

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
CONCEPÇÕES E AÇÕES DOS USUÁRIOS E
TRABALHADORES DE SAÚDE**

ALINE VIEIRA SIMÕES

JEQUIÉ/BA
2010

ALINE VIEIRA SIMÕES

**CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
CONCEPÇÕES E AÇÕES DOS USUÁRIOS E
TRABALHADORES DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, em nível de Mestrado do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, Campus de Jequié/BA, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

LINHA DE PESQUISA: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADOR: Prof. DSc. Fabio Ornellas Prado

CO-ORIENTADORA: Prof^a. DSc. Adriana Alves Nery

**JEQUIÉ/BA
2010**

Autorizo a reprodução e divulgação total deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citado a fonte.

S612 Simões, Aline Vieira.

Controle social na estratégia saúde da família: concepções e ações dos usuários e trabalhos de saúde / Aline Vieira Simões. Jequié 2010.
133 f.: il.; 30 cm.

Dissertação – Universidade Estadual da Bahia, 2010. Orientador Prof. DSc Fabio Ornellas Prado.

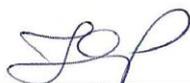
1.SUS 2.Estratégia Saúde da Família 3.Participação social
I.Nery, Adriana Alves II.Título

CDD – 614.0981

FOLHA DE APROVAÇÃO

SIMÕES, Aline Vieira. **Controle social na Estratégia Saúde da Família: concepções e ações dos usuários e trabalhadores de saúde**. 2010. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde: Área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA.

BANCA EXAMINADORA



Prof. DSc. Fabio Ornellas Prado
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientador e Presidente da Banca Examinadora



Profª. DSc. Cristina Setenta Andrade
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)



Profª. DSc. Vitória Solange Coelho Ferreira
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Jequié/BA, 14 de Dezembro de 2010.

A Deus, pelas oportunidades concedidas em minha vida, por seu amor incondicional, por sua constante presença e por ter me dado a vitalidade e tudo mais que eu preciso. Toda honra e toda glória pertencem a Ti, Senhor!!!

Aos meus queridos filhos, Pedro e Filipe, verdadeiras heranças de Deus em minha vida e fonte de inspiração para que eu pudesse superar todos os obstáculos.

Ao meu amado Marcos pela compreensão, pelo apoio nas minhas conquistas e pelas palavras de ânimo nos momentos de cansaço e ansiedade. Obrigada pelo seu amor.

Aos meus maravilhosos pais, Noélia e Joaquim, que souberam me ensinar com amor o caminho que eu deveria andar, pelo exemplo de força e determinação que sempre me transmitiram e por acreditarem que eu poderia ir mais além do que imaginávamos.

Amo vocês!!!

Ao Orientador Prof. DSc. Fabio Prado, por ter aceitado o desafio de conduzir a construção deste estudo com paciência e mansidão. Obrigada pelas palavras de encorajamento e por não me deixar desanimar nesta caminhada.

A Profª DSc. Adriana Nery, por ter sido muito mais do que minha co-orientadora, pelo carinho, disponibilidade, atenção e tolerância despendidos a mim nos momentos mais difíceis da construção desta dissertação. É imensa a gratidão, o respeito e a admiração que tenho por você.

Ao Prof. MSc. Jair Magalhães, por suas orientações na pré-qualificação que foram importantíssimas na construção desta dissertação, pela disponibilidade e por todo o apoio dispensado a mim.

Aos meus familiares, por compreenderem a minha ausência e por estarem sempre me incentivando a prosseguir, em especial **ao meu irmão Álisson**, por suas palavras de carinho e por acreditar em mim e nos meus ideais.

A Nilde, por realizar a tarefa de “cuidar” dos meus pequenos filhos com amor e dedicação para que eu pudesse me debruçar na produção de conhecimentos.

A minha sogra, **Thânia Maria**, pelo carinho e pelas orações em favor da minha vida.

A minha amiga-irmã, **Daniela**, pelas palavras de fé e de incentivo, pelo companheirismo, afeto e dedicação nos momentos de dúvidas e incertezas. Agradeço a Deus pela sua vida e pela oportunidade de compartilharmos a realização deste sonho juntas.

A minha amiga, **Vilara**, mulher de fé e determinação, por estar sempre disponível desde o processo de seleção, acolhendo-me na paz do seu lar, até nos momentos finais da produção da dissertação. Seus conselhos foram muito importantes nesta caminhada. Obrigada por tudo!

Ao Pr. Ivan Luiz, por sua compreensão, pelo incentivo e pelas orações em favor da minha vida e da minha família.

Aos amigos e colegas, Fabrício e Flávia, pelas orientações compartilhadas, pelo carinho e atenção dispensados a mim. Foi maravilhoso poder encontrar com vocês mais uma vez nesta Universidade na subida de mais degrau na jornada da vida. Jamais esquecerei os momentos que compartilhamos.

Aos colegas do Mestrado pelos momentos que compartilhamos no trilhar desta jornada. Serão inesquecíveis as histórias que vivenciamos.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, pelo apoio na caminhada.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, pela atenção e disponibilidade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA, na pessoa da Secretária de Saúde, **Sr^a Stela dos Santos Souza**, pela oportunidade que me concedeu de crescimento profissional e pessoal e por ter autorizado a coleta das informações nas Unidades de Saúde da Família.

As Equipes de Saúde da Família e aos usuários dos serviços de saúde, pela atenção e disponibilidade na coleta dos dados, sem a colaboração de vocês seria impossível a concretização desta pesquisa.

Aos funcionários da Unidade de Saúde da Família Dr. Aurélio Sciarreta pela compreensão e apoio nos momentos em que precisei me ausentar. Vocês são inesquecíveis. Obrigada por me acolher e me entender.

A professora Maristella Nascimento, meu respeito e admiração enquanto profissional e pessoa, pela disponibilidade em ajudar-me na análise dos dados transmitindo suas experiências e conhecimentos, pelo apoio e compreensão dispensados a mim nos momentos complicados desta caminhada.

A **Profª Vanda Palmarella**, pelo carinho e incentivo, por disponibilizar os livros necessários para construção desta pesquisa.

Ao amigo **Gleyton**, pela confiança e pelas palavras encorajadoras desde o processo de seleção e no decorrer do mestrado.

A amiga **Polyana**, pelo carinho e solidariedade, que com muito esforço realizou as transcrições das entrevistas do estudo. Você nem sabe como foi essencial a sua ajuda.

*O homem pode não participar ativamente na história,
na sociedade na transformação da realidade, se não
é auxiliado a tomar consciência da realidade e de
sua própria capacidade para transformá-la.*

Paulo Freire

RESUMO

O Controle Social constitui-se importante estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) através da participação do usuário no processo de descentralização e municipalização da saúde enquanto corresponsável pela organização, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde. Este estudo apresenta como objeto de investigação o controle social na Estratégia Saúde da Família-ESF no município de Jequié-BA. Tem como objetivo analisar as concepções dos usuários e dos trabalhadores da ESF do município de Jequié-BA sobre o controle social. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, numa perspectiva aproximada do método hermenêutico-dialético, em que foi utilizada como técnicas para coleta de dados a entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e a análise documental. O cenário do estudo foi composto pelas Unidades de Saúde da Família do município de Jequié-BA que apresentam Conselho Local de Saúde ativo ou inativo. Os sujeitos da pesquisa foram divididos em dois grupos: vinte trabalhadores que compõem as equipes da ESF e cinco usuários cadastrados nas referidas equipes. Utilizamos o método da hermenêutica-dialética na análise de dados. Os resultados evidenciaram que a concepção de controle social de parte dos entrevistados esteve relacionada à noção de controle do Estado sobre os cidadãos, fazendo alusão a noção do campo da política e das ciências sociais. Entretanto, em determinados depoimentos o entendimento de controle social dos trabalhadores de saúde aproximou-se da concepção relacionada à participação da comunidade na gestão das políticas de saúde. As ações de incentivo ao controle social desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde referem-se às práticas participativas que correspondem às reuniões dos conselhos municipal e local, estímulo à mobilização popular e realização de educação em saúde. Foram apontadas pelos trabalhadores de saúde dificuldades na execução das ações de controle social relativas à falta de interesse dos usuários em participar das reuniões, precariedade do vínculo trabalhista e à falta de apoio do gestor municipal. Dentre as facilidades relatadas, foi evidenciada a motivação, o trabalho em equipe, a aproximação e o vínculo com os usuários. Acreditamos que o entendimento de controle social dos usuários e trabalhadores da ESF necessita ser ressignificado e repolitizado na perspectiva da participação do cidadão na gestão pública e intervenção das ações do Estado para que os indivíduos exerçam sua cidadania de maneira crítica e consciente. Dessa forma, torna-se imprescindível uma maior articulação entre os atores sociais inseridos no contexto do sistema único de saúde, a partir do suporte técnico e apoio dos trabalhadores de saúde e gestores aos Conselhos Locais de Saúde, ampliando a participação política dos usuários nos espaços de controle social motivados pelo exercício da cidadania, consolidação do SUS e melhoria da qualidade de vida para todos os brasileiros.

Palavras-chave: SUS, Estratégia Saúde de Família, Participação social, Enfermagem.

ABSTRACT

Social Control is an important strategy of strengthening of the Single Health System (SHS) through the participation of the user in the process of decentralization and municipalization of health while co-responsible for the organization, monitoring and evaluation of the actions developed by healthcare workers. This study has as object of investigation the social control in the Family Health Strategy – FHS in the city of Jequié-BA. It has as objective analyze the conceptions of the users and workers of FHS of the city of Jequié-BA about social control. It is a qualitative research in an approximated approach of the hermeneutic-dialectic method, in which was used as data collection techniques the semi structured interview, the systematic observation and documental analysis. The study scenario was composed by the Family Health Units of the city of Jequié-BA that had active or inactive Local Health Council. The subjects of the research were divided in two groups: twenty workers composing FHS team and five users registered in the referred teams. It was used the hermeneutic-dialectic method for data analysis. The results showed that the conception of social control by interviewed people was related to the notion of the State control over citizens, making allusion to the notion of the policy and social sciences field. However, in some interviews the understanding of social control of the healthcare workers approached of the conception related to community participation in management of the health policy. The actions of social control incentive developed by healthcare workers refer to the participatory practices that correspond to the meetings of the municipal and local councils, stimulus to popular mobilization and carrying out health education. Problems in the execution of social control actions were pointed out by healthcare workers related to the lack of interest by users in participating in meetings, precarious employment relationship and the lack of support from the city manager. Among the facilities related, the motivation, teamwork, approach and relationship with users were pointed out. We believe that the understanding of social control by users and healthcare workers of the FHS need to be more comprehensive within the perspective of citizen participation in public administration and policy of government actions for individuals to exercise their citizenship in a critical and conscious manner. Thus, it becomes imperative for greater coordination between social actors within the context of national healthcare system, from the technical support and effort of health workers and managers to Local Health Councils, widening the political participation of users in the spaces of social control motivated by the exercise of citizenship, SHS consolidation and improvement of quality of life for all Brazilians.

Keywords: Single Health System, Family Health Strategy, Social Participation, Nursing.

LISTA DE SIGLAS

AAGRUTI	Associação de Amigos e Grupos da Terceira Idade
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas à Saúde
AJECE	Associação Jequeense de Cegos
APAE	Associação de pais e amigos de excepcionais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIMS	Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS	Comissões Interinstitucionais Locais de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
COPERJE	Cooperativa de Catadores Recicla Jequié
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EMBASA	Empresa Baiana de Água e Saneamento S/A
ESF	Estratégia Saúde da família
FAPEC	Faculdades Unidas de Pesquisa, Ciências e Saúde
FTC	Faculdade de Tecnologia e Ciências
FUAN	Fundação Urbano de Almeida Neto
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOPS	Movimentos Populares de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS-SUS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso de Atenção Básica
PABA	Piso de Atenção Básica Ampliado
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SEGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnicos de Saúde Bucal
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E DA REFORMA SANITÁRIA	23
2.2 ASPECTOS JURÍDICO-LEGAIS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS	39
2.3 CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	47
3 CAMINHO METODOLÓGICO	54
3.1 TIPO DE ESTUDO	55
3.2 CAMPO DO ESTUDO	56
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	61
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	64
3.5 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS	64
3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	66
4 CONCEPÇÕES E AÇÕES DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE CONTROLE SOCIAL	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	121
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE	125
APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – USUÁRIO PSF	126
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	127
ANEXOS	128
ANEXO A: PARECER DO PROJETO	129
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO	130
ANEXO C: OFÍCIO / CEP	131
ANEXO D: OFÍCIO PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	132
ANEXO E: COMUNICAÇÃO INTERNA	133

1 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

A experiência na área da saúde foi capaz de propiciar uma mudança fundamental dentro do próprio setor, como também foi capaz de contaminar outros setores da atividade pública do país. Acontece que o entendimento da população sobre isso é pequeno, é mínimo.

Arlindo Fábio Gomez de Sousa.

Na trajetória de (re)democratização do país a participação da sociedade civil organizada na formulação e fiscalização das políticas públicas representa uma conquista resultante da luta por melhoria na infra-estrutura dos serviços públicos e maior disponibilidade de bens de consumo (MACEDO, 2005; COSTA, 1988; CARVALHO, 1995). Para isso foi imprescindível o fomento de espaços instituídos em busca do direito à saúde que proporcionassem a transição para um novo momento de organização social.

A atuação da população no planejamento, gestão e avaliação das ações e serviços de saúde teve início nas discussões que permearam o movimento da Reforma Sanitária, na década de 70, quando um grupo de profissionais liberais e demais atores sociais se uniram em busca do reconhecimento da saúde como direito social e da universalização do acesso, sendo o dever do Estado garanti-la (MENDES, 2006).

Este movimento constituiu-se num processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, com propostas apresentadas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MENDES, 1995; PAIM, 2007).

Assim, a Reforma Sanitária Brasileira influenciou as modificações necessárias ao setor saúde ampliando o conceito de saúde relacionando-a não apenas à assistência médica, mas aos determinantes e condicionantes como: trabalho, salário, alimentação, habitação, lazer, meio ambiente, entre outros, além da garantia de “saúde como direito de todos e dever do Estado” exposta na Constituição Federal de 1988, Seção II, Art.196 (BRASIL, 1988).

A partir destas mudanças houve a instituição legal do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituinte de 1988, Seção II, Art. 198, como uma política de saúde regionalizada e hierarquizada baseada em princípios como universalização e equidade, além das diretrizes: descentralização (com direção unilateral em cada esfera de governo), atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O advento do SUS viabilizou o aprofundamento do processo de participação social dos usuários¹ dos serviços de saúde nas tomadas de decisões em saúde,

¹ **Usuários** – “aqueles que fazem uso de um bem ou serviço público”. Nesta pesquisa nos referimos aos indivíduos que utilizam os serviços de saúde (RIOS, 2001, p. 584).

estimulando o exercício da cidadania e efetivando o controle social, ou seja, a luta por seus direitos.

Inicialmente podemos relacionar o controle social ao papel disciplinador exercido pelo Estado sobre a sociedade. No entanto, na área da saúde a concepção desse controle aponta para outra direção. É um dos princípios fundamentais do SUS e uma importante estratégia para garantir a participação da população no processo de descentralização e municipalização de saúde. Pode ser também definido como a capacidade que o cidadão tem de intervir na gestão pública, assim como orientar as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade pelo bem comum (CORREIA, 2000).

A participação seria entendida como espaço legitimado de confronto desses interesses contraditórios na perspectiva de que no resultado dos conflitos prevaleça o interesse da maioria da sociedade, através dos pactos que assegurem a equidade do sistema, ou seja, ela é tida como direito de cidadania, e a sua relação como o Estado visa o seu controle (ASSIS; VILLA, 2003).

A tendência desse mecanismo de participação é “a própria necessidade de institucionalização, entendida como o processo de inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade” (CARVALHO, 1995, p. 26).

Um espaço da participação cidadã institucionalizada corresponde à atuação do usuário nos Conselhos de Saúde em suas várias modalidades de organização: Conselhos Estaduais, Municipais e Locais, Conselho Nacional de Saúde e as Conferências de Saúde, regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.142 de 1990 e por Resoluções do CNS, a exemplo da Resolução nº 333/2003 (ACIOLE, 2003; CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Esse processo pela conquista de instâncias colegiadas, nos diversos níveis de governo foi preenchido pelas entidades representativas da sociedade organizada e tiveram papel definitivo no acesso da população nos processos decisórios concernentes à saúde, não obstante, compreendemos, como assinala Carvalho (1995), que apenas a existência das Conferências e dos Conselhos de Saúde não garante a equidade e a igualdade de oportunidades de acesso às decisões, nem mesmo é capaz de diminuir as desigualdades nas reivindicações entre os diversos setores representados.

Desse modo, as associações de moradores, Ministério Público, ouvidoria e demais instâncias constituem a participação social não-institucionalizada, mas de reconhecida relevância por pressupor uma nova forma de atuação em saúde, através do estabelecimento de um processo dialogado entre gestores, usuários e trabalhadores de saúde² (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

Significa, portanto, a necessidade de um processo de articulação entre os atores sociais que apresentam olhares distintos sobre a realidade, são portadores de valores, costumes e interesses nem sempre convergentes, mas que, em alguns momentos, buscam alternativas de melhoria da qualidade da saúde da população (ASSIS; VILLA, 2003).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um dispositivo de reorientação do modelo assistencial e organização dos serviços em conformidade com os princípios do SUS, numa composição de equipe multiprofissional, representando as mudanças no processo de trabalho e nas práticas de saúde de modo que as ações de saúde sejam mais resolutivas e com maior envolvimento dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, estimulando-os ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania (NERY, 2006).

A proposta da ESF prevê a participação da comunidade em parceria com a equipe de saúde da família na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2001). Para tanto, se constitui de uma estratégia importante de conscientização dos usuários de forma que possam tomar a iniciativa como sujeitos ativos, capazes de elaborar projetos de desenvolvimento tanto a nível intelectual como a nível coletivo.

Configura-se como nova concepção de trabalho, a partir dessa nova forma modelagem de vínculo entre os membros da equipe e deles com as famílias da comunidade, fortalecendo-as e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades. Contudo, não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à efetivação de novas práticas, sem que

²**Trabalhadores de Saúde** – São todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para desempenho de funções atinentes ao setor (PAIM, 1994, p. 5).

concomitantemente, se invista numa política de formação e capacitação permanente dos recursos humanos.

Segundo Arantes et al. (2007, p. 471) “a falta de compreensão dos princípios que norteiam o SUS, por parte dos usuários e dos trabalhadores de saúde, tem se constituído em entrave à sua implantação efetiva”. Dessa forma, um sujeito fundamental para a construção e viabilização das mudanças necessárias nas práticas de saúde é o trabalhador de saúde e, como tal, necessita compreender os princípios que regem o sistema de saúde em que estão inseridos.

Sendo assim, concordamos com Wendhausen (2002, p. 298), quando afirma que a mobilização das comunidades em relação à participação “pode ocorrer de modo natural [...], mas pode, também, ser provocada por profissionais comprometidos com a qualidade de vida das pessoas [...]”.

Em contrapartida, segundo Campos e Wendhausen (2007) a ação dos trabalhadores de saúde pode dificultar a participação, pois muitas vezes estes não apresentam o perfil e a qualificação adequados às exigências da Saúde da Família, nem as competências necessárias para estimular a participação.

Na prática, encontramos trabalhadores que não se identificam com os princípios do SUS e com os pressupostos da ESF, além de não percebermos a existência de uma política de capacitação por parte do gestor para que este trabalhador exerça sua função.

Ao considerarmos a complexidade que envolve o processo de trabalho, não podemos deixar de refletir sobre as condições laborais vivenciadas por estes trabalhadores, bem como a sua principal força motriz, o desejo. Este se “forma em nível inconsciente e constitui-se das subjetividades, que no plano social torna os sujeitos os protagonistas por excelência de processos de mudança”. Assim, o trabalhador de saúde é, ao mesmo tempo, produtor e produto das suas práticas (FRANCO et al., 2009, p. 24).

Na visão de processo de trabalho evidenciada no campo da micropolítica³ o encontro dos diversos interesses, sejam eles específicos ou singulares, produz tensões que geram necessariamente pactos para o bom funcionamento de uma equipe de saúde (FRANCO et al., 2009). Com isso, essas variantes subjetivas,

³ Entendida como o “agir cotidiano” dos trabalhadores no próprio ambiente de trabalho, ou seja, o movimento constante de cruzamento de relações, ações, encontro de subjetividades na cena de produção (FRANCO et al., 2009).

desejo e interesses, afetarão no ambiente de produção e a ação de cada trabalhador e usuário.

Diante do exposto a motivação para estudar esse tema existe desde o momento em que iniciei a vida profissional trabalhando no ano de 2001 em um município de pequeno porte com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quando me deparei com pessoas pouco informadas sobre seus direitos e deveres em relação à saúde, além de perceber um vínculo precário entre os usuários dos serviços e os trabalhadores de saúde. Não havia uma participação da população nos espaços organizacionais comunitários, seja em Associações ou no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Nesse período o SUS iniciava a consolidação de seus princípios estabelecidos pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, ampliando significativamente suas diretrizes organizacionais, a exemplo do incentivo à participação da população e exercício do controle social que foi o foco de mobilização desse trabalho. Era também um momento de ampliação da Estratégia Saúde da Família para todo o país.

A atenção básica, entendida como a oferta de serviços de saúde garantida no primeiro nível de assistência continuava seu processo de amadurecimento cujo arcabouço jurídico responsável pelo seu fortalecimento foi evoluindo com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96), e posteriormente com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002). Esse momento privilegiado do SUS encontrava limitações para conter as contradições presentes em nossa sociedade no que se refere ao acesso universal e igualitário do sistema.

A experiência do PACS proporcionou-me maior envolvimento com a comunidade e entendimento da necessidade de mudança do paradigma de atenção à saúde, considerando a hegemonia no sistema de saúde brasileiro do modelo assistencial médico-privatista em contraste com o modelo de atenção voltado para a promoção à saúde almejada.

Posteriormente, tive a oportunidade de vivenciar o processo de trabalho em saúde numa equipe de saúde da família, compreendendo a organização do atendimento à população a partir de demandas que quase sempre eram reprimidas pela insuficiência de recursos humanos e materiais. A ESF foi o cenário de ampliação da atenção básica, na medida em que visava ações de promoção,

prevenção e reabilitação da saúde, além de contribuir com o processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

Com a vivência que obtive na Unidade de Saúde da Família (USF) em que colaborei com a implantação do Conselho Local de Saúde (CLS), e diante das dificuldades que encontrei em mobilizar a comunidade na participação nas reuniões desse Conselho, na organização e gestão do serviço, e no apoio incipiente que tive do gestor municipal, instigou-me o interesse em conhecer como o controle social estava se efetivando nas demais equipes de saúde da família.

Particpei das Conferências Municipais de Saúde e das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, sempre incentivando o envolvimento da população nestes mecanismos formais de participação social que foram conquistados com luta pela sociedade civil organizada.

