhados entre os membros de uma equipe sobre as vivências no trabalho, baseado nos elementos: interação e comunicação entre os membros da equipe; objetivos comuns de trabalho coletivo; responsabilidade do processo de trabalho; promoção de inovação no trabalho.

Concluíram expondo sobre a comunicação efetiva entre os profissionais e usuários, a qual pode gerar parcerias e resistência no que diz respeito a retrocessos da política de saúde, principalmente em tempos de desmonte de políticas públicas. A partir dessa discussão os profissionais, trouxeram que o trabalho na UBS centro tem sido cada vez mais aprimorado, com isso eles percebem o reflexo na organização do serviço. Ressalta-se que essa percepção dos profissionais de saúde não condiz com as anotações observadas no diário de campo, ou seja, eles não percebem as fragilidades do trabalho em equipe.

Essa etapa da teorização foi cercada de dificuldades para ocorrer, pois os profissionais encontravam-se desmotivados com a gestão municipal, já vinham com vínculos fragilizados, alguns não conseguiram entender o conteúdo dos artigos

científicos, a coordenação da unidade se recusou a participar dessa etapa, por um desentendimento com a coordenação da atenção básica. Portanto, vários fatores influenciaram essa construção do conhecimento.

Outro momento que compõe o arco de maguerez e desenvolvido com os profissionais de saúde foram as indicações das hipóteses de solução para os problemas elencados nas análises dos principais pontos que influenciam na pouca participação e no baixo controle social no âmbito municipal, como também analisou as possibilidades de mudanças nos processos de trabalho da equipe para uma abordagem dialógica que promova empoderamento e autonomia da população. Foram as seguintes hipóteses: i) Abertura para participação social em cada atividade de trabalho; ii) tornar sistemática a avaliação do serviço prestado seja ele coletivo ou individual; iii) Incluir usuários (as) nas reuniões de planejamento mensal das atividades; iv) Durante as atividades coletivas incluam ao final o planejamento para o próximo encontro; v) Estimular o autocuidado; vi) Protagonismo dos (as) Usuários (as) dos Serviços de Saúde; vii) Incluir metodologias ativas para fomentar participação social nas atividades grupais, tais como o método círculo de cultura como arcabouço teórico para planejamento e execução dos mesmos.

No que consiste a aplicação na realidade, etapa final do arco de maguerez, algumas práticas diferenciadas foram possibilitadas, tais como: i) a implementação do círculo de cultura nas atividades de grupos cuidado pela equipe de saúde da família, especialmente nos espaços coletivos voltados para promover saúde mental e saúde da gestante; ii) outra mudança observada foi abertura a garantia de acesso à informação e estímulos sobre a importância da participação social nas salas de espera e nos atendimentos individuais, principalmente com relação aos profissionais do NASF. Já as outras propostas, ainda não foram possíveis efetivar na prática profissional devido ao tempo ou a má vontade dos (as) profissionais envolvidos (as).

Assim, percebe-se que a utilização do Arco de Maguerez foi construtiva para concretização da intervenção, pois auxiliou na formulação de ideias de maneira horizontal e dialógica. Apesar das dificuldades encontradas para realizar cada oficina diante do contexto do campo da pesquisa e das relações que permeia o cotidiano de trabalho, entende-se que as mudanças foram significativas a fim de fomentar a participação e o controle social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A guisa de conclusão pretende-se enfatizar os dissabores enfrentados durante a construção desta pesquisa pelo contexto político que se vivencia no Brasil nos últimos anos com sérios agravos, sobretudo, ao longo dos últimos meses do ano vigente. As ameaças à soberania popular e à liberdade são constantes a cada noticiário jornalístico sobre os atos governamentais a nível federal.

Pensou-se em como discutir participação e controle social em âmbito municipal, com uma conjuntura política completamente desfavorável, com práticas que divergem muito das discussões democráticas. No entanto, refletiu-se que a tentativa de fomentar a participação social e, por conseguinte o controle social é uma forma de resistência. Uma voz de liberdade ao som de Belchior que diz: “Sempre desobedecer, nunca reverenciar”, motiva a continuar crendo que só a luta faz valer a pena, principalmente, em tempos difíceis para os sonhadores.

Pensar a participação social para além da sua consolidação legal é sempre desafiador, refleti-la em meio a uma conjuntura controversa, a um contexto local com incontáveis fragmentações, trouxe desconforto, incompreensões, dúvidas, desesperos, angústias e medos. Inúmeros sentimentos permearam o percurso desse trabalho.

É importante ressaltar os processos transformativos que esta pesquisa proporcionou, tanto no âmbito pessoal, como profissional. Primeiramente, é preciso expor sobre a ampliação do olhar sobre a participação e suas múltiplas compreensões. Isso se faz fundamental para uma análise holística sobre o tema. Outra dimensão que se modifica a partir da pesquisa é própria maneira de enxergar o ato de pesquisar e suas (in) completudes. Essas mutações são imensuráveis para o amadurecimento da pesquisadora.

Houve prazerosos resultados a partir desta pesquisa, uma vez que se pode consolidar a compreensão de autores que se debruçaram pelos os estudos sobre a participação e controle social, especialmente no âmbito da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família. Refletiu-se sobre a categoria trabalho e o processo de trabalho na área da saúde. Com esse aparato teórico delineou-se estratégias de reorganização do processo de trabalho com base no discurso, ideias e leitura da realidade dos profissionais de saúde, gestores (as) e usuários (as). Os quais não



consensuam sobre a temática, pois cada segmento tem sua compreensão formada por suas experiências.

O percurso metodológico traçado proporcionou uma reflexão da práxis sem a necessidade de apontamentos diretos e específicos por parte da investigadora, mas obviamente que houve direcionamentos para alcançar os objetivos almejados.

De maneira geral, idealizou-se promover e potencializar a participação social nas ações realizadas pelos profissionais de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família do município de Ipaporanga (CE). Acredita-se que em alguma medida conseguiu-se alcançar este objetivo, uma vez que se discutiu sobre participação e controle social, sobre as formas de concretizá-los a partir do processo de trabalho.

Problematizou-se acerca de envolver mais os (as) usuários (as) nos espaços coletivos desde o planejamento, execução e avaliação. Em respostas a isso, surgiram algumas sugestões contundentes dos (as) profissionais para envolver mais usuários (as) em todas as etapas desde a organização das atividades até os processos avaliativos.

Analisou-se a organização do processo de trabalho, além disso, construiu-se coletivamente, a partir da realidade problematizada, uma proposta de participação social a ser efetivada no processo de trabalho dos profissionais junto aos grupos assistidos pela ESF os quais passaram a fomentar espaços participativos, como a inclusão de metodologias ativas, com círculo de cultura norteando os trabalhos grupais.

Articulou-se uma intervenção com os profissionais de saúde, a respeito da compreensão sobre seus entendimentos prévios sobre participação e controle social. Isso gerou provocações, reflexões da práxis, deslocamentos para longe da zona de conforto cotidiana que se materializou em ganhos e conquistas, seja pelo fato de gerar mudanças na forma de pensar e perceber a participação e o controle social e suas possibilidades de construir esses espaços, seja pela mudança na adoção de metodologias de trabalho que instigue e oportunize maior participação de usuários (as) do SUS.

Disso tudo, cumulou-se em aprendizagens que vão além da temática estudada, corroborando para os estímulos a estudar sobre a objeção dos profissionais, gestores (as) e usuários (as) a compreender a relevância acerca da participação comunitária e do controle social. Ou seria ingenuidade dos todos não

conceber as possibilidades que isso proporciona para construir um sistema de saúde mais equânime, efetivo, quiçá uma sociedade mais justa e com outras reflexões e construções.

Talvez os profissionais e gestores não tenha ainda analisado o quanto isso facilita alguns processos de saúde, talvez os (as) usuários (as) não tenham se atentado para o poder que eles carregam nas mãos. São muitas incertezas, mas recorre-se ainda a uma explicação que diz respeito ao complexo sistema que engloba a todos, sistema perverso que não produz criticidade em quase nenhuma forma de acesso à educação/informação.

## REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

ALBUQUERQUE, M.S.V. *et al.* Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife. v. 11, n.1 Jan./Mar, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000100008)> Acesso em 16 jun.2019.

AMMAN, Z.B. **Participação Social**. São Paulo: Cortez, 1978.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

ANTUNES, R. **O Caracol e sua Concha**: ensaios sobre a morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BRANDÃO, I.R. **Afetividade e participação na metrópole: uma reflexão de dirigentes de ONG's da cidade de Fortaleza**, 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRASIL, Constituição Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular e Saúde. Brasília – DF, 2012.

CENSO POPULACIONAL 2010. Perfil População do município de Ipaporanga-Ce. Ceará: IBGE, 2017. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em 05 abr.2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Versão Dez/ 2010.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde: In Coleção Para entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_, Lei Orgânica de Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_, Lei 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011.