Assim, pautados no pensamento de que os trabalhadores e os usuários precisam ampliar o conhecimento sobre os princípios que regem o SUS buscamos, com este estudo, investigar a concepção dos trabalhadores de saúde e dos usuários sobre controle social e as ações desenvolvidas por estes trabalhadores para o desenvolvimento de práticas que auxiliassem na efetividade do processo de construção do Sistema Único de Saúde, na medida em que suas diretrizes apontam para a importância da participação da comunidade na formulação e fiscalização das políticas públicas.

Dessa forma, delimitamos como objeto de estudo o controle social na Estratégia Saúde da Família e as seguintes **questões norteadoras**:

- Qual a concepção dos usuários e dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre o controle social do município de Jequié-BA?
- Quais as ações de controle social realizadas pelos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Jequié-BA?
- Quais as facilidades e/ou dificuldades encontradas pelos trabalhadores de saúde da Estratégia de Saúde da Família em realizar as ações de controle social?

Diante do exposto, elaboramos os seguintes **objetivos**:

- **Objetivo Geral:** Analisar as concepções e ações de controle social dos usuários e dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Jequié-BA.
- **Objetivos Específicos:**
 - Conhecer as concepções dos usuários e dos trabalhadores de saúde da ESF do município de Jequié-BA sobre o controle social;
 - Descrever as ações de controle social desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde da ESF do município de Jequié-BA;
 - Identificar facilidades e/ou dificuldades encontradas pelos trabalhadores de saúde da ESF do município de Jequié-BA em realizar as ações de controle social.

Esta pesquisa teve como propósito contribuir com a produção de conhecimentos, no sentido de ajudar a superar algumas limitações no campo da prática dentre elas, a inativação dos CLS e ausência de reuniões com a comunidade, diante à possibilidade de um debate entre os atores sociais sobre a participação da população no processo de consolidação do SUS, através da ativação dos Conselhos Locais de Saúde numa perspectiva de construção coletiva do saber-fazer saúde e na efetivação do controle social.

No sentido de operacionalizar este estudo elaboramos o seguinte **pressuposto teórico**:

O Controle Social em saúde constitui-se importante estratégia de fortalecimento do SUS através da participação do usuário enquanto corresponsável pela organização, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde. No entanto, existem limitações no que tange à concepção dos trabalhadores da equipe de saúde da família no município de Jequié-BA e dos usuários sobre o controle social por apresentar o entendimento deste princípio como o controle do Estado sobre os cidadãos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Controle Social, enquanto expressão política da defesa do SUS, é visceralmente comprometido com as lutas sociais mais avançadas e críticas de nossa sociedade.

Clair Coelho Castilho

2.1 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E DA REFORMA SANITÁRIA

As relações Estado-Sociedade no campo da saúde podem ser discutidas sob diversos olhares. Interessa-nos aqui resgatar uma breve trajetória sobre os movimentos sociais que influenciaram a evolução das políticas de saúde no Brasil e a culminância da Reforma Sanitária, com destaque nas mudanças ocorridas a partir da inserção de novos sujeitos coletivos que entraram em cena e os novos lugares políticos de expressão.

Durante a década de 1970 e 1980, num período caracterizado pela transição do autoritarismo do regime militar para o processo de fortalecimento da democratização, ocorreu a institucionalização da relação Estado-Sociedade com a participação da sociedade organizada, por meio do controle social na deliberação e gestão das políticas públicas de saúde do país (BRASIL, 2006f).

Do ponto de vista político, o controle social apresenta significados ambíguos, podendo ser concebido em diferentes sentidos a partir da concepção de Estado e sociedade civil. Pode estar relacionado ao controle do Estado exercido sobre os cidadãos ou pode ser usado para designar o controle dos cidadãos sobre as ações do Estado.

Na perspectiva do Estado como um instrumento de controle sobre a sociedade o conceito de sociedade civil é sinônimo de uma sociedade política contestada ao estado de natureza, em que o Estado é a instância de preservação da sociedade na forma de “contrato social”. Entretanto, Hobbes, Locke e Rousseau, pensadores expoentes do contratualismo moderno, apresentam concepções diferentes em relação à concepção de contrato social que funda o Estado (CORREIA, 2000).

Para Hobbes, o Estado possui poder absoluto sobre os membros que constituem a sociedade, tendo-os como seus súditos voluntários na finalização da disputa entre eles e na garantia da segurança e da posse da propriedade. Pois, para ele a natureza humana é marcada por características de competição, desconfiança e reconhecimento, cabendo ao Estado garantir que os homens não se destruam (CAMPOS, 2004; CORREIA, 2000).

Locke percebe o poder do Estado limitado à garantia dos direitos naturais à vida, à liberdade e a propriedade. Para este filósofo, o governo não é absoluto, mas

uma espécie de custódia estabelecida por indivíduos que se juntaram para formar uma sociedade, com o dever de manter a ordem e a defesa da propriedade. Dessa forma, fica evidente o início da inversão da concepção do controle social quando consideramos uma possibilidade ínfima de controle do cidadão sobre o governo (CAMPOS, 2004; CORREIA, 2000).

Na obra de Rousseau, “o contrato social perpassa a ideia do poder pertencente ao povo e/ou sob seu controle” na defesa de um governo republicano com legitimidade (CORREIA, 2000, p. 67). Na perspectiva desse pensador o controle social é relativo à autoridade soberana, ou seja, é o controle da população sobre o Estado, aproximando-se da concepção mais utilizada atualmente.

Assim, a concepção de controle social transitou de um paradigma de controle repressivo, na direção do Estado para a sociedade para outro referencial que se propõe como controle paritário, entendido como a articulação de uma relação política entre Estado e sociedade. Dentro dessa nova vertente os interesses divergentes de ambas as partes são expressos, os embates e as propostas são aceitos como exercício dos direitos conquistados (BRASIL, 2006f).

Esse processo de transição, marcado por avanços e recuos, teve o respaldo dos movimentos sociais⁴ que, na área da saúde, também visavam um novo paradigma e uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. Nesse sentido, segundo Navas (2008), os movimentos sociais construíram suas próprias histórias e deram a elas um sentido de transformação social, com a ideia de que somente através da luta organizada da população os direitos de cidadania seriam conquistados.

No Brasil, os Movimentos Sociais emergiram na década de 70, “articulados por grupos de oposição ao então regime militar, especialmente pelos movimentos de base cristãos, sob a inspiração da Teoria da Libertação” (GOHN, 2003, p. 19). A Teoria da Libertação, ao adotar os ideais Marxistas, conferiu um papel político à igreja e possibilitou o florescimento das Comunidades Eclesiais de Base.

Os movimentos sociais, cientes de suas necessidades e envoltos por um espírito de solidariedade, buscaram formas de enfrentamento num período de

⁴ Consideramos a abordagem de Gohn (2003) que concebe os movimentos sociais como as diversas formas dos indivíduos se organizarem e expressarem suas necessidades, seja de forma direta, com mobilização, ou ocupando espaços legítimos de participação e formulação de políticas públicas.

regime autoritário em que o governo assumia uma postura de defesa dos interesses nacionais e destituía o direito da população de reclamar por melhores condições de vida. Com isso, esses movimentos iriam dar um novo rumo às reivindicações políticas em direção a um estado democrático, e a participação popular nos governos locais.

Os espaços públicos se fecham para o debate político e o reconhecimento da legitimidade de interesses diversos e agentes diversos. Os conflitos existentes são ofuscados quando não reprimidos, e as ações coletivas aparecem sob o signo da desordem e do perigo. Na medida em que a política assume a forma de uma racionalidade tecnocrática, isenta de paixões e interesses, acima de partidarismos e fruto da competência dos que exercem, o público se dissolve com o alheamento dos indivíduos na esfera privada (SADER, 1988, p.115).

Diante da realidade de um governo autoritário, a discussão das questões políticas e socioeconômicas foi transferida para o âmbito não Estatal, seja nos grupos de esquerda marxista, na Igreja Católica, na forma de ação social e nos Sindicatos. Segundo, Sader (1988) esses grupos buscaram construir uma matriz discursiva com o interesse de resgatar e conseguir novos públicos.

Num cenário que traduzia a crise sanitária num período intitulado “milagre econômico”, em que era muito dificultoso o acesso aos serviços de saúde e as pessoas eram acometidas por doenças infectocontagiosas atreladas às questões de ordem financeiras e sociais, há um crescimento dos Movimentos Populares de Saúde (MOPS) urbanos decorrentes das lutas pela igualdade de acesso ao espaço urbano e aos bens e serviços públicos. Esses movimentos agregavam diversos segmentos heterogêneos da população, com ausência dos partidos políticos (CARVALHO, 1995; COSTA, 1988; PAIM, 2007).

Os MOPS representaram a reivindicação dos indivíduos excluídos que “explicitaram a constituição de um coletivo mobilizado” (JACOBI, 1989, p. 15). No decorrer do tempo os discursos se mesclaram e surgiram movimentos plurais constituídos por trabalhadores, donas de casa, favelados. Assim, os atores passivos transformaram-se em sujeitos ativos firmados num processo participativo que exigia mudanças nas relações de poder e que denunciam a forma de atenção à saúde estabelecida de maneira medicalizante, curativa e excludente.

Sader (1988) retrata o ocorrido a partir do Movimento de Saúde da Periferia Leste de São Paulo, que era composto por donas de casa, igreja católica e

sanitarista em busca de soluções para os problemas que acometiam a população daquele território. As soluções apontavam para a necessidade de um modelo de saúde que fosse participativo, conforme a realidade do território.

Foi dessa forma que surgiram as primeiras comissões de saúde, que se consolidaram em conselhos populares com o objetivo de fiscalizar e controlar o funcionamento das unidades de saúde. E, por intermédio da pressão exercida pelos movimentos sociais e da sociedade civil organizada, foram surgindo novos espaços políticos, na busca da construção e exercício de um controle que direcionasse o Estado na definição de políticas públicas com práticas participativas associadas a uma mudança qualitativa na gestão que reflitam as reais necessidades e anseios da sociedade.

Com isso, a relação entre Estado e Sociedade vai se modificando: o Estado começa a reconhecer os movimentos como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas e os movimentos sociais aceitam negociar com o Estado por meio da política pública (CORREIA, 2005).

A luta dos profissionais liberais, sindicalistas, professores e demais envolvidos na busca pela democratização do país e melhoria da saúde pública brasileira consolidou-se num movimento sanitaria com forte conotação de democracia participativa⁵. Sendo assim, a partir desse ponto apresentaremos as diversas vertentes que nortearam as iniciativas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e as mudanças que foram ocorrendo com a consolidação dos seus ideais.

As Conferências de Saúde foram instituídas em 1937 como mecanismos do governo federal, sob a liderança de Getúlio Vargas, no intuito de articular e conhecer as ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Foram estabelecidas pela Lei nº 378, de 13/01/1937 e eram espaços estritamente intergovernamentais, em que participavam as autoridades do Ministério da Educação e Saúde, antes da criação do Ministério da Saúde. A participação da população nesses eventos sucedia de forma incipiente (BRASIL, 2006f).

Contudo, somente após quatro anos da instituição da lei 378/ 1937, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), convocada em 1941, ainda no governo de Getúlio Vargas numa visão de caráter técnico e curativista. Este evento se destaca

⁵ **Democracia participativa** - é considerada como um modelo ou ideal de justificação do exercício do poder político pautado no debate público entre cidadãos livres e em condições iguais de participação (LÜCHMANN, 2002, p. 19).

na história do setor saúde brasileiro visto que deliberou a criação do Ministério da Saúde (MS) e permitiu que ocorressem mudanças das relações entre os estados, municípios e a União (BRASIL, 2009a).

Durante essa CNS definiu-se que as próximas ocorreriam anualmente ou de 2 em 2 anos, porém, por motivos diversos isso não foi possível e a 2ª CNS ocorreu somente em 1950. Nela estabeleceu-se a legislação referente à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes. Contudo, não há registros formais sobre a 2ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2009a).

Na década de 60, com o crescimento do setor industrial torna-se necessário a organização de um atendimento médico que atendesse a classe trabalhadora com o objetivo de manter a capacidade de produção. Vale ressaltar que a concepção de saúde era fundamentada na “teoria dos germes” que explicavam os problemas de saúde pela relação entre agente e hospedeiro. Sendo assim fazia-se necessário o controle de doenças transmissíveis que pudessem de alguma forma prejudicar o desempenho das exportações.

Baseado nesse modelo assistencial campanhista o Estado intervinha através da imunização compulsória da população em nome da saúde de todos e o controle social em saúde nessa época era visto como medidas sanitárias de controle do Estado sobre a sociedade (CARVALHO, 1995).

As ações de caráter preventivo eram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e as de caráter curativo pelo Sistema Previdenciário: primeiro pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) depois pelos: Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), atendendo apenas aos trabalhadores formais (CARVALHO, 1995).

A saúde e seu complexo assistencial-industrial-tecnológico não teve suas bases de sustentação modificadas e nem se articulou como um projeto de cidadania universal. Encontrava-se na continuidade de “um modelo fragmentado e desigual de incorporação social em estratos de acesso, privilegiando interesses econômico-corporativos do empresariado atuante na área”, que estavam em crescimento nesse período. Os serviços médicos concretizaram uma desigualdade em três níveis: “o setor privado para os ricos, os planos de saúde para grupo seletivo de assalariados e

classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência” (FALEIROS, 1995, p.16).

Nesse contexto, em 1963, ainda no período democrático, aconteceu a 3ª CNS convocada pelo Ministro da Saúde da época, Wilson Fadul, um defensor da municipalização da saúde. O tema da Conferência foi “A municipalização dos Serviços de Saúde”, sendo considerada um antecedente da reforma sanitária e do SUS por elaborar a primeira proposta efetiva de descentralização na área da saúde, com nova divisão de atribuições de responsabilidades nas três esferas de governo (BRASIL, 2002; 2009a).

A 4ª Conferência ocorreu em 1967, numa conjuntura política modificada com a instauração da ditadura, no governo do presidente Arthur da Costa e Silva. Apresentou como tema central “A questão dos recursos humanos”, envolvendo a discussão da necessidade de ampliação e qualificação dos recursos humanos que atendessem às demandas de saúde do país. Foi um evento burocrático e frequentado somente por dirigentes de órgãos de saúde. Evidenciou-se por ter sido a primeira vez nas conferências de saúde no Brasil que se debateu a questão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006f).

A 5ª CNS foi realizada em 1975, dirigida por João Yunes, ainda no período da ditadura militar, mas sob o comando do General Ernesto Geisel, com tema central “Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização”, tendo início as discussões da Reforma Sanitária. Houve uma maior abertura com a participação de professores de Medicina Preventiva e militantes. Nela foi editada a Lei nº 6.229, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde e discutiu-se sobre o Programa de Saúde Materno-Infantil, a relação “saúde-previdência”, além da promoção do controle das grandes endemias que deveria ser realizada pela Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2006f).

Nesse mesmo ano ocorre a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), um acontecimento marcante para a Reforma Sanitária, havendo uma adesão de sindicalistas de várias categorias, parlamentares, movimentos comunitários e associativos, na luta pela democratização da sociedade e melhoria da saúde pública brasileira. Segundo Rodriguez Neto (1988, p. 34), “o CEBES foi importante como instância crítica, de politização e divulgação no processo de reorganização da Medicina Preventiva”.

Diante das inquietudes em relação ao sistema de saúde, ocorre a 6ª Conferência de Saúde, em 1977, no final do Governo de Ernesto Geisel, com temores ainda de silêncio aos anseios populares. O tema central foi “Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde”. As discussões foram pautadas nas “redes de saúde” conforme entrevista de Guedes apresentada no documento do Ministério da Saúde sobre as histórias da Reforma Sanitária:

A discussão que tivemos naquele momento era se queríamos ter uma única rede de saúde no país ou uma rede dupla. No documento que o Ministério da Saúde apresenta, o único avanço que se consegue, dadas as circunstâncias do momento, é propor uma dupla rede – uma rede chamada médico-sanitária, de grande extensão de cobertura e de baixa complexidade tecnológica e uma rede chamada médico-hospitalar, de pequena extensão de cobertura. Esta seria comandada pela Previdência e a outra pelo Ministério da Saúde, ligada aos estados. Esse documento não foi aceito pelo plenário que queria uma única rede, mas o momento não permitia. A saída do Ministério da Saúde foi dizer que a decisão final seria tomada quando os estados contribuíssem para a discussão. [...] naquele momento, nós já nos considerávamos Partido Sanitário (BRASIL, 2006f, p. 65).

Destacamos que esse foi um período em que o Brasil viveu sob intensa repressão política militar, o que fez com que muitas discussões sobre a instituição de um sistema de saúde unificado ficassem ocultas, pois havia pouca liberdade, com ausência da democracia.

Contudo, mesmo com as dificuldades impostas pelo regime ditatorial na década de 70, o país vivenciou avanços na área de “medicina comunitária”, com a implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas Universidades, criação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) e do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste. Essas experiências sofreram forte influência das ações que eram desenvolvidas nos centros comunitários de saúde norte-americanos (BRASIL, 2006f).

A partir daí, utiliza-se o termo “participação comunitária” que advém de “comunidade” e refere-se a um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo ambiente, em condições sociais e culturais homogêneas, predisposta à solidariedade coletiva e ao trabalho voluntário. Este termo surgiu em Alma-Ata e começou a ser utilizado nos Estados Unidos com a política Keynesiana de Kennedy e Johnson. Manteve-se a ideia da população como alvo dos cuidados de saúde, mas

agregou-se a ideia de que, sem a sua colaboração, ficaria comprometida a efetividade das ações (CARVALHO, 1995).

Com a crise econômica e política no final da década de 1970, setores ligados à saúde começaram a criticar abertamente o modelo de saúde vigente e propor mudanças. Com isso, o movimento da Reforma Sanitária configura-se num movimento articulado em torno de princípios e objetivos comuns de luta nas várias frentes, deixando de ser uma reação pontual contra as ações conservadoras que o governo ditador adotava contra a saúde da população (BRASIL, 2006f).

Nesse contexto, em 1979, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela comissão da Câmara dos Deputados em meio a repressão da ditadura, adiciona um crescimento à identidade do movimento sanitário.

Neste simpósio foi apresentada a plataforma programática do movimento sanitário e do Sistema Único de Saúde, alcançando adesão de parlamentares e sindicalistas, dando início a uma trajetória que culminaria com a inscrição destas propostas na Constituição Federal de 1988, como podemos observar a seguir:

1. o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde.
2. o reconhecimento do caráter sócio-econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis.
3. o reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população.
4. o reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação das condições supra mencionadas (CEBES, 1980, p.11).

Algumas medidas concretas foram enunciadas a fim de viabilizar tais propostas: a gratuidade da atenção médica, atribuição ao Estado da responsabilização de coordenar a planificação e execução de uma política nacional de saúde, descentralização do sistema de saúde que garanta maior controle social e participação política, pela regulação da prática médica privada, pela definição de uma estratégia de produção e distribuição de medicamentos (CEBES, 1980).

A partir dos debates ocorridos nesse simpósio houve a aprovação do documento a *Questão Democrática na Área da Saúde*, apresentado pela diretoria nacional do CEBES, com base em trabalho elaborado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ, que se transformou em documento fundamental para as discussões futuras referentes aos princípios do SUS (CEBES, 1980).

E, sob a influência de Alma-Ata⁶, em 1980, ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde com discussões voltadas para a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que em seus objetivos contemplavam a atenção primária à saúde. Porém, sofreu muitas pressões políticas e não saiu do papel. Além disso, essa CNS tratou sobre os serviços de saúde nas universidades federais e da articulação dos serviços básicos de saúde com os serviços especializados (BRASIL, 2006f).

Neste contexto, intitula-se a participação da população como “participação popular”. Esta ainda é vista no sentido de combate ao Estado e representa a crítica pela omissão do sistema dominante em oferecer alternativas que visem a superação das práticas políticas vigente. Segundo Carvalho (1995, p. 91) “a categoria comunidade é substituída pela categoria povo, entendida como a parcela da população excluída do acesso aos bens e serviços”.

Em 1981, com agravamento da crise financeira e político-institucional, foi criado pelo governo o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), ligado ao INAMPS, com medidas racionalizadoras e proposta de reversão gradual do modelo médico-assistencial.

Diante disso, em 1982, o governo modificou a forma de pagamento do setor privado contratado que antes ocorria por produção total, onde as fraudes ocorriam frequentemente, e introduziu o pagamento por procedimentos de acordo com valores preestabelecidos pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH), via a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e passou a celebrar convênios com os Estados e Municípios, com respectivos repasses de recursos financeiros (CARVALHO, 1995; BRASIL, 2006f).

⁶ Alma-Ata - Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, capital da República do Cazaquistão. Em seu relatório, ficou claro que “os cuidados primários são os principais meios para se alcançar, em todo o mundo, um nível aceitável de saúde num futuro previsível, e que este nível de saúde precisa fazer parte do desenvolvimento social e estar baseado no espírito de justiça” (OMS/UNICEF, 1978).

Atrelados aos projetos do CONASP ocorreu, em 1984, a integração do setor público com a implementação da política de Ações Integradas à Saúde (AIS), que se operacionalizou através de convênios trilaterais entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Ministérios da Educação e Saúde. Foram criados órgãos colegiados de planejamento e gestão: a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), e as Comissões Interinstitucionais Locais e/ou Municipais de Saúde (CLIS ou CIMS) (BRASIL, 1984; CARVALHO, 1995).

Estas comissões foram instituídas nos diversos níveis federais com a participação de gestores, prestadores públicos e privados, profissionais e usuários, e emergiram de uma lógica racionalizadora da gestão do Estado, porém foram se multiplicando com muita rapidez em todo o país e se moldando aos princípios e ações democratizantes do movimento sanitário, transformando-se em um marco inaugural da institucionalização da participação. Assim, destacamos a inclusão da população na expressão de suas necessidades e interesses dando um novo sentido à ideia de controle social.

Nessa trajetória, o papel da sociedade civil organizada evidencia-se pela necessidade de assegurar o direito de gerir e controlar as ações do Estado. Daí emerge a ampliação do conceito de participação, mais comumente utilizada, que é a “participação social” (CARVALHO, 1995).

Em meio ao embate existente entre a sociedade e o Estado em torno das políticas de saúde, em 1985, ocorria “a transição do regime militar para a democracia formal” marcada pela luta das eleições diretas e conquista da instauração de um governo civil, intitulada de “Nova República”. Com a atenuação dos mecanismos repressivos amplia-se a mobilização popular possibilitando maior abrangência do movimento sanitário e incorporação de propostas reformistas. No ano seguinte instala-se uma Assembleia Nacional Constituinte com os próprios congressistas eleitos (BRASIL, 2006f).

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se tornou um marco na história da saúde do país. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, com a participação efetiva das instituições que atuam no setor, assim como daquelas que representam a sociedade civil, os profissionais liberais e partidos políticos. Esse evento foi precedido de mobilizações das pré-conferências

ocorridas em todo o país. Ocorreu sem a participação do setor privado, porém com uma expressiva representação dos usuários (BRASIL, 1986, 2006f).

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995, p. 53).

O temário dessa Conferência sugeria três questões categóricas: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento setorial”. As propostas foram submetidas à discussão pelas diversas representações da sociedade civil, das instituições oficiais e dos partidos políticos encontrando diferentes percepções e alternativas (BRASIL, 2009a).

Assim, optou-se pela discussão das diretrizes da política de saúde nacional, que orientasse, na continuidade do debate, as discussões sobre os temas específicos, enfatizando a implementação da política setorial proposta naquelas ações que lhe são próprias.

O comparecimento do Presidente José Sarney e de demais políticos como Carlos Santana (Ministro da Saúde), Waldir Pires (Ministro da Previdência), Almir Pazzianotto (Ministro do Trabalho) e Ulisses Guimarães (Presidente do PMDB e posteriormente da Constituinte) conferiu ao evento inquestionável legitimidade política.

Singular na história das políticas públicas do país, esse evento marca o início do exercício, na arena estatal e em larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil no processo de concertação de interesses e pactuação de políticas em saúde (CARVALHO, 1995, p. 51).

Resultaram da 8ª CNS as seguintes diretrizes referentes à participação (BRASIL, 1986, p. 17-18):

- a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;

- a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época;
- a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao conselho seria conferido atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações;
- a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde. Também se alerta para a garantia de eleição das direções das unidades de saúde pelos seus trabalhadores, bem como por sua comunidade usuária.

Dentro das propostas apresentadas no relatório dessa conferência surgiu um conceito ampliado de saúde, como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos, além da formulação de um modelo de saúde voltado às necessidades da população, resgatando o compromisso do estado e consolidando os direitos da cidadania:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986, p. 4).

O relatório final da 8ª CNS também definiu as diretrizes e princípios políticos da Reforma Sanitária Brasileira, iniciando o processo de implantação do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a municipalização do sistema de saúde, dentro de um processo de transformação político-social (BRASIL, 1986).

Ainda no ano de 1986 a ABRASCO assumiu uma função relevante no processo de incremento das deliberações da 8ª Conferência Nacional de saúde quando convocou, em Setembro do mesmo ano, o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro, que reuniu cerca de 2.000 profissionais da saúde. Esse evento “reafirma os princípios da 8ª CNS e alerta para a necessidade de mobilização social e vigilância em defesa da Reforma Sanitária” (BRASIL, 2006f, p. 106).

Na sequência, em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), conforme Decreto nº 94.657/87 que propiciou o suporte legal de repasse de recursos financeiros, humanos e patrimoniais, para os estados e municípios, dando suporte para o advento do comando unificado e descentralizado

(CARVALHO, 1995). O SUDS reafirmava ainda o princípio da participação através da obrigatoriedade das comissões interinstitucionais, com a recomendação de criação de conselhos de saúde, porém não estipulou a composição e atribuição destes.

Assim, as iniciativas das AIS, a criação do SUDS e as discussões promovidas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde serviram de subsídios norteadores para a culminância e legitimação do SUS na Constituição Federal de 1988 nos artigos 196, 197 e 198.

Dentro das transformações ocorridas no setor saúde do país, as conferências de saúde passam a acontecer de forma a conduzir e operacionalizar as mudanças necessárias para a inversão de modelos assistenciais e implementação da política do Sistema Único de Saúde.

A 9ª Conferência ocorreu em 1992, em meio à turbulência do governo Collor, com o tema “A municipalização é o caminho”. Constituiu-se um marco pela sua importância na definição de políticas e no processo de descentralização por apresentar seus princípios formalizados com a aprovação da Norma Operacional Básica 01/93, reafirmando a defesa dos avanços e conquistas jurídicas e institucionais (BRASIL, 2009a).

A partir dessa conferência as administrações que se seguiram no Ministério da Saúde atuaram na mesma direção, formulando soluções e adotando providências sobre gestão municipal, criação de comissões intergestores bipartite, em nível estadual, e tripartite, em nível federal.

Em seu relatório final, destaca-se a ousadia de cumprir a lei, quando a Carta da 9ª CNS reafirma o SUS e decide pelo impeachment do Presidente Fernando Collor que reforçado pela mobilização da sociedade civil concretiza-se, em 29 de setembro de 1992. E, referente ao controle social, enfatiza a democratização e a determinação de que os Conselhos de Saúde deveriam constituir foros poderosos e autônomos de deliberação, decisão e controle social no âmbito do SUS a partir da Resolução nº 33/1992 (BRASIL, 2006f, BRASIL, 2009a).

Esse momento foi fundamental para a reflexão sobre os avanços e entraves da reforma sanitária e também estabeleceu um passo importante para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Foi ainda uma oportunidade de participação da sociedade brasileira como forma de fortalecer a prática democrática.

A partir da Lei nº 8.689, de 27/07/1993, no governo de Itamar Franco ocorre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com a transferência das ações de saúde para estados e municípios em conformidade com a Comissão de Seguridade Social, sem a demissão dos 96.000 funcionários do órgão. Há ainda a criação de um Sistema Nacional de Auditoria (BRASIL, 2006f).

A 10ª Conferência foi realizada em 1996, com o tema: “SUS construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Discutiram-se questões que envolviam cidadania, políticas públicas, o financiamento da saúde, o modelo assistencial e o controle social. Sob sua influência ocorreu a aprovação a Norma Operacional Básica 01/96, a qual recomendou a adoção do Cartão-SUS municipal, de forma a agregá-lo ao sistema nacional, à época em discussão para regulamentação (BRASIL, 2009a).

Sua implementação estaria vinculada à gestão e a um conjunto bem-definido de serviços, cujas atividades devem cobrir, integralmente, toda a atenção à saúde do cidadão, conforme os princípios constitucionais. Contudo, esse dispositivo ainda não foi assumido integralmente como a ferramenta de gestão do sistema que propunha tornar-se, tendo sido realizado apenas em alguns municípios como “piloto” (BRASIL, 2006f).

Diante disso, a coordenação da plenária considera que após a 10ª CNS houve “um revigoramento da mobilização e o fortalecimento do Movimento em Defesa da Saúde e pela Implementação do SUS”, enfatizando os debates promovidos por entidades da área da saúde e o Encontro Nacional dos Conselheiros, em novembro de 1996 (BRASIL, 2006f, p. 228).

Em 2000, ocorreu a 11ª Conferência de Saúde com o tema: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, que destacou o processo de implementação do SUS com as dificuldades e propostas para sua efetivação, afirmando que a consolidação do SUS só é possível com o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2009a).

Nesse mesmo ano ocorreu a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000, que estabeleceu mecanismos de financiamento da saúde, com vinculação orçamentária para a área e correção dos valores de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), conforme Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde, de 08/05/2003.

Em 2003, já no governo Lula, criou-se a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP) que propõe sintonizar-se com os anseios de consolidação do processo participativo instituído. O objetivo da SEGEP é estimular e ampliar a participação da sociedade na implementação e consolidação do SUS por meio das seguintes atribuições:

O fortalecimento da participação social e dos conselhos de saúde; a realização das conferências de saúde e das plenárias de conselhos de saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde; o incentivo e apoio à educação permanente para o controle social; e o apoio às estratégias de mobilização social em saúde (BRASIL, 2006f, p. 228).

Concernente à esse desafio implica-se a estrutura necessária do Estado brasileiro para a ampla mobilização na construção de um processo de gestão estratégica e participativa, seja na execução das ações, gestão dos recursos ou nas ações de apoio ao controle social

Nesse mesmo ano aconteceu a 12ª Conferência Nacional de Saúde, num momento de relevância para a saúde pública do Brasil, com o tema “Saúde um direito de todos e dever do Estado: a Saúde que temos e o SUS que queremos”. Foi antecipada em um ano - inicialmente estava agendada para 2004 - pelo Ministro da Saúde, Humberto Costa, e pelo Secretário de Gestão Participativa, Sergio Arouca para que suas propostas norteassem as ações de governo no período de 2003-2007 (BRASIL, 2006f, 2009a).

Teve uma significativa participação da população em todas as etapas, ou seja, nas conferências municipais, estaduais e nacional, tendo como objetivo principal reafirmar o direito à saúde, os principais temas foram divididos em eixos temáticos: Direito à saúde; A seguridade social e a saúde; A intersetorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção à saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e a saúde; O financiamento da saúde; e Comunicação e informação em saúde (BRASIL, 2009a).

Em 2007, ocorreu a 13ª Conferência com o tema “Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e desenvolvimento”. Os delegados aprovaram a convocação da conferência baseada em discussões sobre três eixos temáticos, buscando possibilitar a melhor participação dos presentes sendo eles: Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século 21: Estado, sociedade e padrões de

desenvolvimento; Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e A participação na efetivação do direito humano à saúde (BRASIL, 2009a).

Foi considerada a maior e mais polêmica conferência de saúde de todos os tempos por ter conseguido envolver mais de 4.000 conferências municipais em todo o país, além da participação de pelo menos 1 milhão e 300 mil pessoas e 4 mil aguerridos delegados. Caracterizou-se pelo número elevado de propostas aprovadas, porém foi criticada pela existência de poucas discussões na plenária (DOMINGEZ et al., 2008).

Em meio a tantos temas apresentados dois deles obtiveram maior destaque nos debates da 13ª CNS: a rejeição da proposta de apoio a descriminalização do aborto e do projeto das fundações estatais, que nem sequer conseguiu chegar à discussão da plenária final. Essas propostas foram rejeitadas pelo grande número de religiosos que se encontravam no evento e pelos representantes dos trabalhadores. Foi coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Batista Júnior, representante dos usuários, e teve como secretário-geral Clóvis Adalberto Bouffleur, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) no CNS (BRASIL, 2009a).

A Conferência tratou ainda da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e continuidade da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), ficando explícita a diferença entre a visão do governo e dos participantes sobre a segunda questão. O tema despertou pequena atenção, no entanto, entre os conferencistas, foi objeto de apenas duas resoluções e três moções (BRASIL, 2009a, p. 45).

Assim, a 13ª Conferência Nacional de Saúde revelou ao mesmo tempo a “pluralidade crescente da sociedade e dos interesses nela presentes e o afastamento entre os gestores e o movimento sanitário tradicional, de um lado, e os órgãos de participação social e novos movimentos sociais” (BRASIL, 2009a, p. 48).

A próxima Conferência tem data prevista para acontecer no final de 2011 e pretende dar mais ênfase às conferências municipais. Dessa forma, esperamos que os organizadores desse evento futuro vençam o desafio de promover uma conferência em que a participação social ocorra em favor do fortalecimento do sistema público no Brasil.

2.2 ASPECTOS JURÍDICO-LEGAIS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

Destacamos a natureza destas conquistas na história do Brasil partindo da Constituição Federal de 1988 que avança no conceito de saúde, considerando-a como resultado de sobrevivência individual e coletiva e garantindo a responsabilidade do Estado na atenção às necessidades de saúde da população, enfatizando a importância que o meio social exerce no curso das doenças e o risco de adoecimento passa a ser associado à dificuldade de acesso da população aos bens e serviços essenciais: educação, moradia, lazer.

Para tanto, “requer a existência de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças, de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 133).

O SUS compreende o modelo vigente de política de saúde no Brasil, ao qual deve estar articulado o conjunto das ações governamentais no setor. Significa um importante avanço na luta por direitos de cidadania e representa um importante passo para o fortalecimento dos sistemas de administração locais e regionais, contribuindo para o aumento do controle local e para as mudanças no processo de trabalho.

Sendo assim, a origem do SUS articula-se aos pressupostos ideológicos do movimento da reforma sanitária caracterizando-se como uma política pública de saúde que tem como objetivo redefinir a lógica organizacional da rede de serviços organizando-os de forma hierarquizada e regionalizada, redistribuindo as responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo: municipal, estadual e nacional (BRASIL, 1994).

O Sistema Único de Saúde consiste em um novo modelo institucional com uma política baseada em ações de promoção à saúde, de vigilância epidemiológica e sanitária dirigidas à prevenção de danos e riscos, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção nos fatores determinantes.

Apresenta as mesmas doutrinas e filosofia de atuação em todo território nacional, e é organizado de acordo com a mesma sistemática a partir das diretrizes definidas no artigo 198 da Constituição Federal: a descentralização, a integralidade

e a **participação da comunidade** (grifo nosso). Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades da população brasileira (BRASIL, 1988).

Para que o SUS começasse a vigorar foi necessária a criação de uma legislação que regulamentasse esse processo de descentralização das ações e serviços de saúde do nível Federal para Estados e Municípios. Em relação à participação da comunidade no SUS foi instituída em 1990, através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 que trata da organização, da direção e da gestão do SUS; da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de Assistência à Saúde; da política de recursos humanos; do financiamento dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento (BRASIL, 1990a).

Porém, essa lei sofreu vetos por parte do Presidente Fernando Collor em relação à participação da comunidade e ao repasse de recursos demonstrando claramente a posição contra-hegemônica ao processo de democracia participativa construído no período de transição da ditadura à Nova República. Dessa maneira, a população ficaria prejudicada quanto aos seus direitos adquiridos com a nova Constituição e a luta dos movimentos sociais teria sido em vão.

No entanto, ocorreu uma mobilização popular em relação ao veto a tal ponto que foi criada uma segunda lei, a LOS nº 8.142/90 que tratou de regulamentar o direito à participação, anteriormente garantido pela Constituição, ao reconhecer esse direito pela criação da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Tais instâncias colegiadas de caráter decisório na formulação das políticas de saúde teriam em sua composição a representatividade legal da população através de seus instrumentos de organização, tendo sido definido seus critérios de funcionamento (BRASIL, 1990b).

Destacamos aqui dois incisos do segundo parágrafo do Art. 1º, da Lei nº 8.142/90 relacionados às instâncias colegiadas de representação popular (BRASIL, 1990b):

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Com o intuito de refletir acerca dos diversos “pontos de vista” da sociedade as Conferências e os Conselhos de Saúde devem ser constituídos por membros dos diversos seguimentos sociais, agrupados nas categorias de usuários e prestadores de serviços. A lei prevê paridade entre eles, com direito a voz e voto. Conforme a terceira diretriz da Resolução nº 333/2003 (BRASIL, 2003) que trata da organização dos Conselhos de Saúde fica mantida a proposta da Resolução nº 33/1992 do Conselho Nacional de Saúde e consoante as recomendações da X e XI Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- 50% de entidades de usuários;
- 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Ainda segundo a Resolução nº 333/2003, os usuários podem ser representados por associações comunitárias, organizações sociais, associações de portadores de problemas de saúde, organizações religiosas e outras. Entre os prestadores estão os que representam os trabalhadores de saúde, representantes dos setores privados e os gestores de saúde (BRASIL, 2003).

Segundo Carvalho e cols. (2001) para que exista uma melhor representação social é conveniente que a conferência municipal seja precedida por pré-conferências locais e regionais, e que os delegados (representantes) escolhidos por votação integrem a conferência municipal e estadual, e por sua vez a Conferência Nacional.

O Conselho Local de Saúde também é considerado um componente estratégico na participação social, por se constituir em um espaço potencial de deliberação e formulação de propostas para orientar as políticas de saúde, além do fato de que a comunidade tende a ficar mais próxima da dinâmica dos serviços de saúde da unidade e interage com as demais organizações do bairro. Porém, um dos

desafios é capacitar tanto as equipes de saúde como o usuário para poderem usufruir desses espaços conquistados com muita luta, superando assim a deficiência cultural de uma democracia representativa e não participativa (NOGUEIRA et al., 2008).

Contudo, mesmo com a edição dessas leis, ainda existiam dificuldades operacionais na execução das ações segundo a realidade de cada esfera de governo. Dessa forma, foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, que normatizam as formas de trabalho conjunto entre os três níveis de governo, visando aproximar os princípios legais às diferentes realidades locais. O Ministério da Saúde edita as NOBs que são reformuladas conforme a construção do SUS.

A NOB 01/91 foi a primeira Norma a ser editada e através dela o governo implementou o repasse de recursos aos Estados e municípios de acordo com a produção de serviços. Eram estabelecidos tetos financeiros e de cobertura para financiar a rede ambulatorial e hospitalar, através do pagamento a todos os provedores, fosse público ou privado, por procedimento realizado (BRASIL, 2006a).

Em 1992 foi editada a NOB 01/92, que pouco avançou em relação à descentralização e ao financiamento. Porém, em agosto desse mesmo ano ocorreu a 9ª Conferência Nacional de Saúde que serviu de embasamento para a edição de mais uma NOB (BRASIL, 2006a).

Assim, sob a influência da 9ª CNS foi divulgado o documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia de Cumprir e Fazer a Lei”, que após analisado por diversos atores sociais (gestores, instituições públicas e privadas, representantes populares e sindicais) recebeu uma nova versão e constituiu-se na Norma Operacional Básica 01/93 a qual estabeleceu os parâmetros para a descentralização do sistema de saúde, as responsabilidades e critérios de financiamento das ações nas três esferas de governo (LUCCHESI, 1996).

Definiu também que os Estados e municípios deveriam se habilitar em uma das três novas formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena, exigindo a existência de um Conselho Municipal de Saúde funcionando que teriam, entre outras atribuições, a prerrogativa de fiscalizar a aplicação desses recursos na rede de serviços do sistema municipal de saúde e ter instituído o Fundo Estadual/Municipal de Saúde como forma de tornar-se apto para receber os repasses da verba federal.

Cada uma dessas formas representava um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão (BRASIL, 2006a).

Os Estados e municípios habilitados na condição simplificada receberiam recursos através da transferência fundo a fundo e os demais que não estavam habilitados nessa forma de gestão, que representavam a maioria, receberiam recursos de acordo com um teto global de assistência ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2006a; MANSUR, 2001).

A NOB 01/96 foi editada com o objetivo de promover e consolidar o pleno exercício da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, com a consequente redefinição das responsabilidades da União, dos Estados e dos municípios, consolidando o princípio da descentralização do SUS (BRASIL, 2006a).

A partir da NOB/96 novos mecanismos de transferências governamentais foram apresentados exigindo a contrapartida dos governos estaduais e municipais. Foram criadas duas novas formas de gestão municipal, a saber: Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. A primeira forma de gestão responsabiliza o município pela assistência básica prestada em unidades próprias ou terceirizada e na segunda, o município ficaria responsável integralmente pelos serviços hospitalares e ambulatoriais com autonomia para decidir o valor dos procedimentos médicos (BRASIL, 2006a).

Com isso, novas regras para o financiamento das ações de saúde foram implementadas, evidenciando a preocupação da saúde com a atenção básica através da criação do Piso de Atenção Básica (PAB), que introduziu um critério de repasse para os municípios conforme a população, ou seja, per capita.

Ocorreu também um incentivo à reformulação de modelos assistenciais vigentes, iniciando a reorganização da atenção básica adotando como principal estratégia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a expansão do “Programa Saúde da Família” (PSF)⁷ com a intenção de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde, com vistas ao estabelecimento de vínculo, compromisso e

⁷ Utilizamos a terminologia no estudo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que é desta forma o entendimento hoje colocado pelo Ministério da Saúde, considerando a Saúde da Família como uma estratégia para a reorganização da atenção básica. Em determinados momentos nos referimos ao Programa de Saúde da Família (PSF), utilizando a terminologia presente nos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

responsabilidade entre trabalhadores de saúde e comunidade e fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

Diante da necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, o Ministério da Saúde aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece os critérios para o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão e atualiza os critérios de habilitação dos Estados e municípios (BRASIL, 2002a).

No ano seguinte, entra em vigor a NOAS-SUS 01/2002 reafirmando as necessidades da sua criação e dando ênfase à busca de maior equidade dos serviços para a população. Com sua edição ampliou-se o piso, que passou a ser denominado Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA), ofertando um elenco maior de procedimentos destinados à cobertura das ações básicas, de prevenção de doenças, assistência ambulatorial e das ações relacionadas às estratégias descentralizadoras como o PSF e o PACS (BRASIL, 2006a).

E, em 26 de janeiro de 2006, durante a reunião da Comissão Tripartite (Conselho das três esferas de governo: nacional, estadual e municipal) foi aprovado o documento publicado na Portaria nº 399/GM que contempla o Pacto pela Saúde firmado entre os três gestores com diretrizes que reforçam a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, além de **fortalecer espaços e mecanismos de controle social** (grifo nosso) e qualificar o acesso da população à atenção integral, entre outras ações.

Esse pacto foi implementado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão do SUS e Pacto em Defesa do SUS com o intuito de reformar aspectos institucionais vigentes. De acordo com Ministério da Saúde, com o Pacto pela Saúde:

[...] ocorre a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006c, p. 03).

O Pacto pela Vida estabelece compromissos de alcançar metas sanitárias entre os gestores do SUS, baseados em prioridades que causem um real impacto no

nível de vida das pessoas, alcançando a melhoria da qualidade de vida da população. São seis as prioridades pactuadas: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade materno-infantil; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006d, p. 17).

O Pacto em Defesa do SUS estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado e a sociedade civil a fim de consolidar a efetivação dos preceitos da Reforma Sanitária. Reforça ainda o compromisso das três instâncias de governo de fazer do SUS uma política de estado conforme Constituição Federal (BRASIL, 2006d, p. 26).

O Pacto de Gestão do SUS define as responsabilidades das secretarias de saúde municipais e estaduais, além do Ministério da Saúde, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria, participação e controle social, supondo que cada esfera de governo tenha seu papel melhor definido (BRASIL, 2006d, p. 17).

Neste mesmo ano de 2006, com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, a Secretaria de Gestão Participativa foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, passando a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

Destacamos que esta iniciativa pôde contribuir para o aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, ampliando seu comprometimento com a gestão participativa, uma vez que o crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS atrelada à progressiva descentralização de responsabilidades nas ações de saúde e nos repasses financeiros exige maior competência na gestão do sistema.

Nessa perspectiva, foi aprovada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS, e publicada a portaria 3.027 de novembro de 2007. Essa política foi fundamentada nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Saúde (PNS), além dos dispositivos legais que regulamentam o SUS e compreende os componentes: Gestão Participativa e Controle Social no SUS,

Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Ouvidoria e Auditoria do SUS (BRASIL, 2009b).

A Portaria nº 3.027/2007 orienta as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão do SUS, visando maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluam o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e avaliação, a ouvidoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

Considerando ainda a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão foi elaborada em 2006, pelo Ministério da Saúde, a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” que se apresenta como importante ferramenta de educação popular e controle social, pois esclarece aos usuários os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado, a saber:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2006g, p.3).

Dessa forma, entendemos que todo esse processo de regulamentação do sistema nacional de saúde, com seus recuos e avanços, foi modificando a realidade política e institucional do SUS, ampliando a necessidade de decretos e portarias que venham regulamentar a política de saúde brasileira num contexto atual.

Contudo, a existência de leis e a implantação de conselhos não garantem a efetivação do controle social. É necessário que o cidadão brasileiro esteja ciente dos seus direitos e deveres, e que haja empenho por parte dos profissionais e gestores em motivar a população e informar, além do investimento dos gestores em capacitando os trabalhadores de saúde para atuarem com compromisso.