BANDEIRA, B.C. **Participação Popular E Controle Social Na Unidade Básica De Saúde Fazenda Itajubá Do Município De Novo Lino – Alagoas: Uma Proposta De Intervenção**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

BRAVO, M. I. S.(Coord.). *et al.* **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. Biblioteca Básica de Serviço Social. V. 2. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BISPO JÚNIOR, J.P. e GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, n.18, p.7-16, 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100002&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 10 set.2019.

BOAL, A. **Jogos para atores e não-atores**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

BODERNAVE, J.E. **O que é participação**- 8ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CAMPOS, R.T.O; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: sujeito em questão. IN: tratado de saúde coletiva, São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo: **In Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>> Acesso em: 29 ago.2015.

CARVALHO, B. G. *et al.* Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**. v.30, n.7, Jul, 2014. Disponível em:< [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014000801453&script=sci\\_arttext&tlnq=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014000801453&script=sci_arttext&tlnq=en) > Acesso em: 29 nov. 2018.

CHAUÍ, M.S. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 6ª edição. São Paulo: Cortez, 1993.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COELHO, J.S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Socie**. São Paulo. v.21. p.138-151,2012. Disponível em:< <https://www.scielo.org/article/sausoc/2012.v21suppl1/138-151/>> Acesso em: 09 jun.2019.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 3 edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Declaração de Ama-Ata, 1979.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FREIRE, P. **Conscientização – teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e Ousadia: o cotidiano do professor**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família (PSF):** contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. (Org.). O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GALOVATE, H. et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.4, p.988-1002, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>: >Acesso em: 03 dez. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **A atenção Primária à Saúde: Seletiva ou coordenadora dos cuidados?**, Rio de Janeiro: CEBS, 2012.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. **O debate contemporâneo do Serviço Social e a ética profissional**. In: BONETTI, Dilséa et al. (Org.). Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001. P.87-104.

JACOBI, P.R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.3, n.4, p. 443-454, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300005&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300005&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 09 jun.2019.

LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. **Revista Temas de Ciências Humanas**, São Paulo, n. 1, 1978.

\_\_\_\_\_. **Para uma Ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. V.. **Metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

MARTINS, P.C. *et al.* Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.19, v. 3, p. 679-694, 2009.

Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300007&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300007&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 07 set.2019.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa um instigante desafio**. 1ª Ed. São Paulo: Veras editoras, 1999.

MARX, K. **O Capital**. Vol. 2. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MARX, K. **O Capital**. 14.ed. São Paulo: Difel, v. 1, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico, 1994. **Dissertação de Mestrado**, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1994.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **PESQUISA SOCIAL: Teoria, método e criatividade**. 31.ed.Petrópolis, RJ: Vozes,2012.

MOTA, A.; SILVA, J. A.; SCHRAIBER, L. B. **Contribuições Pragmáticas para a Organização dos Recursos Humanos em Saúde e para a História da Profissão Médica no Brasil**: obra de Maria Ceclia Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

**MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª edição. São Paulo: Editora Cortez; Brasília DF: OPAS, OMS Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, V. de. C. Comunicação, informação e participação social. **Revista Saúde e Sociedade**. v.13, n.2, p.56-69, maio-ago, 2004.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 459-491.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PARANTE, J.R.F. Planejamento participativo em Saúde. **Revista Sanare**. v.10 n 1, 2011. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/144>> Acesso em: 20 abr.2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.35, n.1, pp.103-109, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102001000100016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102001000100016&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 29 nov. 2018.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, n.1, v.1, p. 75- 91, 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-7746200300010000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-7746200300010000)> Acesso em: 11 set.2019.

PRADO, L.M. et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro.v.16 n.1 Mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023) > Acesso em 04 mai.2017.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 438-446, Apr. 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso)>. acesso em: 11 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>.

ROCHA, M. L. ; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v.23, n.4, dez 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010)>Acesso em: 28 mar.2015.

SANTOS, B.S. **Um Discurso Sobre as Ciências**. Porto: Afrontamento, 2008.

SANTOS, M. et al. Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): Importância da Qualificação Profissional. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.8, n.2, mai-ago, p.060-069, 2017. Disponível em: <<http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4095/4985>> Acesso em: 03 dez. 2018.

SARTI, T.D. *et al.* A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. In: **Rev Odont**, Espírito Santo, v.10, n1, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/492/356> > Acesso em: 15 abr.2017.

SAVASSI, L.C.M et al. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **Revista: J Manag Prim Health**



Care ,v 3, n 2, p.179-185, 2012. Disponível em: <  
[file:///C:/Users/Rayanne/Downloads/155-Texto%20do%20artigo-185-1-10-20150820%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Rayanne/Downloads/155-Texto%20do%20artigo-185-1-10-20150820%20(1).pdf)> Acesso em: 10 set.2019.