2.3 CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) formulado em 1991 pelo Ministério da Saúde com a finalidade de contribuir com a redução dos índices de mortalidade materna e infantil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (VIANNA; DAL POZ, 1998a).

Foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília-DF, sobre o tema “Saúde da Família” convocada pelo Ministro da Saúde, Henrique Santilho com o apoio do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). A discussão da reunião foi em torno do êxito obtido com o PACS e a necessidade de incorporar novos profissionais para potencializar a proposta reduzida do PACS oferecendo um suporte na resolução das situações encontradas pelos ACS, além do despertar para a importância de focalizar as ações de saúde não apenas no indivíduo, mas na família (VIANNA; DAL POZ, 1998b).

Ressaltamos que o desenvolvimento do PSF ocorreu sob a influência de modelos assistências à família em países como o Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência na formulação do programa brasileiro. Apesar de ser rotulado como programa, devido às suas especificidades foge à tal concepção devido ao fato de que ele não é como os demais programas que possuem intervenção vertical e paralela, nem como um pacote de “cesta básica para pobre”, uma vez que ele poderá detectar os problemas de sua área e poderá intervir com o objetivo de solucioná-los (VIANNA; DAL POZ, 1998b; MERHY, 2003).

A partir da experiência acumulada no Ceará o PSF começou a ser implantado no Brasil, em janeiro de 1994⁸, inicialmente nesse Estado e posteriormente, foi se expandindo para todo o país. As primeiras equipes do PSF começaram a ser formadas, sendo compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem ou técnico de enfermagem e seis a doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ampliando-as com a incorporação da equipe de saúde bucal composta por um cirurgião dentista e um técnico em saúde bucal (BRASIL, 2000, 2006e).

⁸ Embora o PSF tenha sido implantado oficialmente pelo MS em março de 1994, o município de Quixadá, localizado no interior do Ceará, iniciou seu funcionamento com quatro equipes de saúde da família em janeiro de 1994 (ANDRADE, 1998).

O PSF foi idealizado como uma alternativa reestruturante que viabilizaria a inversão do modelo de atenção à saúde predominante, centrado na doença com enfoque individual, para o modelo de atenção à saúde pautado no fortalecimento da Atenção Básica. Todavia, o PSF é um projeto inacabado e encontra-se em fase de construção, uma vez que se constitui de uma política em processo evolutivo, surgida a partir das discussões vivenciadas no Movimento da Reforma Sanitária e pelas práticas de saúde entendidas como alternativas ao modelo hegemônico (ANDRADE et al., 2004).

Atualmente a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca incorporar o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, além da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da responsabilização, da equidade e da humanização (BRASIL, 2000, 2006e).

O Ministério da Saúde estabelece que as Unidades de Saúde da Família funcionem conforme as diretrizes seguidas em todo o território nacional, tendo como premissa o caráter substitutivo pautado na substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde (BRASIL, 1998).

Atua conforme o preceito da adscrição da clientela através da territorialização, que visa demarcar o espaço geográfico para atuação da equipe de saúde com um enfoque centrado na família, ficando responsável por acompanhar, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006e). Com isso, a equipe de saúde deve buscar compreender a dinâmica das relações no núcleo familiar e na sociedade, possibilitando uma avaliação dos determinantes sociais que afetam ou contribuem diretamente no processo de saúde-doença da área de atuação da equipe.

A Atenção à Saúde da Família prevê a participação de toda comunidade juntamente com a equipe de saúde no diagnóstico e identificação dos problemas de saúde e suas causas, assim como o acompanhamento e avaliação de todo trabalho realizado no intuito de dar solução aos referidos problemas, dentro do que for possível (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde vem articulando uma proposta de atuação da equipe de saúde da família com foco na organização do cuidado com base nos problemas. Porém, sabemos que nem sempre ocorre a solução imediata dos problemas por levarmos em consideração os fatores determinantes de vida: emprego, lazer, moradia.

Torna-se necessário a participação e mobilização, tanto dos trabalhadores de saúde como de lideranças da comunidade, igrejas, associações e vários tipos de organizações sociais, no papel de interlocutores no processo de tomada de decisão, possibilitando o surgimento das capacidades criativas, propositivas e gerenciais das camadas populares, demonstradas através de iniciativas que estimulem a participação popular (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Nesse sentido, a equipe de saúde da família deve proporcionar à população um incentivo no sentido de exercer o controle social como um direito adquirido com a luta de movimentos populares e que lhe foi outorgada pela Lei nº 8.142/90, fazendo com que os usuários reflitam sobre a importância da participação de instâncias formais, como nos Conselhos Municipais e Locais de Saúde, ou das instituições e segmentos sociais, como Câmara de Vereadores ou Associação de Moradores com o propósito de alcançar melhoria da qualidade de vida de toda a comunidade (NERY, 2006).

Em estudos realizados na Estratégia Saúde da Família evidenciou-se a ausência do usuário como protagonista na condução da sua vida, assim como na produção de seu cuidado com a equipe de saúde pelo fato da própria equipe se colocar fora do âmbito das decisões que lhe dizem respeito (MATUMOTO, 2006).

Essa situação pode ser interpretada partindo de uma abordagem subjetiva dos envolvidos no processo de implementação da estratégia saúde da família como sendo o reflexo de uma formação histórico-cultural brasileira, em que a população foi tolhida da vivência plena da democracia, ficando muitas vezes à margem dos acontecimentos e das decisões políticas de seu país (FREIRE, 2005).

Nesse contexto, apresentamos também a reflexão sobre a formação profissional dos trabalhadores de saúde que compõem a estratégia saúde da família. Pensemos no trabalhador de saúde como alguém que manifesta e desenvolve no trabalho sua história e sua concepção de mundo, e que atrelados a isso, a maioria, é reforçada na escola a ter em seu imaginário social a noção de supremacia de uma profissão em detrimento de outra (FORTUNA et al., 2002).

Com isso, cada categoria profissional é formada reproduzindo muitas vezes, a necessidade de conquista e reconhecimento, desenvolvendo uma dificuldade em trabalhar numa equipe multidisciplinar e de experimentar a troca de saberes entre eles (FORTUNA et al., 2002).

Entretanto, o trabalhador de saúde precisa compreender que não se pode trabalhar na saúde de maneira isolada, todos devem respeitar-se mutuamente, compartilhar seus saberes e reaprender o trabalho a partir de uma dinâmica relacional, somando entre si os diversos conhecimentos numa relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa com um saber próprio na perspectiva de oferecer uma atenção de qualidade ao usuário e obter resolutividade nas ações desenvolvidas pela equipe.

Articular estes distintos aspectos não é um empreendimento fácil e requer esforço contínuo para que possa ser construída pela equipe multiprofissional a ideia de integração de conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho, nos espaços de formação, nos espaços de produção de conhecimento, especialmente nos espaços de construção de cidadania (ALMEIDA; MISHIMA, 2000).

Para que isso ocorra, o trabalhador de saúde precisa apresentar um perfil para o trabalho multiprofissional proposto pela estratégia de saúde da família, além de obter por parte dos gestores condições favoráveis para o bom desenvolvimento de suas ações, seja relacionado à estrutura física como ao recebimento de um salário digno.

Torna-se fundamental o investimento por parte dos gestores em atividades que possibilitem aos trabalhadores de saúde que atuam na ESF suprir as deficiências da sua formação acadêmica e desenvolver uma mentalidade e um comportamento crítico-reflexivo sobre a importância do desenvolvimento de práticas democráticas no processo de trabalho conforme preconiza o Ministério da Saúde, por exemplo, com atividades de educação permanente (BRASIL, 2006e).

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao momento atual da expansão do PSF que se consolidou como uma estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria 648/GM de 2006. Dentre os princípios e diretrizes propostas nessa portaria chamamos atenção para as características do processo de trabalho da saúde da família e para a descrição das atribuições de cada trabalhador das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2006e).

São características do processo de trabalho da Saúde da Família:

- I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações** (grifo nosso);
- IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006e, p. 8).

As atribuições comuns aos diversos trabalhadores (profissionais) das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal estão descritas no Anexo I da Portaria 648/GM de 2006:

- I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social (grifo nosso);

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente;

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006e, p. 24).

Não podemos negar a importância da estratégia saúde da família para a reorganização do sistema de saúde no Brasil, destacando como características positivas a adscrição da clientela, por exemplo, que tende a aproximar a equipe de saúde do usuário ampliando a possibilidade de conhecimento da realidade vivenciada pela população assistida e a criação do vínculo entre eles (NERY, 2006).

Contudo, o excesso de normatizações que devem ser seguidas rigorosamente pelas equipes de saúde por todos os municípios podem frustrar o processo de implementação de modelos substitutivos de atenção à saúde e até mesmo engessá-los diante das distintas realidades existentes no imenso território nacional (FRANCO; MERHY, 2003).

Além disso, estudos apontam que apesar das propostas da estratégia saúde da família de prestar, na unidade de saúde ou no domicílio, assistência integral, contínua e com resolubilidade às necessidades de saúde da população adscrita (BRASIL, 1998), ainda é grande a procura dessa população pelos serviços de urgência nos levando a supor uma ineficiência na resolução dos problemas da demanda espontânea (NERY, 2006).

Em outro estudo ficou evidenciado que o baixo grau de resolutividade da atenção básica, aqui representada pela estratégia saúde da família, é devido ao perfil profissional, especialmente dos médicos, que enfrentam dificuldades em resolver os complexos problemas de saúde relacionados tanto aos aspectos clínicos, como às questões sociais – violência e condições de vida (FEUERWERKER, 2005).

Destacamos ainda outro ponto fundamental a ser discutido que se relaciona ao objeto deste estudo, ou seja, ao controle social. Mesmo reconhecendo que “houve um avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde” (BRASIL, 2006b, p. 48), nos deparamos com diversos entraves na sua efetivação.

Dentre eles, o relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde aponta para a falta de autonomia frente ao poder executivo, a falta de compromisso político dos gestores, a ausência de uma cultura de controle social, a desarticulação institucional dos Conselhos, as deficiências na representação e a dificuldade em manejar as informações em saúde (BRASIL, 2009).

Contudo, acreditamos nas potencialidades da ESF e esperamos um avanço no processo de expansão e consolidação das Equipes de Saúde da Família, assim como mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, na família e comunidade, na qual os trabalhadores de saúde correspondam ao compromisso de desenvolver estratégias de políticas sociais, conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria Trabalhadores/Gestores/Comunidade.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca, e por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação.

(MINAYO, 2010, p. 47)

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, no intuito de compreender a realidade das unidades de saúde da família em estudo no que tange a efetivação do controle social, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa.

Por conseguinte, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois trabalha com o universo de representações, aspirações, crenças e opiniões, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, das interpretações que os seres humanos fazem de si mesmos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Assim, optamos pela abordagem histórico-social na tentativa de superar os reducionismos das concepções empiristas e idealistas aproximando-nos do objeto de estudo e as suas relações com o contexto real que o envolve. Em conformidade com esse método Assis et al. (1998, p. 64) afirma que:

[...] o sujeito e o objeto do conhecimento são constituídos reciprocamente, como parte e todo singular e universal, passado e presente, teoria e prática, superando o positivismo e o empirismo, ao explicar e interpretar que o mundo social necessita ser valorizado para além dos limites da funcionalidade objetiva. As explicações são apreendidas na coerência lógica e racionalidade dos fenômenos, da natureza e da sociedade enquanto constituição e formação social da prática dos homens e do pensamento, no desenvolvimento da humanidade.

Dessa forma, dentro das ciências humanas, não é possível compreender o homem sem considerar sua vida, seu trabalho, seus desejos e lutas. Nesse sentido, buscamos apresentar neste estudo as implicações dialéticas que envolvem a efetivação do controle social como um princípio do SUS, não só apenas com o objetivo de nos aproximarmos da realidade existente, mas como uma oportunidade de compreender e trocar experiências sobre esta realidade. Assim, corroboramos com Silva (2006, p. 78) ao afirmar que “a aproximação de uma realidade complexa, é possível de ser vista e conhecida, porém jamais totalitária ou esgotada em si mesma”.

3.2 CAMPO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Jequié, localizado no Sudoeste da Bahia, na zona limítrofe entre a caatinga e a Zona da Mata, localização esta que lhe



confere um clima quente e úmido, com uma população estimada pelo censo do *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE* (2010), de 151.820 habitantes. A população rural de Jequié concentra-se principalmente nos seguintes distritos: Florestal, Itajuru, Monte Branco, Oriente Novo, Itaibó, e Barra Avenida; bem como nos seus principais povoados: Tamarindo, Santa Rita, Boa Vista, Morro Verde, Cachoeirinha, Rio Preto do Costa, Macela, Barragem da Pedra, dentre outros (BAHIA, 2009).

Fonte: [Bahia_Municip_Jequie.svg](#)

O município possui uma área total de 3.227,34 Km², localizando-se a uma altitude de 216 m e se distanciando 364 km da Capital Estadual, Salvador. Tem como limites ao norte: Lafaiete Coutinho e Jaguaquara; ao sul: Boa Nova e Itagi; ao leste: Ibirataia, Jitaúna e Gandu; a oeste: Maracás e Manoel Vitorino (BAHIA, 2009).

Possui uma posição estratégica na microrregião e é responsável por parte de seu abastecimento. Sua economia é destacada pelos setores do comércio e indústrias em pequena escala. A pecuária e a agricultura foram a base de todo desenvolvimento de Jequié. O município tem uma diversidade produtiva no que refere à agricultura, destacando-se o cacau, o café, a cana-de-açúcar, maracujá, melancia entre outros (ARAÚJO, 1997).

No setor da pecuária sua força se concentra principalmente na bovinocultura e caprinocultura. O setor mineral é contemplado com a exploração de jazidas de granito das variedades “Kashmir Bahia” e “Verde Bahia”. Possui ainda reservas de ferro, mármore e calcário (ARAÚJO, 1997).

Outro fator importante na economia do município é o Poliduto de derivados de petróleo e álcool, que proporcionou a implantação das bases de distribuição das maiores empresas do setor, tais como: Petrobrás, Esso e Shell.

O órgão responsável pelo saneamento básico da cidade é a Empresa Baiana de Água e Saneamento S/A (EMBASA). Segundo informações da referida empresa,

95% dos domicílios são abastecidos com água tratada, passando por rigoroso tratamento físico-químico e desinfecção com cloro-gás e moderna estação de tratamento que inclui realização de tratamento preventivo a base de flúor (JEQUIÉ, 2006).

Na maioria dos distritos o abastecimento é realizado através da simples captação, armazenagem e distribuição sem que a mesma sofra qualquer processo de tratamento. Ao passo que em outros a água consumida é proveniente de carros-pipa, nascentes, fontes e rios (JEQUIÉ, 2006).

No que se refere ao esgotamento sanitário, 73% das residências são ligadas à rede de esgoto geral, tendo seus dejetos tratados e lançados ao meio ambiente, sob em condições compatíveis com a saúde e preservação da natureza (JEQUIÉ, 2006).

A coleta de lixo é realizada por uma empresa terceirizada contratada pela prefeitura municipal. Nas áreas centrais da cidade as coletas são diárias com rotas e horários preestabelecidos. Nas áreas periféricas, são utilizados contêineres para armazenamento, que são recolhidos a cada dois dias. O destino final do lixo é um aterro sanitário, localizado a aproximadamente 8 Km em relação ao centro da Cidade.

O município conta ainda com a coleta seletiva de lixo realizada pela Cooperativa de Catadores Recicla Jequié (COPERJE), que além de contribuir com a preservação do meio ambiente, vem gerando trabalho e renda através da reciclagem.

O Município possui como espaços de cultura, recreação e lazer alguns equipamentos públicos, como a Casa da Cultura, o Teatro Municipal - Palácio das Artes, a Biblioteca Municipal e o Centro de Cultura Antônio Carlos Magalhães, com capacidade para 581 pessoas.

Dispõe de diversas instituições de assistência social que oferecem apoio à comunidade em geral, como a Associação de pais e amigos de excepcionais (APAE), Instituição de Assistência ao dependente de drogas e álcool (Ser Livre), Instituição de longa permanência para idosos (Fundação Leur Brito), Fundação Urbano de Almeida Neto, Amparo aos desabrigados (FUAN) e Associação Jequeense de Cegos (AJECE).

A comunidade jequeense tem se organizado e formado associações de diversas categorias, dentre elas a Associação de Amigos e Grupos da Terceira

Idade (AAGRUTI), Associação das Donas de Casa de Jequié, Associação das Mulheres e Associações de Moradores.



Fonte: juniormascote.spaceblog.com.br

Na área da saúde, o município de Jequié é sede da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia (DIRES). A Secretaria Municipal de Saúde foi criada através de Lei nº 187/91 de 02 de Janeiro de 1991. Em 24/12/1997, como consequência do avanço no processo de municipalização das ações de Saúde, a mesma foi modificada pelo Legislativo Municipal através da Lei nº 1433/97, criando-se departamentos e extinguindo alguns cargos. Assim, em 04/02/2002 a Lei nº 1552/2002 modifica novamente a estrutura organizacional da secretaria de saúde do município (BAHIA, 2009).

Encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2001, conforme as determinações contidas na Norma Operacional Básica – NOB/96, tendo sido reabilitada, conforme requisito da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/2001, em 21 de setembro de 2001.

No ano de 2005 o município habilitou-se conforme requisitos da – NOAS 01/2002, porém vem sendo habilitada conforme requisitos do Pacto pela Saúde, o qual redefine as formas de habilitação e fortalece a capacidade de gestão municipal.

Jequié conta com o Hospital Geral Prado Valadares (HGTV), um hospital regional da rede SUS e referência para aproximadamente 30 municípios. Fundado em março de 1947, tendo 155 leitos e é campo de estágio para estudantes da área

de saúde da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Faculdades Unidas de Pesquisa, Ciências e Saúde (FAPEC) e Escola Técnica de Enfermagem (BAHIA, 2009).

Possui ambulatórios de urologia, pediatria, ortopedia, ginecologia, psiquiatria e neurologia, onde realiza internamentos nas especialidades de pediatria, clínica médica, obstetrícia, cirurgia geral e psiquiatria, com cerca de 11.500 atendimentos ambulatoriais por mês. É o único hospital da cidade que presta atendimento a grandes emergências na região (BAHIA, 2009).

Existem os hospitais que compõem a rede privada do município, sendo eles: Hospital e Maternidade Santa Helena, Hospital e Maternidade Perpétuo Socorro, Hospital IORTE, Clínica São Vicente e Clínica SERVIR.

No que diz respeito à Atenção Básica, o município tem 28 equipes implantadas: 2 na zona rural e 26 na zona urbana, mas apenas 26 destas possuem a equipe mínima⁹ proposta pelo Ministério da Saúde, com uma cobertura de 57,21%, totalizando 18.892 famílias cadastradas nas USF da zona urbana.

As Unidades de Saúde da Família do município de Jequié-BA constituíram o cenário de investigação desta pesquisa. Nesse universo atuam os seguintes trabalhadores: 28 enfermeiras, 26 médicos, 18 odontólogos, 54 Auxiliares de Enfermagem, 18 Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e 187 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que estão distribuídos conforme Quadro 01:

⁹ A portaria nº 1.886, de 18/12/1997, estabelece que a equipe mínima na Estratégia da Saúde da Família deva ser composta por 1 médico(a), 1 enfermeiro(a), 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006e).

QUADRO 01: Relação das Unidades de Saúde da Família e número de equipes que as compõem. Jequié-BA, 2009.

NOME DA USF	Nº. ESF	Enfermeira	Médico	Odontólogo	TSB	Aux	ACS	Localização
Dr. Milton Rabelo	02	02	02	01	01	04	12	Zona urbana
Isa Cléria S. Borges	02	02	01	01	01	04	12	Zona urbana
Aurélio Sciarreta	03	03	02	01	01	04	21	Zona urbana
Pe. Hilário Terrossi	02	02	02	01	01	04	12	Zona urbana
Giserlando Biondi	02	02	02	01	01	04	13	Zona urbana
Antonio Carlos Martins	01	01	01	01	01	02	08	Zona urbana
Tânia Brito	01	01	01	01	01	02	05	Zona urbana
Senhorinha Ferreira de Araújo	01	01	01	01	01	02	06	Zona urbana
Odorico M. da Silveira	01	01	01	01	01	02	10	Zona urbana
Rubens Xavier	02	02	02	01	01	04	13	Zona urbana
Idelfonso G. de Araújo	01	01	01	01	01	02	07	Zona urbana
Isabel Andrade	01	01	01	01	01	02	14	Zona rural
Waldomiro Borges de Souza	01	01	01	01	01	02	11	Zona rural
Gilson Pinheiro	01	01	01	01	01	02	06	Zona urbana
José Maximiliano H. Sandoval	02	02	02	01	01	04	12	Zona urbana
Amando R. Borges	02	02	02	01	01	04	10	Zona urbana
João Caricchio Filho	01	01	01	01	01	02	03	Zona urbana
Virgílio Tourinho de P. Neto	02	02	02	01	01	04	12	Zona urbana
TOTAL	28	28	26*	18**	18	54	187	-----

Fonte: Informações coletadas junto ao Departamento de Assistência à Saúde – SMS de Jequié, Agosto, 2009.

*Duas equipes estão incompletas pela ausência do médico na equipe.

** Existe um odontólogo para cada Unidade de Saúde da Família, mesmo as que têm equipes duplas.

Os critérios de inclusão para a seleção do cenário da pesquisa consideraram os seguintes aspectos:

- ✓ Unidades localizadas na zona urbana;
- ✓ Unidades que tenham equipes completas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- ✓ Unidades que tenham Conselho Local de Saúde ativo ou inativo;
- ✓ Equipes de saúde que estejam atuando há mais de seis meses.

Portanto, dentre as 28 Unidades de Saúde da Família implantadas no município de Jequié-BA, apenas 4 foram selecionadas para a realização deste estudo conforme os critérios de inclusão.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa não determinamos o quantitativo de informantes, a amostra surgiu conforme as evidências da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2010). Dessa forma, foram entrevistados 25 sujeitos definidos a partir do critério de saturação e relevância das informações coletadas, no momento em que as repetições dos depoimentos sobre o objeto em estudo foram constantes.

Os sujeitos do estudo foram organizados em dois grupos:

Grupo I: representado por 20 trabalhadores de saúde que atuam nas Equipes de Saúde da Família.

Grupo II: representado por 5 usuários cadastrados nos serviços da Unidade de Saúde da Família há mais de seis meses e que apresentassem assiduidade nesses serviços, entendendo que eles devem ser corresponsáveis pela gestão do sistema local de saúde.

Por compreendermos que “trabalhadores de saúde” são todos os indivíduos que prestam algum tipo de serviço à Unidade de Saúde da Família, optamos pelos trabalhadores: Enfermeiro(a), Médico(a), Auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Odontólogo(a), Técnico em Saúde Bucal, Agente administrativo, Oficial administrativo, Vigilante e Serviços gerais.

Definimos entrevistar trabalhadores de saúde em diferentes Unidades de Saúde da Família da zona urbana, no intuito de possibilitar uma compreensão das experiências e das práticas em diferentes realidades. Assim, ficaram distribuídos 5 trabalhadores por equipe.

Em relação aos usuários, havíamos definido que seriam entrevistados 50% dos usuários do serviço que foram representantes dos CLS e 50% dos usuários do serviço que nunca cumpriram representação no CLS das USF, pois acreditávamos que estes dois grupos poderiam apresentar concepções diferentes acerca do controle social, conforme sua participação enquanto sujeito ativo no processo de (re) democratização da saúde.

Porém, devido à dificuldade em encontrar e agendar esses usuários, permanecemos apenas com os critérios de tempo de cadastramento e assiduidade nos serviços oferecidos pela unidade.

Nos quadros a seguir, apresentamos a caracterização dos 25 sujeitos deste estudo:

QUADRO 02: Caracterização dos Trabalhadores de Saúde, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010.

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Função/Cargo	Tempo de experiência (anos)	Tempo no serviço (anos)	Conselheiro de Saúde
Ent. 01	M	50	Assist. Administrativo	23	04	NÃO
Ent. 02	F	47	Auxiliar de Enferm.	29	11	NÃO
Ent. 03	F	36	Enfermeira	02	01	NÃO
Ent. 04	F	39	ACS	14	12	SIM
Ent. 05	F	27	ACS	05	05	NÃO
Ent. 06	F	33	ACS	13	09	NÃO
Ent. 07	M	38	Odontólogo	07	03	NÃO
Ent. 08	F	31	Auxiliar de Enferm.	09	04	SIM
Ent. 09	M	33	Odontólogo	07	03	NÃO
Ent. 10	F	46	Auxiliar de Enferm.	25	04	SIM
Ent. 11	F	48	ACS	13	11	SIM
Ent. 12	F	34	ACS	13	11	NÃO
Ent. 13	F	34	Oficial Administrativo	08	08	NÃO
Ent. 14	F	48	Serviços gerais	12	12	NÃO
Ent. 15	M	30	Odontólogo	05	04	NÃO
Ent. 16	F	43	TSB	04	04	NÃO
Ent. 17	F	54	Enfermeira	15	11	SIM
Ent. 18	F	38	Enfermeira	13	06	SIM
Ent. 19	F	29	Médica	03	03	NÃO
Ent. 20	M	59	Vigilante	03*	12	SIM

*O entrevistado mudou de função há 3 anos, antes deste período exercia a função de agente administrativo na mesma unidade.

Dentre os sujeitos do grupo I, tivemos: 3 enfermeiros, 1 médico, 3 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, 3 odontólogos, 1 técnico em saúde bucal, 1 assistente administrativo, 1 oficial administrativo, 1 serviços gerais e 1 vigilante.

Observamos que 15 informantes são do sexo feminino e 5 do sexo masculino; a média de idade é de 39 anos, com uma variação entre 27 e 59 anos; a média do tempo de experiência profissional é de 11 anos, com variação entre 2 e 29 anos e a média de tempo de serviço na unidade é de 6 anos, com variação entre 1 ano e 12 anos.

Nas informações coletadas 7 trabalhadores de saúde são conselheiros locais de saúde, sendo: 1 vigilante; 2 auxiliares de enfermagem; 2 agentes comunitários de saúde e 2 enfermeiros.

QUADRO 03: Caracterização dos Usuários, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010.

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação (anos)	Tempo de residência (anos)	Tempo de cadastramento na USF	Participa do CLS
Ent. 21	F	33	Fundamental completo	Serviços gerais	20	11	NÃO
Ent. 22	F	18	Médio completo	Do lar	18	11	NÃO
Ent. 23	F	48	Médio completo	Do lar	30	12	NÃO
Ent. 24	F	23	Médio incompleto	Estudante	23	08	NÃO
Ent. 25	F	26	Fundamental incompleto	Do lar	26	12	NÃO

No quadro 03, dos 5 usuários observamos que todos são do sexo feminino; a idade variou entre 18 e 26 anos, com uma média de 29 anos; quanto à escolaridade, 3 concluíram o ensino médio, 1 tem o ensino fundamental completo e 1 o ensino fundamental incompleto; quanto a ocupação 3 desenvolvem atividades domésticas; 1 de serviços gerais e 1 é estudante.

Podemos notar que a média de residência na área é de 23 anos, com uma variação entre 18 e 30 anos; o tempo de cadastramento na unidade, é, em média, de 10 anos, com uma variação entre 8 e 12 anos.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos foi necessário que atendêssemos a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde que incorpora os princípios bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em 14 de outubro de 2009, sob o Protocolo nº 161/2009. A coordenação do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde encaminhou um ofício para a Secretaria Municipal de Saúde solicitando liberação para a coleta de dados. Após resposta positiva da Secretária de Saúde do município iniciamos a pesquisa. Ressaltamos que as entrevistas foram realizadas com os informantes que concordaram em participar da pesquisa.

Procedemos com a apresentação da proposta do estudo, finalidade/objetivo, campo de investigação/técnica de coleta de dados, riscos e benefícios, assim como a permissão para divulgação com publicação dos resultados em revistas, eventos técnico-científicos nacionais e internacionais e artigos, garantindo o sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos da pesquisa. Em seguida, os informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No entanto, mesmo após termos explanado sobre a pesquisa dois dos informantes negaram-se a fornecer informações alegando não ter conhecimento sobre o tema em estudo.

3.5 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

Segundo Minayo (2010, p. 45) “o conjunto de técnicas que constitui o instrumental necessário para aplicação da teoria é elemento fundamental para a coerência metódica e sistemática da investigação”. Nesse sentido, utilizamos a entrevista e observação sistemática como fontes primárias e a análise documental enquanto fonte secundária na coleta de dados.

A entrevista é considerada um instrumento privilegiado, segundo Minayo (2010), pela possibilidade da fala do entrevistado ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ser um transmissor de representações de determinados grupos.

Dentre os tipos de entrevistas, optamos pela **entrevista semiestruturada** pelo fato do entrevistado ter a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem preocupar-se com a indagação formal. Sendo assim, trata-se de “uma conversa com uma finalidade”, em que seguimos um roteiro que serve de orientação e de baliza para o pesquisador, facilitando a abordagem com o entrevistado, considerando a importância da comunicação na interação entre os sujeitos envolvidos numa pesquisa qualitativa (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas no período de março a junho de 2010 com o auxílio de dois roteiros (APÊNDICE B e C), um destinado aos trabalhadores de saúde (grupo I) e outro aos usuários (grupo II), que nos orientaram sobre os objetivos a serem atingidos, pois segundo Minayo (2010) tais instrumentos devem servir de orientação para a interlocução, devendo proporcionar flexibilidade, o que contribuirá com o surgimento de outras questões relevantes.

As entrevistas foram agendadas previamente com os trabalhadores de saúde pelo telefone. Os usuários entrevistados foram aqueles que estavam presentes na USF no momento da coleta de dados.

Utilizamos o gravador digital em todas as entrevistas e as informações obtidas foram transcritas na íntegra. No momento da análise destacamos as falas dos entrevistados em negrito buscando dar melhor visibilidade aos aspectos ligados ao objeto em estudo. Em seguida, fizemos a leitura criteriosa do material empírico, buscando estabelecer as categorias que traduziram as informações dos sujeitos do estudo.

A segunda técnica de coleta de dados escolhida foi a **observação sistemática** pelo fato da mesma “possibilitar conseguir informações e sentidos de determinados aspectos da realidade” (MARCONI; LAKATOS, 2008, p. 76). Para tanto, utilizamos um roteiro como forma de atingir os propósitos pré-estabelecidos (APÊNDICE D).

Esta técnica nos possibilitou um olhar ampliado da realidade observada quando realizamos as observações durante um turno nas unidades selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa e anotações referentes à organização dos

serviços: caracterização da demanda (priorização das necessidades), sistema de referência e contra-referência, serviços oferecidos e seus horários de funcionamento, meios de divulgação das reuniões e educação em saúde, além das relações entre os trabalhadores e usuários e o reconhecimento de direitos e deveres – cidadania e autonomia do usuário.

A terceira técnica de coleta de dados foi a **análise documental**, que ocorreu a partir da análise dos documentos da Secretaria Municipal de Saúde, no sentido de complementar as informações e compreender melhor os aspectos relacionados ao contexto da pesquisa utilizando o cruzamento das informações obtidas.

Para tanto, selecionamos os documentos discriminados a seguir:

Documento 1 – Plano Municipal de Saúde do Município de Jequié (2006-2009).

Documento 2 – Relatório da V Conferência Municipal de Saúde (2007).

Documento 3 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2006).

Documento 4 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2007).

Documento 5 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2008).

Documento 6 – Relatórios Mensais das Atividades da ESF (2009).

Documento 7 – Livro Ata das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde (2008-2009).

Durante a análise, estes documentos foram identificados pelo seu respectivo número quando mencionados, ou seja, **Doc.1** leia-se **documento 1**.

3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para o processo de análise e interpretação das informações coletadas nas entrevistas utilizamos como método a hermenêutica-dialética que é apontado por Assis (2003) como um método interpretativo baseado no confronto e diálogo possibilitando uma multiplicidade de abordagens, a partir das ciências sociais e da filosofia, ou seja, entre a teoria e a prática transformadora. Segundo Habermas (1987) a combinação dessas duas correntes de pensamento faz a síntese dos processos compreensivos e críticos.

A Hermenêutica, segundo Minayo (2010), baseada em estudo de Gadamer, é a busca da compreensão de sentido na comunicação entre os homens e a vida

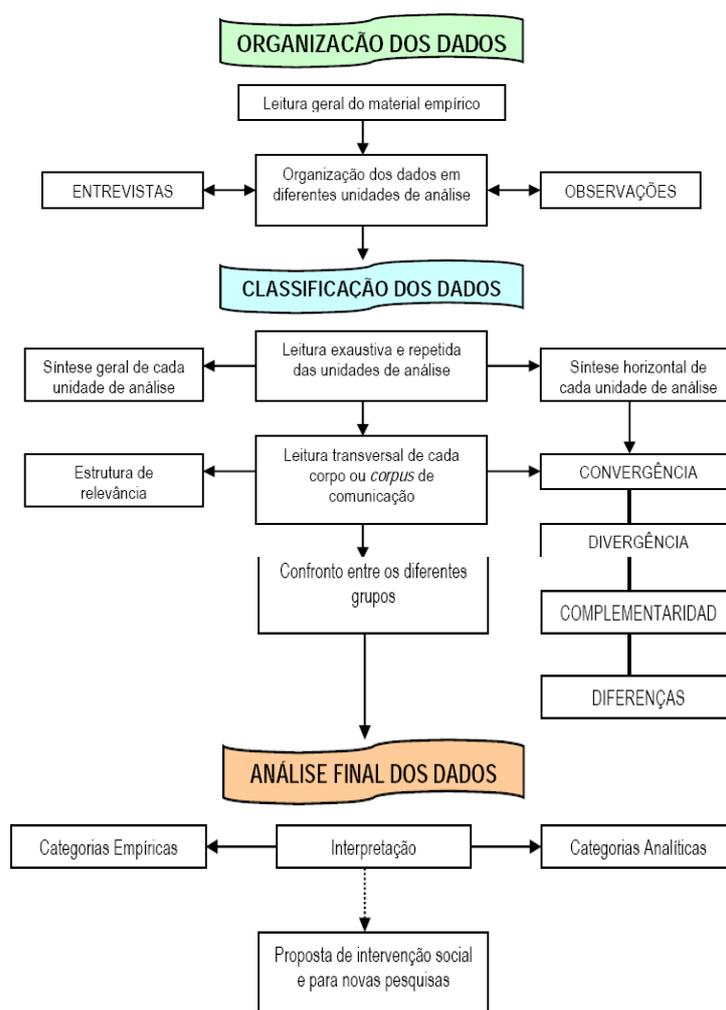
cotidiana, tendo como pressupostos que o ser humano é um ser histórico e finito complementando-se por meio da comunicação, nesse sentido é preciso compreendê-lo num contexto crítico reflexivo e histórico-social.

Por outro lado, a dialética é traduzida por Habermas (1987) como a arte do diálogo e da controvérsia, na busca da compreensão de fatos, linguagens e símbolos de forma crítica entre as relações e práticas sociais.

Nesse sentido, Assis (2003) apresenta a ideia de Habermas que reconhece a possibilidade de um “encontro” entre a hermenêutica e a dialética tendo como objeto de análise a práxis social na busca da consolidação ético-política do pensamento humano, a partir de sua própria realidade.

Apresentamos abaixo o fluxograma proposto por Assis (2003) com o intuito de facilitar a compreensão do leitor na operacionalização da análise:

Fluxograma - Desenvolvimento da análise Hermenêutica-Dialética.



Fonte: ASSIS, M. M. A. Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde. Teoria e prática. Feira de Santana: UEFS, 2003.

Dessa forma, sistematizamos a análise de dados em três etapas, conforme Minayo (2010):

1 Ordenação dos dados: nesta etapa realizamos a transcrição das entrevistas com posterior leitura geral do material empírico e organizamos os dados coletados no trabalho de campo.

2 Classificação dos dados: estabelecemos uma relação entre esses dados, o objetivo do estudo e o pressuposto teórico da pesquisa através de leituras exaustivas. Esse momento foi desenvolvido em três fases:

I - Leitura exaustiva e flutuante do material coletado nas entrevistas, observação e documentos, com o intuito de visualizar os núcleos de sentido a partir das ideias centrais sobre o tema.

Assim, nesta fase conseguimos identificar os seguintes núcleos de sentido: **entendimento sobre controle social, ações dos trabalhadores de saúde de incentivo ao controle social, dificuldades na efetivação do controle social, facilidades na efetivação do controle social e perspectivas sobre controle social.**

II – Na segunda fase, após a identificação dos núcleos de sentido, fizemos a leitura transversal de cada corpo ou “corpus” e selecionamos trechos relevantes das entrevistas relacionados ao objeto, às questões norteadoras e ao pressuposto, onde cada núcleo foi separado e guardado em “gavetas”, conforme demonstram os quadros 4 e 5.

QUADRO 04: Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo I – Trabalhadores de saúde das Unidades de Saúde da Família. Jequié-BA, 2010.

Núcleos de Sentido	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista n	Síntese horizontal ¹⁰
1. Entendimento do controle social				
2. Ações de controle social				
3. Dificuldades				
4. Facilidades				
5. Perspectivas				
Síntese vertical ¹¹				

¹⁰**Síntese Horizontal:** síntese dos núcleos de sentidos das entrevistas, identificando as convergências, as divergências, o diferente e o complementar.

¹¹**Síntese Vertical:** síntese de cada entrevistado sobre a totalidade dos núcleos de sentido.

QUADRO 05: Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo II – Usuários das Unidades de Saúde da Família. Jequié-BA, 2010.

Núcleos de Sentido	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista n	Síntese horizontal
1. Entendimento do controle social 2. Ações de controle social 3. Dificuldades 4. Facilidades 5. Perspectivas				
Síntese vertical				

III – Na terceira fase, após as sínteses das entrevistas apresentadas com a construção dos quadros 4 e 5, fizemos a sistematização dos dados empíricos através da síntese horizontal e vertical dos confrontos das entrevistas dos dois grupos.

Na síntese horizontal, identificamos os aspectos convergentes, divergentes, complementares e diferentes dos dados empíricos coletados das entrevistas, observação sistemática e análise documental. Na síntese vertical, obtivemos o conhecimento global dos núcleos de sentido de cada entrevistado, da observação e documentos analisados.

Então, a partir do confronto entre os dados empíricos obtidos nas entrevistas com o referencial teórico, e com o objeto de estudo nos possibilitou a elaboração das seguintes categorias e subcategorias.

Categoria 1: Sentido duplo do controle social: concepção dos trabalhadores de saúde e dos usuários da Estratégia Saúde da Família.

Subcategoria 1: Controle do Estado e dos setores dominantes sobre os cidadãos versus Participação dos usuários no planejamento das ações e serviços de saúde.

Categoria 2: Ações dos trabalhadores de saúde de incentivo ao controle social.

Subcategoria 1: Práticas participativas correspondentes às reuniões dos conselhos de saúde e estímulo à mobilização popular.

Categoria 3: Efetivação do controle social na Estratégia Saúde da Família no município de Jequié-BA.

Subcategoria 1: Controle social na Estratégia Saúde da Família: dificuldades, facilidades e perspectivas.

3 Análise final dos dados: Articulamos os discursos ideológicos contidos nos dados empíricos, nos documentos e na observação sistemática, trazendo também a contribuição de alguns autores na discussão e análise da pesquisa.

4 CONCEPÇÕES E AÇÕES DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE CONTROLE SOCIAL

*Há homens que lutam um dia, e são bons;
Há outros que lutam um ano, e são melhores;
Há aqueles que lutam muitos anos,
e são muito bons;
Porém há os que lutam toda a vida
Estes são os imprescindíveis.*

Bertolt Brecht

4.1 CATEGORIA 1 - SENTIDO DUPLO DO CONTROLE SOCIAL: CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O termo concepção, segundo Rios (2001, p. 144), pode ser entendido como faculdade de compreender, percepção, ideia e opinião. Assim, na discussão dessa categoria pretendemos conhecer o entendimento sobre controle social dos trabalhadores de saúde e dos usuários das equipes de saúde da família do município de Jequié-BA.

No âmbito das mudanças ocorridas na área da saúde destacamos a participação da comunidade como um princípio norteador da política do Sistema Único de Saúde, firmado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Essa participação refere-se ao processo de exercício da cidadania no qual os envolvidos descobrem-se e atuam como sujeitos políticos, conscientes dos seus direitos e deveres perante a sociedade.

A expressão controle social designa o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania através de diferentes esferas que podem intervir sobre os mesmos: estado, organizações da sociedade civil e da rede privada. Contudo, tem sido mais utilizada num sentido mais restrito, relacionando-o a participação da comunidade no processo decisório sobre as políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado.

Subcategoria 1 - Controle do Estado e dos setores dominantes sobre os cidadãos versus Participação dos usuários no planejamento das ações e serviços de saúde

Historicamente, o termo controle social pode ser abordado sob diferentes perspectivas. No âmbito das Ciências Sociais foi elaborado por Emile Durkheim com intenção de atender ao problema da ordem e da integração social (ALVAREZ, 2004).

Geralmente, refere-se ao comportamento humano por meios diretos ou por meio das atitudes e significados que lhe são inerentes. Em consonância com esse pensamento, Edward Ross, foi um dos primeiros sociólogos a elaborar uma definição sistemática do controle social. Acreditava que a maioria dos seres

humanos apresenta uma adequação para a ordem. No entanto, a ordem social é algo inacabado, em construção (CRUBELLATE, 2004).

Assim, no campo da sociologia o sentido de controle social emergiu referindo-se aos esforços de moldar ou adequar os desejos individuais às necessidades coletivas, disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a padrões sociais e morais (CORREIA, 2000; CRUBELLATE, 2004).

Na visão do Estado como “controlador” da sociedade são identificadas duas formas principais de controle social: área dos controles externos e área dos controles internos. De acordo com Bobbio (2003), a primeira forma faz referência aos mecanismos de coerção usados para manutenção da ordem exercidos pelos tribunais e polícias, por exemplo.

Entretanto, na segunda forma “o controle ocorre como produto de uma sociabilidade que naturaliza as desigualdades sociais e individuais, que justifica privilégios e consente discriminações”, apresentando-se muitas vezes de maneira sutil (BOBBIO, 2003, p. 70).

Conforme Coutinho (2002) Gramsci, um teórico marxista italiano, defende o consenso do Estado ampliado que determina o poder político garantido não apenas pela dominação do Estado restrito.

Neste sentido, a conquista da hegemonia ocorreria com uma conquista progressiva ou processual, denominada por Gramsci, de “guerra de posição”, no qual o consenso seria político e ativo, portanto, organizado e participativo, visando a conquista de posições por meio da sociedade civil.

Diante desta teoria podemos inferir que o controle social ocorre nessa disputa entre classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado, apresentando-se por vezes contraditória, uma vez que será definido pelo poder exercido ora por uma classe, ora por outra classe sobre o conjunto da sociedade.

O Estado, sua política e suas estruturas, conforme Fleury (2009, p. 25) “traduzem os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma correlação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento” ou classes subalternas. E, na perspectiva da economia capitalista o Estado tende a exercer o controle social sobre a sociedade em favor do interesse da classe dominante em torno da aceitação da ordem capital.

De outro modo, o controle social nas classes subalternas deve ocorrer no sentido destas formarem mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto

de classe, apresentando como “estratégia o controle das ações do Estado para que este incorpore seus interesses, na medida em que tem representado predominantemente os interesses da classe dominante” (CORREIA, 2000, p. 67).

Em outras palavras, o controle social envolve a capacidade de luta das classes subalternas, enquanto sociedade civil, em interferir na gestão pública, orientando, acompanhando e avaliando as ações e os gastos do Estado na direção dos interesses coletivos das classes, visando a construção da sua hegemonia.

Dessa forma, Correia (2000) aponta que o campo das políticas sociais pode ser entendido como contraditório, pois, através deste o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que apreende algumas de suas demandas.

Baseando-se nessa perspectiva de controle social como ação centralizadora do Estado e dos setores dominantes sobre os cidadãos evidenciamos que na fala dos entrevistados (Ent. 2, Ent. 6, Ent. 8 e Ent. 16) os gestores são os principais responsáveis em sanar os problemas da comunidade, conforme os depoimentos a seguir:

[...] é algo que podemos chamar de política pública. **As políticas públicas que são gerenciadas pelos gestores.** Sabemos onde nós estamos caminhando quando existe um controle social, porque eles, **os gestores, estão trabalhando para que a questão social seja sanada**, isso vai refletir também dentro da comunidade na saúde como um todo. (Ent. 2, Grupo1).

Controle social são **ações básicas que o município faz** para que haja como o próprio nome já diz, um controle social naquele município. (Ent. 6, Grupo 1).

Acho que são medidas sociais que **precisam ser tomadas**, a fim de atender as necessidades da comunidade, da população. Principalmente as mais carentes. (Ent. 8, Grupo 1).

O controle é pra saber os problemas das pessoas, **pra que a gente possa ter uma posição** em relação aos problemas da comunidade, **pra gente tentar solucionar** os problemas da comunidade. (Ent. 16, Grupo 1).

Nesse aspecto, há um entendimento do controle social por parte dos trabalhadores de saúde enquanto ações ou medidas **que precisam ser tomadas** pelos gestores (representando o Estado) como forma de **tentar solucionar** os problemas vivenciados pela população. Com isso, supomos que estes entrevistados não consideram os usuários como sujeitos autônomos, capazes de participar diretamente das políticas públicas se considerarmos que essa ideia de controle social está intimamente ligada à visão sociológica de relações de poder, em que o Estado gerencia e ordena a vida da população através de suas políticas de saúde.