SILVA, I. S.; ARANTES, C.I.S.. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. **Rev Bras Enferm** [Internet].v. 70, n.3, mai-jun, p.607-615, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt\\_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf)> Acesso: em 29 nov. 2018.

ULHOA, D.A.M. **Importância da participação popular nas ações de saúde. Iniciação à metodologia:** textos científicos, 2012. Belo Horizonte: NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2012.

VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde.IN: **Tratado de Saúde Coletiva**/Gastão Wagner de Souza Campos et al- São Pauli: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,2009.

VAISMAN, E. Resenha ao livro: GyorgLukács, socialismo e democratização – escritos políticos 1956 -1971. [José Paulo Netto e Carlos Nelson Coutinho (Orgs.)]; In: *Crítica Marxista*, n.28, 2009; p. 177.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 142.

VAZQUEZ ML *et al.* Caderno de Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.19, v.2, p.579-591, 2003.

VIANA, A.L.Á.; FAUSTO, M.C.R. **Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência**. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson (orgs.). *Proteção social. Dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIEIRA, E.M. Atividade Comunitária e conscientização: uma investigação a partir dos modos de participação social, 2008. Dissertação de Mestrado- Centro de Humanidades da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

TEIXEIRA, S. F. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª edição. São Paulo: Editora Cortez; Rio de Janeiro: Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações**. 2.ed. São Paulo: Atlas, **2009**.

WENDHAUSEN, A.; S. CAPONI. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.18 n.6. Rio de Janeiro nov./dez. 2002. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2002000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2002000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>  
Acesso em: 10 set.2019.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A**

#### **ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

##### **Dimensões da Observação**

- 1-Organização do processo de trabalho da equipe da UBS- Centro
- 2-Vínculos dos profissionais
- 3-Compreensão teórico prática sobre participação e controle social no cotidiano

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS**

#### **Identificação do (a) Profissional**

Nome: \_\_\_\_\_

DN/Idade: \_\_\_\_\_ Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Ano de formação: \_\_\_\_\_ Área de Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Quantidade de Pós-graduação concluída ( )

Quantidade de Pós-graduação em andamento ( )

Ano do último curso de aperfeiçoamento: \_\_\_\_\_

#### **Roteiro norteador**

1. O que é participação e controle social no SUS? Você acha que existe no município?
2. Como você percebe a participação e o controle social no município de Iraporanga-CE?
3. Como estão organizados os grupos de educação em saúde no território que você trabalha? Tem participação social?
4. Como você contribui para efetivar a participação e controle social dentro das atividades coletivas realizadas no seu território?
5. Como os usuários estão inseridos no planejamento, execução e avaliação cotidiana dos grupos que são de referência das equipes Estratégia Saúde da Família do Município de Iraporanga-CE.

6. Você acha que pode fazer diferente? Como ?

## ROTEIRO DE ENTREVISTA USUÁRIOS DO SUS

### Identificação do (a) usuário (a)

#### IDENTIFICAÇÃO:

- Nome: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_
- Estado civil: \_\_\_\_\_
- Escolaridade: \_\_\_\_\_
- Você trabalha?  
Sim ( ) Qual sua profissão? \_\_\_\_\_

Não ( )

- Qual a renda familiar mensal  
( ) inferior a 1 salários mínimo 1 à 2 salários mínimos ( ) 2 à 4 s.m. ( ) Acima de 4 s.m. ( )

### Roteiro norteador

1. O que é participação e controle social no SUS?
2. Você acha que existe participação e controle social no município?
3. Como você percebe a participação e o controle social no município de Ipaporanga-CE?
4. Você se acha parte da atenção básica no município de Ipaporanga?
5. Qual seu nível de protagonismo para exercer o controle social?

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO –TCLE

#### Profissionais/Gestão

Convidamos o/a Senhor/a para participar da pesquisa intitulada **“PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PROPOSTA DE PROMOVER TRANSFORMAÇÃO”**, sob a execução da pesquisadora Rayane Alves Lacerda e do professor orientador José Reginaldo Feijão Parente.

Este trabalho tem como objetivo geral Reconstruir junto às equipes de Estratégia Saúde da Família do Município de Ipaporanga-Ce o formato da participação social e o controle comunitário nas atividades que acontecem de forma coletiva ou em grupos regulares. Para tanto, realizaremos entrevista individual e observação participante com roteiro previamente apresentado a vossa senhoria, como também será aplicada a metodologia do Arco de Margueréz.