A ausência nas falas destes entrevistados da importância da participação da comunidade enquanto corresponsável no processo de planejamento, gestão e avaliação das ações e serviços de saúde, conforme preconiza o Art.198, inciso III e o Art. 204, inciso II da constituinte: “Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis” (BRASIL, 1988), aponta para uma concepção em que os trabalhadores significam o controle social enquanto controle do Estado na sociedade.

Outro aspecto que nos chama a atenção é o fato do controle social estar sendo relacionado à solução de problemas de ordem social e financeira, ao mencionarem que os gestores trabalham para que a **questão social** seja sanada, principalmente nas comunidades menos favorecidas. Consideramos que tal entendimento reflete a ausência dos usuários nas decisões de enfrentamento dos problemas que assolam a comunidade.

Assim, os entrevistados 5 e 18 complementam os depoimentos anteriores (Ent. 2, Ent. 6, Ent. 8 e Ent. 16) ao relacionarem o controle social com o conhecimento da condição financeira e o controle , supostamente por parte do gestor ou dos trabalhadores de saúde, do nível de vida das pessoas da comunidade.

Eu acho que é uma forma de saber como vivem as famílias da nossa comunidade [...] qual a sua **condição financeira**, qual **sua renda**, como trabalham. (Ent. 5, Grupo 1).

[...] **o controle do nível de vida social** dessas pessoas na comunidade. (Ent. 18, Grupo 1).

Aproximando-se desse pensamento apresentamos o depoimento do entrevistado 20 que faz referência aos “programas assistenciais” como melhoria para o controle social:

O controle social, ainda deixa a desejar, mas isso já melhorou muito, porque tem a bolsa família, tem no caso da pessoa que está de Diabetes e de Tuberculose **tem a cesta básica** que eles dão na Unidade. (Ent. 20, Grupo 1).

O sentido dado pelo trabalhador aproxima-se do Estado assistencialista quando exemplifica a melhoria do controle social com o incentivo do governo através do fornecimento da cesta básica para os usuários que estejam apresentando determinadas doenças. Esta visão se conforma como uma fuga às diretrizes do SUS

de envolvimento da população enquanto sujeitos críticos e ativos no processo de descentralização das ações, reduzindo-os à pessoas passivas e necessitadas de benefícios governamentais verticalizados.

A ideia de controle social discutida até aqui, diz respeito, de um lado, à concepção de controle social voltada para uma limitação do agir individual na sociedade, na perspectiva de um agir centralizador do Estado sobre a sociedade e aproxima-se do pressuposto teórico deste estudo quando afirma existir limitações referentes à concepção dos trabalhadores da equipe de saúde da família no município de Jequié-BA e dos usuários sobre o controle social voltada para o entendimento no âmbito da área social.

Por outro lado, se aproxima de uma das atribuições do conselho referente ao controle da execução de políticas de saúde na perspectiva de uma fiscalização tradicional burocrática.

Todavia, a relação entre Estado e Sociedade foi se modificando ao longo destas últimas décadas: o Estado começa a reconhecer os movimentos sociais como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas e os movimentos sociais aceitam negociar com o Estado por meio da política pública (CORREIA, 2005).

Em relação à essas mudanças, a Constituição de 1988 representa um marco em termos de reconhecimento de direitos sociais no Brasil, cabendo ao Estado garantir as condições para o exercício desses direitos: “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, Art. 6).

O movimento sanitário que contribuiu com a inscrição do direito à saúde na Carta Magna mobilizou uma diversidade de atores sociais, envolvendo especialistas, acadêmicos, sindicalistas, movimentos de bairro, associações de moradores, políticos, profissionais de saúde, em torno de reivindicação clara: a saúde como direito universal.

Entretanto, decorridos mais de vinte anos desde sua promulgação é evidente a necessidade de continuarmos na batalha para que efetivamente esses direitos se tornem universais. Destacamos neste estudo um dos avanços mais importantes ocorridos na área da saúde que foi o envolvimento da população na elaboração, implementação e fiscalização da política de saúde do país.

É importante ressaltarmos que a inversão ocorrida no sentido do controle social que vem sendo utilizado para mencionar a participação da população prevista na legislação do SUS, opõe-se ao controle impositivo do Estado sobre a sociedade vivenciado no período ditatorial. Assim, existem autores que definem o termo controle social dentro da relação Estado e sociedade civil resultante do processo de democratização do Estado brasileiro (BARROS, 1994).

Para Carvalho (1995, p. 8), “controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-Sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. O mesmo autor acredita que os segmentos sociais excluídos apresentam possibilidades de controlar as ações do Estado através dos Conselhos de Saúde certificando políticas de saúde baseadas nas necessidades do conjunto social, e não apenas pelos intentos de seus setores mais privilegiados.

Em síntese, o controle social pode ser entendido como o exercício de controle por parte dos representantes da sociedade civil sobre as políticas de saúde através de canais institucionais de participação na gestão governamental como, por exemplo, os Conselhos de Saúde (SILVA; LABRA, 2001).

Nesta perspectiva, evidenciamos nos depoimentos (Ent. 4 e Ent. 7) o entendimento de controle social dos trabalhadores de saúde está relacionado à participação da comunidade como forma de buscar melhoria para as pessoas que residem naquela comunidade, que divergem dos depoimentos dos entrevistados 2, 6, 8 e 16:

Controle social eu vejo como uma participação, **onde as pessoas da comunidade podem estar participando, buscando assim melhoria pra sua área de trabalho e área de moradia**. Até onde as pessoas podem usar a expressão dos seus sentimentos, das suas dificuldades e necessidades. (Ent. 4, Grupo 1).

Controle social são pessoas, membros da comunidade, que de alguma forma [...] **participa de conselhos pra vê o que é melhor para a sociedade ou para comunidade** ou pra aquele ambiente. (Ent. 7, Grupo 1).

Entretanto, percebemos que a concepção de controle social é complementar à participação direta da comunidade nas ações de saúde na fala do Ent. 19 que acrescenta um envolvimento da comunidade sobre as ações políticas:

O controle social **é a participação da comunidade sobre as ações políticas** que são desenvolvidas numa localidade, num Estado, ou no Brasil como todo. A participação da comunidade mesmo, nas ações desenvolvidas. (Ent. 19, Grupo 1).

A perspectiva deste trabalhador de saúde ressalta o controle social como a participação da comunidade no âmbito das políticas públicas conforme recomenda o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços de saúde” (CNS, 1986, p. 5).

Coadunando com estes depoimentos, o documento *Relatório Anual de Gestão do Município de Jequié-BA, 2007* (Doc. 4, p. 260) diz que “a população precisa estar envolvida na efetivação do controle social do município construindo uma consciência cidadã coletiva e colaborando para a construção do SUS”. Para tanto, o gestor municipal de saúde, deve reconhecer a importância dos Conselhos no aprimoramento da gestão do SUS.

Essa participação da comunidade está garantida na Constituição Federal de 1988 e legitimada com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142 de 1990. Conforme o *Plano Municipal de Saúde 2006-2009* (Doc. 1), o Conselho Municipal de Saúde de Jequié, ao longo dos anos tem buscado desenvolver o seu papel de controle social, motivando a participação ativa da população na formulação da política de saúde local, acompanhando e avaliando a execução das ações de saúde, bem como a aplicação dos recursos destinados às ações de saúde do município.

As entrevistas a seguir (Ent. 17 e Ent. 09) complementam o entendimento de controle social na perspectiva do SUS enfatizando a participação da população no levantamento de necessidades e problemas sociais locais.

Eu entendo que o controle social é importantíssimo para que realmente você possa **discutir junto ao povo, junto à população, as necessidades, os problemas.** (Ent. 17, Grupo 1).

[...] o que eles (usuários) passam pra mim são [...] as necessidades básicas de saúde e o que comentam comigo [...], são os direitos deles, no bairro, as carências que eles (usuários) têm tanto de estrutura física, como problemas sociais, o que eles trazem pra mim é isso. **A participação deles, na Unidade, aqui no meu trabalho, o que eles trazem é isso, problemas.** (Ent. 9, Grupo 1).

Destacamos nestes dois depoimentos o controle social compreendido como algo de muita importância na discussão dos problemas da população, porém não ficou explícito nas falas à que se referem esses problemas ou necessidades,

podendo ser sociais, de saúde e outros. Além disso, a concepção de controle social está limitada ao fato dos usuários indicarem os problemas existentes em sua localidade, sem evidenciar a participação da comunidade no enfrentamento destes problemas.

Nesse sentido, o controle social não se refere a um grupo de pessoas reunidas em determinadas ocasiões para discutir e tentar resolver um problema, mas um conjunto formado por trabalhadores, usuários e gestores, entre outros estabelecendo conexão para construções coletivas que possam estabelecer mudanças no âmbito do sistema de saúde (COELHO et al., 2009).

Os depoimentos dos trabalhadores e dos usuários entrevistados (Ent. 18, Ent. 23 e 24) apresentam concepções diferentes sobre o controle social:

Bem, controle social eu entendo desde o nascimento das crianças até a idade que a gente chama os pacientes idosos, a Terceira idade. No meu caso, a gente tem o controle social, principalmente, da mortalidade infantil, da natalidade infantil [...], **o planejamento familiar** [...] (Ent. 18, Grupo 1).

Eu nunca vi numa reunião pra saber, mas eu acho que é pra saber sobre o controle das coisas do posto, sobre a organização, **pra depois passar pra população**. (Ent. 23, Grupo 2).

É pra **orientar** a gente **como se prevenir de doenças**, como pressão, da pressão, evitar gravidez. Muitas coisas que eles explicam pra gente ficar orientado. (Ent. 24, Grupo 2).

Evidenciamos que o entrevistado 18 entende o controle social como controle demográfico da população que envolve os coeficientes de natalidade e mortalidade, além da referência ao planejamento familiar como forma de realizar o “controle” destes indicadores.

O entrevistado 23, por sua vez, faz menção do controle social relativo à organização dos serviços de saúde pelos trabalhadores de saúde que posteriormente “passam” informações para os usuários sem a devida participação da comunidade no processo de planejamento e avaliação das ações de saúde.

O controle social para o entrevistado 24 associa-se a uma atividade de “orientação educativa” afastando-se dos preceitos de participação da comunidade na gestão, acompanhamento e avaliação das ações e serviços públicos.

Enfim, frente aos depoimentos que foram expostos fica evidente que para uma melhor compreensão do controle social é preciso que trabalhadores de saúde e usuários sejam conhecedores das mudanças ocorridas no decorrer das últimas

décadas e da atual conjuntura política numa sociedade dividida por classes sociais, mas detentora de direitos e deveres adquiridos no movimento de luta da Reforma Sanitária que envolveu diversos segmentos da sociedade.

4.2 CATEGORIA 2 - AÇÕES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DE INCENTIVO AO CONTROLE SOCIAL

O modo de atuar nos serviços de saúde para a produção do cuidado está fundamentado no relacionamento interpessoal e no estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para que haja a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, a promoção do cuidado constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem (MERHY, 1997).

Nesse sentido, baseado nas relações de produção defendidas por Marx, Merhy (1997, p. 81) afirma que:

[...] o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E assim o mundo “produz” o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, e atividade.

Dessa forma, o trabalho em saúde não é algo que se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como ocorre no setor industrial; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, numa intercessão partilhada entre o usuário e o trabalhador, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo.

Portanto, podemos afirmar que o trabalho em saúde ocorre no encontro entre pessoas dentro dos espaços intercessores perpassando por relações historicamente determinadas, através de uma relação dialética entre as necessidades de saúde da população e o modo de organização dos serviços de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997).

Segundo Mishima et al., (2003) essas questões nos levam a entender o trabalho em saúde como uma prática social que apresenta finalidades definidas social e historicamente, utilizando-se de diversas tecnologias e saberes.

Para Merhy (1997) o processo de trabalho é desenvolvido a partir de três tecnologias em saúde: as **duras**, que se referem ao conjunto de instrumentos,

envolvendo os equipamentos materiais do trabalho como as máquinas, normas estruturas organizacionais; as tecnologias **leve-duras** são os saberes profissionais que operam no processo de trabalho, como a Clínica, a Epidemiologia e outros saberes da saúde; e as **leves**, são aquelas referentes ao processo de trabalho que se produz no trabalho vivo em ato¹², às práticas de relações, decorrentes da interação entre o trabalhador de saúde e o usuário, da escuta, do vínculo, da responsabilização e resolubilidade dos problemas a serem enfrentados.

Cotidianamente temos convivido com um universo de problemas que alteram a capacidade de produção dos trabalhadores e dos serviços de saúde de responderem eficazmente às demandas individuais e coletivas dos cidadãos brasileiros, dentre eles destaca-se o desenvolvimento de práticas histórico-sociais determinadas pelo modelo de atenção médico-hegemônico (RODRIGUES; ARAÚJO, 2003).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família pode significar uma forma instituinte de mudanças na atenção à saúde, através do resgate de conceitos fundamentais como o vínculo, a humanização e a participação do usuário como corresponsável no modo de planejar e gerir as ações e serviços de saúde.

Como a perspectiva deste estudo não está focalizada na discussão sobre a natureza do processo de trabalho, ou seja, no sentido de aprofundar a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, nos detivemos apenas em apresentar resumidamente esse tema.

Assim, nesta categoria, estaremos apresentando as ações que os trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Jequié-BA informaram estar desenvolvendo com o intuito de fomentar o controle social.

Subcategoria 1 - Práticas participativas correspondentes às reuniões dos conselhos de saúde e estímulo à mobilização popular

Baseando-se no uso de tecnologias leves o trabalhador de saúde poderá desenvolver ações que possibilitem a organização do trabalho centrado na tarefa de acolher e autonomizar o usuário, na perspectiva de conduzi-lo a uma participação

¹²Para maior conhecimento sobre processo de trabalho e as diferenças entre trabalho vivo e trabalho morto, consultar Merhy (1997).

ativa na reivindicação de direitos e proposição de mudanças na organização das ações e serviços de saúde, visando a efetivação do controle social.

Sob o olhar dos trabalhadores de saúde entrevistados, a interação entre eles e a comunidade pressupõe uma nova maneira de operacionalizar a saúde que só poderá ser concretizada a partir de um novo olhar e um novo fazer, centrado no usuário. Os depoimentos dos entrevistados 6 e 10 expressam a interação com os usuários como parte de sua prática cotidiana.

[...] como profissional da saúde **sempre estamos interagindo com a comunidade** levando algumas informações. (Ent. 6, Grupo 1).

[...] numa sala de espera, **a gente se comunica com eles** (usuários), **a gente interage** [...] (Ent. 10, Grupo 1).

Entretanto, divergindo das falas acima, um dos problemas levantados no *Relatório da V Conferência Municipal de Saúde* (Doc. 2) foi a falta de interação dos conselheiros locais com as equipes de saúde. Nesse sentido, entendemos a Estratégia Saúde da Família como eixo reorientador das práticas, através do cumprimento dos seus princípios, que nos remete à real necessidade de constituir vínculo entre os trabalhadores e os usuários.

Dentre as atribuições comuns aos diversos componentes das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal descritas no Anexo I da Portaria 648/GM de 2006, destacamos o inciso IX: *promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social*, por se tratar do objeto de estudo deste trabalho (BRASIL, 2006e).

Os depoimentos dos trabalhadores (Ent. 4, Ent. 5, Ent. 7, Ent. 9 e Ent. 12) convergem ao destacar a prática participativa deles em reuniões dos conselhos municipal e local como ações de efetivação do controle social:

[...] **pra participar das reuniões do conselho que acontece mensalmente, eu sempre oriento às pessoas para que participe**, busque, se mobilize, para querer um bem comum. Só através da mobilização é que se consegue as coisas [...] **Uma vez no ano nós aqui na Unidade de saúde costumamos fazer reunião com a comunidade. A gente fala da importância que é o conselho municipal e o conselho local.** (Ent. 4, Grupo 1).

[...] **participo das reuniões do conselho local e do conselho municipal.** (Ent. 5, Grupo 1).

Eu participo quando tem o conselho (local). Quando tem o encontro, as reuniões, aí sim eu participo, e a depender do que realmente está precisando, às vezes eu exponho para os membros [...] (Ent. 7, Grupo 1).

Eu participo do conselho local de saúde, onde são discutidas as necessidades da comunidade, a fim de procurar o gestor, a própria secretaria, para resolver alguma questão. (Ent. 8, Grupo 1).

Eu sempre faço parte dessas associações, reunião na comunidade, sempre em busca da melhoria do bairro. (Ent. 20, Grupo 1).

Contudo, na análise documental constatamos a participação pouco significativa dos trabalhadores de saúde nas reuniões deste órgão colegiado, conforme registros nas *Atas das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, 2008-2009* (Doc. 7). No primeiro semestre de 2008 houve apenas a participação de dois CLS implantados nas USF do município, sendo que o *Relatório de Gestão do Município de Jequié, 2008* afirma que haviam seis USF com Conselhos Locais implantados (Doc. 5).

Ressaltamos que esse período foi correspondente à implantação destes conselhos nas unidades de saúde da família e que os conselheiros locais realizaram cobranças iniciais referentes à ausência do médico e problemas administrativos na unidade.

Constatou-se que a participação de trabalhadores apenas nas reuniões do CMS nos primeiros meses do ano de 2009 na tentativa de buscar explicações do gestor sanitário para as mudanças ocorridas na saúde, principalmente, relacionadas ao remanejamento dos recursos humanos das USF a partir da atuação da nova gestão municipal.

Conforme análise da *Ata das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, 2008-2009* (Doc. 7), evidenciamos que o conselho de saúde não tem conseguido efetivar suas funções de controle social, visto que a frequência dos usuários e dos trabalhadores de saúde é incipiente nas reuniões deste órgão.

Outro aspecto que nos chamou atenção foi o fato dos depoimentos dos entrevistados divergirem da realidade encontrada, a ponto de ter sido feito o seguinte questionamento: como participar das reuniões dos CLS se a maioria deles encontra-se inativo?

Não obstante, os *Relatórios de Gestão do Município de Jequié, 2007 e 2008* afirmaram que “o CMS tem oferecido suporte técnico e apoio para os Conselhos

Locais existentes, como também tem incentivado a implantação de novos CLS nas áreas adscritas à Estratégia Saúde da Família” (Doc. 4, p.133; Doc. 5, p.153).

Tal informação não encontra sustentação no depoimento do entrevistado 11, o que corrobora com a observação nº 1:

Ultimamente não está tendo as reuniões que deveriam ser mensal. A gente teve alguns problemas, **algumas dificuldades e nesse período não estão acontecendo as reuniões do conselho.** Mais o grupo ainda está ativo e a qualquer momento que for convocado ele está presente. Só está faltando a gente botar mais um pouquinho na prática. Mais teve bons resultados. (Ent. 11, Grupo 1).

Dessa forma, percebemos que o município vivencia um processo delicado no que se refere à implantação/implementação dos CLS nas áreas com ESF, pois no momento da coleta de dados apenas uma USF encontrava-se com o conselho local ativo, e mesmo assim não conseguimos realizar nenhuma observação da reunião do CLS por conta do período de fim de mandato dos conselheiros. Nos *Relatórios Mensais das Atividades da ESF* de 2009 (Doc. 6) também encontramos apenas uma unidade de saúde da família informando a realização de reuniões mensais do CLS.

Corroborando com nosso entendimento o *Relatório da V Conferência Municipal de Saúde* (Doc. 2) indica que um dos problemas levantados foi a falta de Conselhos Locais de Saúde em algumas localidades e a pouca resolutividade nos existentes, em 2007. Porém, nos deparamos com uma situação ainda mais preocupante três anos após a referida Conferência. Enfim, a realidade do controle social no município de Jequié-BA pode estar atrelada à formação das políticas desenvolvidas à nível local.

Os depoimentos dos entrevistados 5, 6, 9 e 12 a seguir são complementares no sentido de apontarem o incentivo aos usuários na participação das reuniões como ações desenvolvidas na busca da efetivação do controle social

[...] **incentivar as pessoas a correr atrás de seus benefícios**, para trazer benefício pra comunidade. (Ent. 5, Grupo 1).

Nós temos uma reunião por mês e aí **a gente convida a comunidade para que venha até a unidade de saúde, para estar fazendo parte das reuniões** e para que eles (usuários) possam estar relatando as dificuldades que estão encontrando na comunidade para ver as possíveis respostas. (Ent. 6, Grupo 1).

Sempre está incentivando. (Ent. 9, Grupo 1).

Nossa ação para favorecer a participação da comunidade são as reuniões. (Ent. 12, Grupo 1).

Conforme as falas dos entrevistados evidencia-se que há uma importância no incentivo da participação dos usuários nas reuniões dos conselhos na tentativa de favorecer um espaço de escuta dos problemas existentes na comunidade e ver as possíveis soluções, assim como na fala de um conselheiro local registrada em *Ata* durante a reunião do Conselho Municipal de Saúde “é lá que se discutem os problemas da comunidade” (Doc. 7). Nesse sentido, Correia (2000, p. 63) afirma:

Os mecanismos de participação institucionalizada na área da saúde, os conselhos e conferências, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem, por um lado, se constituir em mecanismo de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais. Por outro podem ser espaços de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia.

Entretanto, os conselhos e conferências não devem se constituir como os únicos espaços de efetivação do controle social conforme relatório final da 9ª CNS:

A participação, independentemente de sua forma, deve se dar como uma prática, que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para servir a sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais, e sim se refletir no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde (BRASIL, 1992, p. 33).

Assim, a população pode recorrer a outros mecanismos, formais ou não, que garantam seus direitos como, por exemplo, Ministério Público, Ouvidoria, Sindicatos, Associações, Câmara de Vereadores, realização de abaixo-assinado e até mesmo denúncias em meios de comunicação de massa. O depoimento do entrevistado 12 revela essa compreensão quanto aponta outras formas de ações que visam o controle social:

Eu acredito muito na providência de Deus e no poder da comunidade, porque agora mesmo com a falta da médica, a comunidade aprendeu a se organizar. **Fizeram um abaixo-assinado** com mais de duas mil e quinhentas assinaturas, porque sentiram a dificuldade no atendimento. [...] Eles agora já estão aprendendo a reclamar pra **ouvidoria** [...] porque estão cada vez mais esclarecidos dos seus direitos. [...] a gente tá recolhendo a assinatura, pelo senhor que é morador muito antigo daqui, ele está recolhendo essa assinatura, aí quando terminar tudo direitinho a gente vai

ver se consegue **junto com a Associação** fazer uma reunião itinerante com o secretariado [...] (Ent. 12, Grupo 1).

Levando em conta a importância da educação em saúde como uma prática que deve ser exercida num processo de troca de conhecimentos entre os trabalhadores e usuários em que se pode possibilitar aos indivíduos envolvidos o desenvolvimento de competências, habilidades e pensamentos crítico-reflexivos numa vida em sociedade apresentamos os depoimentos dos entrevistados 2, 4, 8, 9, 11, 12, 15, 19 e 21:

[...] **nós investimos muito aqui na educação**, que seria a sala de espera que é feita todos os dias. **É algo que contribui, orienta, ajuda, esclarece e tira dúvida.** (Ent. 2, Grupo 1).

[...] **E nas salas de espera** também que temos todos os dias a gente **tá sempre falando com a comunidade a importância que é o controle social**, da participação dela nas nossas reuniões, nas reuniões do conselho. (Ent. 4, Grupo 1).

[...] **participo de grupos educativos, onde trabalha com a educação em saúde** [...] (Ent. 8, Grupo 1).

[...] falando de saúde geral, de tudo, **faz palestra** [...] (Ent. 9, Grupo 1).

[...] a gente fez no combate a dengue **a conscientização das pessoas** que estavam com os tanques descobertos, que tinham recipientes no quintal. (Ent. 11, Grupo 1).

[...] faz ação de **orientação**. (Ent. 12, Grupo 1).

[...] **faz palestra** nas escolas e **sala de espera**. (Ent. 15, Grupo 1).

[...] **a parte educativa, mostrando para a comunidade o que é o controle social**, a importância da participação da comunidade. (Ent. 19, Grupo 1).

[...] o pessoal do combate a dengue, **a Agente de Saúde sempre está nas casas orientando o que fazer**. (Ent. 21, Grupo 2).

Dentre as ações elencadas pelos entrevistados as atividades de educação em saúde foram apontadas como de incentivo ao controle social tanto por trabalhadores (Grupo 1) como por usuários (Grupo 2), no sentido de identificar as situações de riscos e elencar as estratégias de enfrentamento, voltadas para melhoria da qualidade de vida da comunidade.

De acordo com Costa (2002), a equipe da ESF, através dos grupos de educação em saúde, pode criar condições para qualificar a participação social e o acesso às informações necessárias para o acompanhamento das decisões locais

pelos usuários. Além disso, os próprios conselhos de saúde podem ser fortalecidos a partir do apoio e incentivo à educação para o controle social.

Dessa forma, as ações de educação em saúde realizadas pelos trabalhadores da ESF podem além de estar **mostrando para a comunidade o que é o controle social, a importância da participação da comunidade** (Ent. 19, Grupo 1), constituírem também uma oportunidade privilegiada para o empoderamento individual e coletivo, contribuindo para a concepção acerca da democracia.

Nesse aspecto, corroboramos com o pensamento de Freire e Betto (1985, p.14) ao afirmarem que

[...] uma educação humanizada é o caminho pelo qual homens e mulheres podem se tornar conscientes da sua presença no mundo. A maneira como atuam e pensam quando desenvolvem todas as suas capacidades, tomando em consideração as suas necessidades e as necessidades e aspirações dos outros.

No desenvolver da análise, encontramos divergência nos depoimentos dos entrevistados (Ent. 17, Ent. 21 e 22) em relação às ações de incentivo ao controle social que foram apresentadas nas falas anteriores (Ent. 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 19, 20 e 21) conforme observamos abaixo:

No momento **eu estou só fazendo ambulatório**. Porque **eu mesma não estou tendo muito tempo** pra nada, **pra nenhuma reunião** [...]. (Ent. 17, Grupo 1).

As enfermeiras, sempre quando a gente precisa de algum atendimento, vão até a casa da gente atender, principalmente as pessoas que tem deficiência, não pode vim até o posto. **Elas vão na casa atender e dá toda assistência que precisamos**. (Ent. 21, Grupo 2).

Eu acho que, é a enfermeira ir às casas, como quando tinha idoso. A doutora foi duas vezes, receitou minha mãe. A moça (a enfermeira) também foi. (Ent. 23, Grupo 2).

A importância dada às ações ambulatoriais e/ou assistenciais, voltadas apenas para o ato de executá-las, sem estabelecer outras relações, como por exemplo, propiciar o exercício da cidadania, é flagrante na prática desenvolvida pelas ESF favorecendo assim um enfraquecimento demasiado da sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelos assistenciais mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, na tentativa de responderem as suas necessidades imediatas (FRANCO, MERHY, 2003).

O trabalhador de saúde (Ent. 17) expressa em seu depoimento que não tem tido tempo para realizar outras atividades com ênfase em atividades voltadas para atendimento da comunidade, corroborando com a observação nº 3 em que encontramos a unidade sempre com muitos usuários na sala de espera aguardando para atendimento com o referido trabalhador.

Esta situação vivenciada serviu para refletirmos sobre o que é proposto pelo Ministério da Saúde a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família como “uma estratégia reestruturante do modelo de atenção à saúde vigente” e constatamos que a inversão do modelo de atenção “curativista”, centralizado nas ações medicalizante, para um modelo de atenção baseado na integração de ações de prevenção, promoção e recuperação, com a participação da população do processo de planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1997).

Porém, a simples conformação de uma nova proposta não garante a efetiva mudança do modelo de atenção, uma vez que diversos fatores estão envolvidos no processo de “saber fazer” e gerir saúde. É preciso que ocorra mudança nos sujeitos que se colocam como protagonistas de um novo modelo de assistência, além da necessidade de associar os novos conhecimentos técnicos, nova micropolítica do trabalho em saúde e uma nova ética que o conduza (FRANCO; MERHY, 2003).

Desse modo, segundo Paim (1999), mesmo com as mudanças ocorridas a partir da implantação da ESF e da relevância desta estratégia faltam evidências que apontem como suficiente a reorientação dos modelos assistenciais dominantes. Além disso, aponta que as experiências positivas constatadas em distintos municípios estão distantes de transformar o sistema de saúde brasileiro.

Estas considerações podem se adequar a realidade das equipes de saúde da família do município em estudo ao identificarmos nos depoimentos dos usuários e do trabalhador de saúde que as ações de controle social estão voltadas para perspectivas assistenciais, medicalizantes com características médico-culturais.

Ainda referente às ações de incentivo do controle social desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde observamos que os depoimentos dos entrevistados 14, 24 e 25 foram diferentes dos depoimentos anteriores.

Eu procuro receber bem, falo para esperar um pouco, até a coordenadora chegar. (Ent. 14, Grupo 1).

Não sei informar não. (Ent. 24, Grupo 2).

Eles fazem a parte deles, **eles cumprem a obrigação deles** tudo organizado. (Ent. 25, Grupo 2).

A partir destas falas fica evidente que há um desconhecimento relativo por parte dos usuários das atividades que as equipes de saúde desenvolvem, ou pelo menos deveriam desenvolver, revelando certa ausência da comunidade no envolvimento efetivo na atuação/intervenção nos serviços de saúde e no seu exercício como fortalecimento do controle social.

Desse modo, é preciso que os trabalhadores das ESF continuem seus esforços na realização de ações que auxiliem a promoção e o fortalecimento do controle social na saúde para haja uma maior conscientização política dos cidadãos, conduzindo-os à apropriação de suas conquistas de cidadania.

4.3 CATEGORIA 3 - EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA

Com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre a saúde são “negociadas” com os representantes da sociedade. Por conta disso, a política de saúde brasileira é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia (BRASIL, 2002b).

Nesse sentido, o controle social consiste na participação da sociedade na tomada de decisões referentes à organização, acompanhamento e gestão das ações e serviços do sistema de saúde. As Conferências e os Conselhos de Saúde formam a base essencial do processo democrático participativo no setor saúde, expressando sua legitimidade por intermédio dos segmentos representativos.

A legitimidade pode ser entendida como a condição que um conselheiro, ou mesmo uma decisão, adquire quando representa com veracidade as ideias de um grupo ou de toda a sociedade. Um Conselho ou conselheiro que tenha legitimidade é um Conselho ou conselheiro que tem o apoio, o consentimento e a confiança da sociedade ou do segmento que representa (BRASIL, 2002b).

O texto legal da 8ª CNS atribui como função dos Conselhos de Saúde

[...] na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1986, p. 29).

Portanto, os conselhos municipais de saúde são instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde dentro de um espaço de tomada de decisão coletiva sobre as questões essenciais deste sistema. Constituem-se em espaços públicos de negociação com fundamental importância para a regulação social do novo modelo de atendimento à saúde (RÊGO, 2002).

A Estratégia Saúde da Família configura-se como uma proposta de reestruturação do modelo de atenção, baseado no fortalecimento da atenção básica, além de ser reconhecida como uma importante estratégia para estimular os usuários a desenvolverem uma consciência crítica, tornando-os capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, em níveis individual e coletivo (BRASIL, 2001).

Para tanto, o trabalhador de saúde exerce uma função importante no processo de participação da população por poder criar um ambiente propício para que a comunidade realize o levantamento dos problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades, além de atuar como mediador nestas ocasiões. Contudo, temos observado que a equipe de saúde da família tem enfrentado dificuldades para efetivar o princípio do controle social.

Assim, nesta categoria procuramos apresentar e discutir as facilidades, dificuldades e perspectivas encontradas pelos trabalhadores da ESF do município de Jequié-BA em realizar as ações de controle social.

Subcategoria 1 - Controle social na Estratégia Saúde da Família: dificuldades, facilidades e perspectivas

A ESF tem a finalidade de mudar o modelo de assistência à saúde, na perspectiva de um modelo que se caracterize por apresentar o usuário/família como foco de atenção (FRANCO; MERHY, 1999). Porém, o sistema de saúde local deve estar organizado de forma a facilitar o acesso da população aos serviços e a resolubilidade dos problemas de saúde (MERHY, 1997).

Para Minayo (2001) as questões relacionadas à saúde transcendem e ultrapassam os limites setoriais, dependem de ações políticas à nível macro e micro econômico e social, e envolvem relações comportamentais e ações institucionais e individuais.

Constatamos esta afirmação nos depoimentos dos entrevistados 1, 2, 5, 12 e 14 quando apresentaram as dificuldades na efetivação do controle social na Estratégia Saúde da Família a partir da existência de limites intrínsecos da população na participação de reuniões.

[...] acho que **a comunidade também não contribui**. (Ent. 1, Grupo 1).

[...] a gente vê **a resistência do povo em querer ouvir, em não quer participar**, permanecer no local quando vamos fazer sala de espera. Fica difícil porque a resistência é muito grande. Às vezes nos dá até um pouco desânimo [...] a gente não quer nem mais fazer. (Ent. 2, Grupo 1).

A própria comunidade, **a falta de interesse deles (usuários)**. (Ent. 5, Grupo 1).

[...] **a maior dificuldade é a falta de interesse da parte da população**, é acomodação mesmo. (Ent. 12, Grupo 1).

Quando marca reunião [...] vêm muito pouco. **Nem muitas as pessoas participam**. Às vezes vem já aquele grupinho, que está sempre acostumado vim. Você chama todo mundo, os agentes saem convidando [...] para não esquecer, mas eles não vêm. Às vezes é preguiça de sair de casa, tem pessoas que são muito caseiras, nunca sai de casa pra nada, **não são muito participativos**. (Ent. 14, Grupo 1).

Nos depoimentos dos trabalhadores **a maior dificuldade** que eles encontram **é a falta de interesse dos usuários** em participar das reuniões que a equipe realiza como forma de incentivo ao controle social. Afirmam que **o comodismo e a preguiça** são fatores que interferem nessa não participação. Refere também que essa situação tem gerado desânimo ao ponto de alguns membros da equipe não sentirem mais vontade de realizar reuniões com a comunidade.

Dessa forma, os trabalhadores entrevistados consideram a culpabilidade dos usuários na ausência das reuniões sem ponderar os fatores envolvidos como a estratégia de divulgação, local, horário e motivação. Além disso, refletimos sobre o papel do Estado representado pelo trabalhador e podemos inferir que neste contexto as relações de poder estão estabelecidas em uma via verticalizada, demonstrando a relação de poder existente entre os dois grupos permeada pela exposição de

liderança e influência social exercida pelos trabalhadores de saúde sobre os usuários (WEBER, 2001, p. 97).

Brêtas (2004) complementa nossa reflexão ao afirmar que várias vezes o SUS é visto a partir de políticas de cunho neoliberal que buscam rever os preceitos constitucionais visando destituir do Estado o dever de assegurar a saúde como um direito ao conjunto da população brasileira, pautadas na crença de que a saúde é uma mercadoria e, como tal, passível de comercialização. Mas, é preciso que todos os envolvidos na construção do SUS, sejam os trabalhadores de saúde, gestores e usuários, estejam cientes ao fato de que a política não ocorre apenas no âmbito do Estado, mas também expressa as relações de classe, gênero, raça/etnia, geração; mantendo presente os interesses de divisão, conservação ou transferência de poder.

Nesse sentido, Cecílio e Moreira (2002, p. 597) consideram que “o poder se expressa na microfísica das relações organizacionais, em função de uma dinâmica de interesses que são disputados e defendidos por atores, isolada ou coletivamente”. Considerando que o poder se exerce nas práticas sociais reais, atender aos seus interesses é o fator que norteia a conduta e as ações organizacionais dos indivíduos.

Dessa maneira, os entrevistados 4, 13, 17 e 19 complementam os depoimentos anteriores ao considerarem que a **participação da comunidade está insuficiente**.

[...] **as pessoas é que a maioria das vezes, uma por trabalho**, outra mesmo **por comodismo**, não aparece. E as dificuldades são muitas para estarem sendo levadas para o conselho [...] **a participação popular tá tão fraca**. (Ent. 4, Grupo 1).

A participação da comunidade está muito pouca, o pessoal ainda não tá preparado. **Eu acho que o pessoal está tão desacreditado em tudo que eles não se interessam mais em participar dessas reuniões**. A participação do controle social está terrível. (Ent. 17, Grupo 1).

E a outra dificuldade que a gente tem, **é a falta de conhecimento que a maioria das pessoas tem em nível do controle social** e com isso, a dificuldade da participação da comunidade de está se envolvendo, se engajando nos projetos [...]. (Ent. 19, Grupo 1).

Nesse ponto, Arantes et al., (2007) enfatiza que os processos educativos já desenvolvidos pelos trabalhadores da ESF poderiam ser aproveitados para capacitação de diversos segmentos envolvidos, assim como servir de um espaço de reflexão da cidadania com vistas a fortalecer o controle social na saúde.

Coadunando com estes depoimentos, o documento *Relatório da V Conferência Municipal de Saúde, 2007* (Doc. 2) afirma que a participação popular nas Associações e nos Conselhos Municipal e Local está precária, necessitando haver um incentivo da sociedade através da informação sobre a importância do Conselho Municipal de Saúde e do Controle Social, além da promoção de eventos do Conselho explicando seu papel.

Os depoimentos dos usuários (Ent. 24 e 25) reforçam sobre a dificuldade em participar das reuniões com a equipe de saúde justificando sua ausência pelo motivo do horário que ocorre a reunião ser compatível com o horário de trabalho e por não dar importância à reunião do CLS

Eu mesma nunca participei de reunião, a não ser quando eu trabalhava aqui, dava uma olhadinha, mais eu mesma nunca participei [...] **As reuniões são no horário que eu estou no trabalho, então, não tem como participar.** (Ent. 24, Grupo 2)

E também **eu não posso (ir), nem ligo muito com isso não** (com a reunião do conselho local). (Ent. 25, Grupo 2)

Dessa forma, observamos que tanto os depoimentos dos trabalhadores como dos usuários revelam a “fragilidade” da população na participação expressa pela sua ausência das ações de fortalecimento do controle social, como por exemplo, na não participação das reuniões do conselho local.

O depoimento do trabalhador (Ent. 13) aponta que existem pessoas na comunidade que ficam sem querer participar por causa de alguns problemas políticos

A gente encontra dificuldade **porque a comunidade daqui tem alguns problemas com político.** Então **tem pessoas que ficam sem querer participar**, sem querer falar. (Ent. 13, Grupo 1).

Nesse aspecto, o *Relatório da V Conferência Municipal de Saúde, 2007* (Doc. 2) converge com a fala do entrevistado 13 quando assinala que a comunidade tem receio em participar dos Conselho Locais de Saúde por medo de sofrer retaliações. Além disso, outra dificuldade relacionada à pouca participação da população envolve a deficiência na divulgação das reuniões.

O *Relatório de Gestão do Município de Jequié, 2006* (Doc. 3) informa que a divulgação das reuniões ocorreu através de ofícios circulares com o cronograma das reuniões para diversas instituições e segmentos da sociedade. Entretanto, as

deliberações do CMS foram divulgadas apenas através de seus conselheiros individualmente nas comunidades que estes representam, enfrentando assim a necessidade de atuação mais efetiva da comissão de Comunicação e Informação junto aos meios de comunicação de massa.

Os depoimentos dos usuários convergem sobre a necessidade de divulgação das reuniões justificando que o não comparecimento às reuniões se dá pelo motivo de não serem convocados a participarem.

O motivo que eu não venho pra reunião, quando tem, é eu não saber o dia. [...] Quando a gente vai saber, já passou. **Quando tem reunião ninguém sabe.** (Ent. 21, Grupo 2).

Também **nem sei quando tem reunião aqui.** (Ent. 25, Grupo 2).

[...] **nem sei quando tem reunião.** (Ent. 24, Grupo 2).

Em relação à divulgação das reuniões, o depoimento do trabalhador (Ent. 4) é divergente dos depoimentos acima.

Não existe dificuldade para as pessoas participarem porque as reuniões são divulgadas na mídia, com antecedência, horário local para que as pessoas possam estar participando [...] (Ent. 4, Grupo 1).

Este depoimento pode demonstrar a prática isolada do trabalhador, porém o que evidenciamos em nossas observações foi a inexistência de reuniões dos CLS na maioria das equipes que o tinham implantado, e em apenas uma equipe o cronograma das reuniões ordinárias estava exposto no mural da unidade.

Não obstante, os trabalhadores da ESF sinalizaram a existência de dificuldades na efetivação do controle social relacionada à falta de apoio do gestor municipal na concretização das ações desenvolvidas pela equipe:

O gestor, que a gente não tem ajuda nenhuma e a falta também de incentivo por parte da secretaria municipal. (Ent. 5, Grupo 1).

As dificuldades existem, por exemplo, **a gente precisa de um apoio, um incentivo maior da prefeitura municipal** [...] (Ent. 6, Grupo 1).

Sim, porque às vezes a gente precisa de alguma coisa, faz certas cobranças e não somos atendidos. Então **depende muito da gestão em apoiar para que realmente se concretize as ações.** (Ent. 7, Grupo 1).

[...] existem muitas dificuldades, porque nem sempre aquilo que a gente busca do gestor ou de quem é responsável [...] a gente não consegue retorno. Então, **a gente fica muito limitado.** (Ent. 8, Grupo 1).

Os entrevistados (Ent. 5, 6, 7 e 8) revelam que precisam de um incentivo e um apoio maior dos gestores municipais para que as ações de controle social se consolidem, além disso, afirmam que não tem obtido retorno quando procuram ajuda dos gestores, sentindo-se limitados na realização de suas atividades.

Desse modo, concordamos com Coelho et al. (2009) ao afirmar que os gestores descomprometidos com a participação popular dificultam o exercício do controle social. Porém, é imprescindível àquele que pretende ser bem sucedido em sua gestão realizar a atitude política de inserir os usuários e os trabalhadores de saúde como corresponsáveis por gerir o sistema de saúde, com a competência de nele intervir, avaliar e transformar.

Diferente das dificuldades apresentadas nos depoimentos anteriores, os Ent. 10 e 19 apontaram que é difícil reunir todos os conselheiros, assim como a precariedade do vínculo trabalhista enfrentada pelos trabalhadores da ESF do município de Jequié-BA.

[...] **uma dificuldade é reunir toda a equipe, todo conselho** que vai participar da diretoria. [...] **é difícil reunir todos no mesmo lugar**, no mesmo dia. [...] mesmo marcando as datas, eles (os conselheiros) não comparecem, sempre faltam muito. (Ent. 10, Grupo 1).

A dificuldade que nós temos aqui é **a questão do vínculo**, que nós temos na instituição. A gente assume como **cargo de confiança**, e a gente sabe que tem **uma questão política** e que isso não nos deixa totalmente livre para está desenvolvendo todas as ações. (Ent. 19, Grupo 1).

Os Conselhos municipal e local são conduzidos por regime interno baseados na legislação do SUS em que são definidas as funções dos conselheiros eleitos. De fato, não há nada que obrigue os trabalhadores de saúde a exercerem o cargo de conselheiro, porém eles não devem desconsiderar seu papel específico no controle social, ou seja, na formulação de políticas públicas, na execução e fiscalização delas.

Em relação à dificuldade apresentada no depoimento do Ent. 19, nos chama atenção que segundo Coelho et al. (2009) um dos fatores que pode contribuir para o fracasso da ESF é de ordem política pelo fato de ocorrer, na grande maioria dos municípios brasileiros, a troca da equipe quando há a troca do gestor. Assim, compromete-se todo o trabalho implementado, ou seja, a troca excessiva dos membros das equipes por motivos “políticos” impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade.

Os depoimentos 9, 15, 16 e 22 divergem dos depoimentos anteriores por não apresentarem dificuldades relacionadas à realização das atividades de controle social.

Não encontro dificuldades. (Ent. 9, Grupo 1).

Não, não. **Encontro dificuldade não.** (Ent. 15, Grupo 1).

Não, naquela ação não. **Dificuldades a gente não tem nenhuma.** (Ent. 16, Grupo 1).

Eu mesmo [...] **nunca tive dificuldade.** (Ent. 22, Grupo 2).

Mesmo diante das situações adversas existentes na implementação de ações do controle social sob diversos aspectos, no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Jequié-BA, parte dos entrevistados apresentaram as facilidades na realização de suas atividades.

A facilidade pra realizar essas ações **é a boa vontade nossa.** (Ent. 6, Grupo 1).

[...] Então, **depende mesmo de boa vontade e motivação** para olhar a comunidade, ver as necessidades e tentar fazer alguma coisa. (Ent. 8, Grupo 1).

Nas falas dos trabalhadores de saúde (Ent. 6 e 8) ficam evidenciadas que as facilidades para realizar suas atividades são **a motivação e a boa vontade** deles em perceber as necessidades da comunidade e tentar solucioná-las. Nesse sentido, observamos que há o desejo eminente dos trabalhadores impulsionado pela liberdade constitutiva do Trabalho Vivo em ato, “exercendo um razoável autogoverno sobre sua atividade produtiva” (FRANCO et al., 2009, p. 25).

Doutra forma, os entrevistados 11 e 15, complementam referindo o trabalho em equipe como uma das facilidades encontradas no desenvolvimento das ações de controle social, conforme depoimentos a seguir.

Facilidade **pra realizar a reunião** com a população porque o pessoal organiza e fala que vai fazer uma reunião, **eles fazem mesmo.** Não é tão difícil convidar o pessoal. (Ent. 11, Grupo 1).

[...] em relação à equipe, há muita facilidade. **É um ajudando o outro,** principalmente nas ações do grupo de atenção à criança, ao idoso. **A equipe mesmo se junta e realiza.** (Ent. 15, Grupo 1).

Estes depoimentos traduzem o que de fato é considerado como fundamental na atuação da equipe da ESF, ou seja, é importante que a equipe entenda “a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar no seu dia-a-dia” (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2003). Com isso, inferimos que a partir do momento que há a compreensão de uma responsabilidade compartilhada das ações de saúde por parte dos integrantes da equipe, incluindo a harmonia entre os diversos setores e segmentos, o trabalho em grupo como se consolida como uma facilidade.