Gostaria de acrescentar que não será necessário o seu deslocamento para outro local que não seja o seu local de trabalho ou outro de sua escolha, portanto não haverá nenhum gasto extra da sua parte, pois a pesquisa ocorrerá nos locais mais viáveis para os sujeitos participantes. Não será produzido nenhum material visual, ou seja, fotos e/ou filmagens, apenas a gravação do áudio da entrevista, após expressa autorização sua. A mesma será realizada através de um aparelho eletrônico de propriedade da entrevistadora.

Ressalto que todos os preceitos éticos inscritos na Resolução 466/2012 (CNS) serão respeitados, garantindo assim, o sigilo absoluto, anonimato quanto aos dados confidenciais e a autonomia de cada um dos entrevistados. Embora a pesquisa apresente riscos como constrangimento ou desconforto em partilhar informações, a pesquisadora comprometer-se-á a minimizá-los sem prejuízos de qualquer ordem para os sujeitos dessa investigação.

Informamos também que o/a Senhor/a poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, bastando apenas informar a sua desistência. O/A participante poderá entrar em contato com a pesquisadora, Rayane Alves Lacerda pelo telefone

(85)9 96766408, email: rayanelacerdass@hotmail.com, e/ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú, que localiza-se na Av. Comte. Maurocélío Rocha Pontes, 155. Campus Derby, Sobral-ce. Telefone para contato: (88) 3677-4255; FAX (88) 36774242. E-mail: uva\_comitedeetica@hotmail.com, caso necessário. Este termo foi elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo da pesquisadora. Tendo sido informado/a sobre a pesquisa **“Participação social na atenção básica: uma proposta de promover transformação.”**, concordo em participar da mesma, de forma livre e esclarecido/a

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

local

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisado/a

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisado/a

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

Rayane Alves Lacerda – CRESS 6120

Mestranda em Saúde da Família- Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA

Nº de matrícula: 03182522361

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO –TCLE**

### **Usuários (as) do SUS**

Convidamos o/a Senhor/a para participar da pesquisa intitulada **“PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PROPOSTA DE PROMOVER TRANSFORMAÇÃO”**, sob a execução da pesquisadora Rayane Alves Lacerda e do professor orientador José Reginaldo Feijão Parente.

Este trabalho tem como objetivo geral Reconstruir junto às equipes de Estratégia Saúde da Família do Município de Ipaporanga-Ce o formato da participação social e o controle comunitário nas atividades que acontecem de forma coletiva ou em grupos regulares. Para tanto, realizaremos entrevista individual e observação participante com roteiro previamente apresentado a vossa senhoria, como também será aplicada a metodologia do Arco de Margueres.

Gostaria de acrescentar que não será necessário o seu deslocamento para outro local que não seja o seu local de trabalho ou outro de sua escolha, portanto não haverá nenhum gasto extra da sua parte, pois a pesquisa ocorrerá nos locais mais viáveis para os sujeitos participantes. Não será produzido nenhum material visual, ou seja, fotos e/ou filmagens, apenas a gravação do áudio da entrevista, após expressa autorização sua. A mesma será realizada através de um aparelho eletrônico de propriedade da entrevistadora.

Ressalto que todos os preceitos éticos inscritos na Resolução 466/2012 (CNS) serão respeitados, garantindo assim, o sigilo absoluto, anonimato quanto aos dados confidenciais e a autonomia de cada um dos entrevistados. Embora a pesquisa apresente riscos como constrangimento ou desconforto em partilhar informações, a pesquisadora comprometer-se-á a minimizá-los sem prejuízos de qualquer ordem para os sujeitos dessa investigação.

Informamos também que o/a Senhor/a poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, bastando apenas informar a sua desistência. O/A participante poderá entrar em contato com a pesquisadora, Rayane Alves Lacerda pelo telefone (85)9 96766408, email: rayanelacerdass@hotmail.com, e/ou com o Comitê de Ética



e Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú, que localiza-se na Av. Comte. Maurocélío Rocha Pontes, 155. Campus Derby, Sobral-ce. Telefone para contato: (88) 3677-4255; FAX (88) 36774242. E-mail: uva\_comitedeetica@hotmail.com, caso necessário. Este termo foi elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo da pesquisadora. Tendo sido informado/a sobre a pesquisa "**Participação social na atenção básica: uma proposta de promover transformação.**", concordo em participar da mesma, de forma livre e esclarecido/a

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

local

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisado/a

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisado/a

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

Rayane Alves Lacerda – CRESS 6120

Assistente Social/Mestranda em Saúde da Família- Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA

Nº de matrícula: 03182522361