A fala do trabalhador de saúde (Ent. 4) complementa os depoimentos anteriores quando refere ter encontrado facilidade na realização das atividades de controle social pelo fato de ser conhecido de toda comunidade.

[...] **a facilidade é porque a gente conhece todo mundo.** É como se tivesse entrando na casa da família da gente. Então a gente tem **aproximação, vínculo** com as pessoas. (Ent. 14, Grupo 1).

Evidenciamos no depoimento acima a importância dos trabalhadores desenvolverem a confiança e o vínculo com o usuário/família facilitando a implementação das ações e orientações que são desenvolvidas na comunidade. Dessa forma, o vínculo perpassa por diversas condutas na relação estabelecida entre trabalhador e usuário, e através dele haverá a possibilidade de compreender o indivíduo e seu mundo social (PIRES, 2007).

Em determinados momentos de observação, a confiança e o vínculo mostraram-se visíveis, a partir do momento que o usuário procura pelo trabalhador de saúde na tentativa de resolver seus problemas de saúde, expressando confiança na resolubilidade que ele daria à situação.

Todavia, os depoimentos dos trabalhadores (Ent. 5, 8, 13 e 17) e do usuário (Ent. 21) são divergentes dos depoimentos anteriores pelo motivo de não encontrarem facilidades na realização das ações de incentivo ao controle social.

[...] **não vejo muita facilidade.** É muito difícil, só em trabalhar com pessoas, eu já acho difícil. (Ent. 5, Grupo 1).

Não tenho facilidade, pois **a gente não tem muito apoio** (Ent. 8, Grupo 1).

Não. **Facilidade nenhuma,** sempre foi muito difícil a realização de ações e para chegar a ser concluídas não teve facilidade nenhuma. Foi muito difícil, **muito burocrático.** (Ent. 13, Grupo 1).

[...] no momento só estou encontrando dificuldade. **Não encontro facilidade.** (Ent. 17, Grupo 1).

[...] **nenhuma facilidade**, pois não se vê acontecer nada. (Ent. 21, Grupo 2).

Analisando estes depoimentos observamos que a ausência de facilidades aqui apresentadas é justificada pelos trabalhadores como o excesso de **burocracia**, a **falta de apoio** e pelo descrédito do usuário (Ent. 21) que afirma **não ver acontecer nada**. Nesse sentido, entendemos que mesmo não existindo facilidade para o trabalhador desenvolver ações com a comunidade que efetivem o controle social, é preciso pensar que o sistema de saúde no Brasil é algo inacabado e que existem possibilidades de superação destas questões.

Quando questionamos qual a perspectiva sobre o controle social, observamos que os entrevistados 8, 11, 13, 16 e 19 convergem sobre a necessidade de maior envolvimento dos diversos atores sociais (gestor, trabalhador de saúde, usuários e comunidade) nas ações voltadas para a efetivação do controle social.

A perspectiva é que as pessoas que a gente está trabalhando, enfim, os usuários, eles entendam as nossas orientações, aquilo explicamos na educação em saúde, **para que eles possam aprender eles mesmos a irem à luta, a buscar**. Porque como dizem que o poder vem do povo se eles mesmos não reivindicarem. [...] Então o que agente faz é está incentivando, educando a população e **a perspectiva é que eles (usuários) acordem e que nos ajudem também**. (Ent. 8, Grupo 1).

Mas, **eles (usuários) têm que buscar que correr atrás, que participar, que lutar por um direito que é deles**. Eles não se interessam muito em correr atrás daquele objetivo. **Eles esperam que um membro ou um representante faça por eles. Muitos acham que a responsabilidade é só da associação de buscar melhorias para o bairro**. (Ent. 11, Grupo 1).

Para o futuro **eu espero que os integrantes do conselho local de saúde e a comunidade, usuários da saúde, sejam mais participativos, que cobrem mais, que participem mais**. Que eles também procurem saber, o que está acontecendo, o que está precisando [...] **que os governantes deem mais acesso a esse tipo de coisa**. Porque, se eles (os gestores) ouvissem mais as reuniões, dessem mais atenção para cobranças eu acho que seria mais fácil para eles resolverem alguns problemas que tem, que nem são tão difíceis assim. (Ent. 13, Grupo 1).

[...] **Que nós no PSF trabalheamos mais com a comunidade orientando**, levando palestra, procurando saber os problemas das pessoas, tratando sempre bem a comunidade, procurando ouvir o paciente e as pessoas desinformadas, para que no futuro, **elas possam aprender a reivindicar os seus direitos que muitos ficam calados porque não sabem dos seus direitos**. E através de nós pode acontecer de estar abrindo, esclarecendo a mente dessas pessoas, para que elas estejam aprendendo a questionar. (Ent. 16, Grupo 1).

Eu espero que todos nós aprendamos a importância e que a gente possa estar mais atuante [...] com o trabalho que a gente vem fazendo, com a persistência, mesmo nos momentos em que a gente fica desestimulado, que a gente consiga realmente estar atuando de uma forma mais eficaz como realmente todo mundo deveria fazer. [...] a gente está tendo um maior empenho por parte das pessoas da comunidade, para realmente estar atuando. Sabemos que é uma coisa lenta, que não é da noite para o dia, que as pessoas tenham consciência da importância desse dever. **Porque o controle social não é só um direito, mas acho que é um dever do cidadão também.** (Ent. 19, Grupo 1).

Observamos que nestes depoimentos os trabalhadores da ESF enfatizam a importância do envolvimento das pessoas da comunidade na resolubilidade dos problemas enfrentados por elas. Apontam sobre o papel dos trabalhadores incentivarem os usuários sobre reivindicar seus direitos e mais ainda, que o controle social não se constitui apenas de um direito, mas um dever do cidadão.

Nesse sentido, o controle social está sendo referenciado como exercício da cidadania mediante atuação da sociedade civil na reivindicação de direitos e proposição de políticas públicas de saúde em diversas instâncias representativas, como os Conselhos de Saúde. Entretanto, conforme Coelho et al., (2009) alguns conselhos têm se conformado como mera formalidade no cumprimento da legislação vigente ou como espaços burocráticos extensivos do poder executivo, na medida que atuam para acatar as decisões dos gestores.

Assim, refletimos sobre a necessidade dos Conselhos de Saúde consolidar-se enquanto um espaço de articulação política, em que os atores sociais discutam as situações em busca de soluções para os problemas de saúde da população (ASSIS; VILLA, 2003).

As falas dos entrevistados 7, 15 e 21 complementam os depoimentos 13, 16 e 19 quando apresentam a perspectiva voltada para a necessidade de uma participação dos gestores e dos próprios trabalhadores nas reuniões do conselho, na escuta da comunidade e no desenvolvimento das ações de controle social na comunidade.

A perspectiva que eu vejo **seria mais em relação à parte da gestão** porque a comunidade participa aqui e os membros da equipe também [...] **Porque para mim acho que eu poderia cobrar um pouquinho da minha parte de talvez participar mais do conselho,** do controle social aqui da comunidade. **Talvez eu poderia tentar ser mais participativo, de alguma forma ou outra, tentar ajudar mais.** (Ent. 7, Grupo 1).

Eu acho que falta a gente ter mais contato com a população, com a comunidade, porque eu acho que fica muito mais restrita a consultório mesmo. Porque só a sala de espera é muito pouco, dez minutos, e a

palestra que eu dou nas escolas é mais referente às crianças. **Não tem esse, intercâmbio entre a comunidade e o posto.** (Ent. 15, Grupo 1).

É... acho que **ouvindo a comunidade** tem mais é... facilidade de resolver alguns problemas... Porque a comunidade vai dizer o que precisa, aí através disso, eles vão ver o que pode fazer, se pode resolver o problema ou não. (Ent. 21, Grupo 2).

O trabalhador de saúde (Ent. 7) inferiu que poderia estar sendo mais participativo no conselho, mesmo não sendo conselheiro, contribuindo de alguma forma para o controle social na comunidade. E, o odontólogo (Ent. 15) afirma que está muito restrito às atividades desenvolvidas no consultório, deixando de estabelecer um maior contato com a população em geral.

Estas perspectivas corroboram com o que o Ministério da Saúde apresenta como proposta da ESF de estabelecer vínculo e corresponsabilidade com os usuários, tendo-os como principal foco da atenção. A portaria 648/GM de 2006 também propõe que os trabalhadores de saúde além de realizarem ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, devem promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social (BRASIL, 2006e).

A usuária (Ent. 21) aponta para o que ela considera como importante na efetivação do controle social: tanto os gestores como o trabalhador de saúde precisam estar atentos para ouvir a comunidade, pois as pessoas irão dizer o que estão precisando e isso poderá facilitar, segundo a opinião do entrevistado, a resolução dos problemas existentes nesta comunidade.

Nesse sentido, o *Relatório da V Conferência Municipal de Saúde, 2007* (Doc. 2, p. 58) enfatiza que os Conselhos de Saúde devem atuar no sentido de esforçar-se para “trazer à agenda de debates os problemas de saúde que afetam a população”, inserindo os usuários na contribuição do planejamento e operacionalização da resolução destes problemas por eles vivenciados.

Os trabalhadores de saúde (Ent. 5 e 6) revelaram perspectivas diferentes das apresentadas nos depoimentos anteriores, pois são perspectivas positivas e de esperança na melhoria na qualidade das condições de vida da comunidade com a concretização de projetos elaborados pela equipe de saúde, conforme depoimentos abaixo:

Espero que esse ano **a gente consiga concretizar o projeto que temos para fazer e que tenha interesse tanto da unidade como da comunidade em concretizar as ações** [...] A gente tem um projeto, mas não teve ainda nenhuma concretização em formar uma cooperativa para gerar renda e cursos profissionalizantes também com as próprias pessoas da comunidade. (Ent. 5, Grupo 1).

A minha perspectiva é **que o gestor encare a situação dessas pessoas, que esteja olhando com bons olhos sobre o controle social da nossa cidade**, porque não está sendo bem visto ainda, precisa que haja um cuidado para que essas perspectivas sejam alcançadas. Eu gostaria que aqui na nossa comunidade tivesse como interagir mais com a unidade, como por exemplo, **oferecer pra comunidade cursos profissionalizantes e outras ações que eles possam aprender e ter também o sustento deles**, porque aqui a nossa comunidade é muito carente e muitos deles tem profissões, mas tão desempregados, sabem fazer muita coisa, mas não tem como fazer por causa da condição financeira [...]. (Ent. 6, Grupo 1).

As perspectivas demonstradas nestes depoimentos revelam que os entrevistados 5 e 6 anseiam pela efetivação do controle social como possibilidade de melhoria da qualidade de vida da comunidade. Para isso, é preciso que os “projetos” e outras ações da equipe de saúde interfiram nos determinantes sociais de saúde (DSS) que são as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos populacionais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No entanto, divergindo dos depoimentos anteriores, temos a fala do entrevistado 2 que comenta:

Eu creio que não deva melhorar porque o que o conselho local pode fazer é muito pouco, porque ele resolve, se reúne, faz alguma coisa, mas o principal ele leva para o conselho municipal. Toda a resolução dele é lá, ele decide aqui, mas ele vai para lá. [...] **o conselho municipal também, ele não é atuante pra cá, ele atua mais pra lá. A gente não recebe a visita do conselho municipal** [...] **Eu mesmo tenho dez, onze anos, eu só vi a presença de uma pessoa do conselho quando houve uma denúncia. Aí vem averiguar aquilo ali porque foi época de política. Se não fosse assim, não vinha**. Então, fica difícil. No caso, o presidente de associações ele faz mais, ele tem mais condição de conseguir controlar do que às vezes a gente aqui tem no conselho. (Ent. 2, Grupo 1).

Neste depoimento percebemos um descrédito do trabalhador na atuação do conselho local de saúde e conseqüentemente da efetivação do controle social. Ele afirma que diante da pouca atuação do Conselho Municipal de Saúde os profissionais/trabalhadores ficam desesperançosos e sem ânimo para continuar lutando pela comunidade.

Entretanto, contradizendo o depoimento da entrevistada 2, o *Plano Municipal de Saúde do Município de Jequié, 2006-2009* (Doc. 1) destaca as **visitas às**

unidades de saúde do município como uma das ações e atividades desenvolvidas pelo CMS.

Neste contexto, evidenciamos que as ações do CMS de Jequié necessitam ser mais abrangentes e efetivas como forma de estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema, partindo da própria situação de inatividade que se encontra os conselhos locais de saúde nas USF.

Diferente dos demais depoimentos, a usuária (Ent. 24) demonstra como perspectiva ao controle social a melhoria no atendimento e o estabelecimento de uma assistência humanizada estabelecida pelo respeito e escuta.

Eu gostaria **que o atendimento que desse mais atenção para gente**. Porque quando a gente vem ser atendido aqui, ele(médico) não atende a gente muito não, ele fala, a gente mostra, pronto. É tal dia. A gente volta aqui e **não é atendida como pede, como a gente precisa ser atendido**, só isso. (Ent. 24, Grupo 2).

Mesmo se tratando de uma queixa relacionada ao atendimento assistencial, esse depoimento tem procedência a partir do momento que entendemos o controle social como o exercício da cidadania: **“a gente não é atendida como pede, como a gente precisa ser atendido”**. Assim, concordamos com Wendhausen (2002) que situações deste tipo nos leva a refletir sobre como tem se conformado as relações de poder/saber entre usuários e trabalhadores de saúde e como essa relação pode influenciar a efetivação do controle social.

Desse modo, entendemos que estas relações tornam-se problemáticas, muitas vezes, pela má interpretação de alguns trabalhadores partindo do pressuposto de que a comunidade é passiva e apática diante das condições de vida (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2003). Todavia, é preciso repensar que as práticas e os valores da ESF baseiam-se na promoção da saúde, na integralidade da assistência, criação de vínculos, compromisso e corresponsabilidade entre os trabalhadores e os usuários.

Assim, conforme a fala da entrevistada 24 a conduta do trabalhador demonstra um distanciamento do que preconiza a estratégia, desperdiçando a oportunidade da consulta para a criação do vínculo e para atuar como um facilitador no processo de conquista da cidadania e efetivação do controle social.

Ressaltamos a importância da interação entre trabalhadores de saúde e usuários, pois através da confiança gerada nos encontros entre eles poderão surgir possíveis soluções que satisfaçam as necessidades da população, proporcionando melhor qualidade de vida a todos.

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família estaria cumprindo o que é proposto pelo Ministério da Saúde de estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, fazendo com que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania e, portanto uma expressão da qualidade de vida (BRASIL, 1998).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante.

Chaplin

Este estudo objetivou analisar as concepções e ações dos usuários e dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Jequié-BA sobre o controle social e teve como pressuposto a existência de limitações no que tange à concepção dos trabalhadores da equipe de saúde da família no município de Jequié-BA e dos usuários sobre o controle social voltada para o entendimento do controle do Estado sobre os cidadãos.

Para tanto, foi possível evidenciar este pressuposto quando analisamos o material empírico que revelou a concepção de controle social dos entrevistados sob dois sentidos do ponto de vista político: relacionado ao controle do Estado exercido sobre os cidadãos ou designado ao controle dos cidadãos sobre as ações do Estado.

Nesse aspecto, compreendemos que há um entendimento do controle social por parte dos trabalhadores de saúde enquanto ações ou medidas assumidas pelos gestores, como representante do Estado, na tentativa de solucionar os problemas vivenciados pela população. Com isso, presumimos que estes entrevistados não percebam os usuários como sujeitos ativos e com capacidade de participar diretamente das políticas públicas se considerarmos que essa ideia de controle social está intimamente ligada à visão sociológica de relações de poder, em que o Estado gerencia e ordena a vida da população através de suas políticas de saúde.

Entretanto, corroboramos com Barros (1994, p. 29), ao considerar que todos nós temos que ser sujeitos políticos e sociais, atuante e participante das decisões que abrangem sua própria vida, determinado na luta por seus direitos. Pois, “ser cidadão não é esperar que outros – sejam o Estado ou organizações da sociedade – nos concedam ou nos coloquem como alvo ou como objeto de suas ações”.

Além disso, o controle social, sob o entendimento do controle do Estado sob a sociedade, foi relacionado à solução de problemas de ordem social e financeira, mencionando que os gestores devam trabalhar para que a questão social, principalmente, nas comunidades menos favorecidas seja solucionada.

O movimento da Reforma Sanitária influenciou as mudanças ocorridas na Constituição Federal de 1988 como a garantia de saúde ser direito de todos e dever do Estado, além da instituição de um sistema público de saúde fundamentado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, a participação pode ser entendida como espaço legitimado de confronto desses interesses contraditórios na perspectiva de que no resultado dos conflitos prevaleça o interesse da maioria da sociedade e o controle social passa a ser entendimento sob a ótica da inclusão do usuário no processo de acompanhamento da formulação, gestão e execução de políticas públicas por parte da sociedade.

Assim, percebemos que em determinados depoimentos o entendimento de controle social dos trabalhadores de saúde aproxima-se da concepção relacionada à participação da comunidade na organização, gestão e controle dos serviços de saúde, mas fica evidente que para que haja uma compreensão mais abrangente do controle social é preciso que trabalhadores de saúde e usuários apreendam a concepção de controle social pautada nas diretrizes preconizadas pelo SUS.

Em relação às ações de incentivo ao controle social desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde, foram destacadas pelos entrevistados as práticas participativas que correspondem à participação dos trabalhadores em reuniões dos conselhos municipal e local, ao incentivo à participação dos usuários nestas reuniões como forma de mobilização popular e realização de educação em saúde.

Os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas de caráter decisório, regulamentadas pela Lei nº 8.142/90 e se constituem como um espaço de luta e de conflitos, onde os envolvidos negociam as possíveis soluções para os problemas de saúde da população. Porém, o controle social não se limita apenas ao espaço limitado dos conselhos, mas se articula às ações dos diversos mecanismos de participação social seja o Ministério Público, ouvidoria, associação de moradores ou câmara de vereadores (BRASIL, 1990b).

Desse modo, complementando às práticas participativas, um entrevistado fez menção da ouvidoria como ação de efetivação do controle social enfatizando a importância dos usuários estarem cada vez mais esclarecidos sobre os seus direitos. Dentre as ações que influenciam o esclarecimento dos usuários e que contribuem para o controle social tanto os trabalhadores como os usuários apontaram a educação em saúde na identificação das situações de riscos e no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento, voltadas para melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Acreditamos que o desenvolvimento destas ações promova a reflexão dos usuários de seus direitos, despertando-os para sua responsabilidade em planejar e

fiscalizar as ações e serviços de saúde, exercitando o controle social, mas ainda é preciso avançar e superar as dificuldades que foram evidenciadas nesta pesquisa.

Nos depoimentos dos trabalhadores a maior dificuldade encontrada foi a falta de interesse dos usuários em participar das reuniões que a equipe realiza como forma de incentivo ao controle social. Referem também que essa situação tem gerado desânimo ao ponto de alguns membros da equipe não sentirem mais vontade de realizar reuniões com a comunidade.

Contrapondo esta afirmação os usuários justificam que não participam das reuniões por diversos motivos, sendo: horário da reunião compatível com o horário de trabalho, por questões políticas, por não serem convocados e por não conferirem importância às reuniões com a equipe de saúde.

Os trabalhadores da ESF sinalizaram também a existência de dificuldades na efetivação do controle social relacionada com a precariedade do vínculo trabalhista e à falta de apoio do gestor municipal na concretização das ações desenvolvidas pela equipe, corroborando com o relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde que aponta como entrave na efetivação do controle social e do SUS a falta de compromisso político dos gestores.

Nesse sentido, é imprescindível que o gestor municipal tenha a pretensão de cumprir com suas responsabilidades e ser bem sucedido em sua gestão realizando a atitude política de inserir os usuários e os trabalhadores de saúde como corresponsáveis por gerir o sistema de saúde, com a competência de nele intervir, avaliar e transformar.

Mesmo diante das situações adversas, parte dos entrevistados expuseram as facilidades existentes na realização das ações de controle social, porém alguns trabalhadores afirmam que não encontram nenhuma facilidade na realização de suas atividades, pelo excesso de burocracia, pela falta de apoio e pelo descrédito do usuário.

Dentre as facilidades relatadas, foi evidenciada nos depoimentos a motivação, a boa vontade dos trabalhadores em perceber as necessidades da comunidade e tentar solucioná-las, o trabalho em equipe, a aproximação e o vínculo com a população.

Nesse sentido, observamos que há o desejo eminente dos trabalhadores em favorecer a melhoria da qualidade de vida da população e implementar os preceitos do SUS, impulsionado pela liberdade constitutiva do Trabalho Vivo em ato,

“exercendo um razoável autogoverno sobre sua atividade produtiva” (FRANCO et al., 2009, p. 25). Porém, sabemos que não depende apenas do trabalhador mudar a situação de vida de determinada comunidade. Muitos fatores e determinantes estão imbricados neste contexto. Tanto os gestores como os usuários também são responsáveis em exercer ações que efetivem o SUS.

As perspectivas dos entrevistados em relação ao controle social no município de Jequié-BA convergiram sobre a necessidade de maior envolvimento dos diversos atores sociais (gestor, trabalhador de saúde, usuários e comunidade) nas ações voltadas para a efetivação do controle social, além do sentimento de esperança na melhoria na qualidade das condições vida da comunidade com a concretização de projetos elaborados pela equipe de saúde.

Dessa forma, estas perspectivas corroboram com as diretrizes do SUS e a proposta da ESF do estabelecimento do vínculo e da corresponsabilidade entre os trabalhadores de saúde e usuários, envolvendo-os no planejamento das ações e organização dos serviços em busca da melhoria de vida da população, com o apoio dos gestores municipais e dos conselhos de saúde enquanto órgãos legais representativos de diversos segmentos sociais.

Diante do exposto, acreditamos que o entendimento de controle social dos usuários e trabalhadores da ESF necessita ser mais abrangente dentro da perspectiva da participação do cidadão na gestão pública e intervenção das ações do Estado para que os indivíduos exerçam sua cidadania de maneira crítica e consciente.

A realização deste estudo possibilitou a reflexão sobre minha prática enquanto enfermeira assistencial da Estratégia Saúde da Família, como também identificar que é imprescindível a existência de uma articulação entre os atores sociais inseridos no contexto do sistema de saúde em que os trabalhadores de saúde e gestores ofereçam suporte técnico e apoio para os Conselhos Locais de Saúde, ampliando a participação política dos usuários nos espaços de controle social motivados pelo exercício da cidadania, consolidação do SUS e melhoria da qualidade de vida para todos os brasileiros.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. C. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, n.27, v.63, p. 63-73. Jan./abr., 2003.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Rev. Bras. Enf.**, v.53, n.2, p. 193-204, 2000.

ALVAREZ, M. C. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n1/22239.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2010.

ANDRADE, F. M. O. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. UFCE, Fortaleza, (Dissertação de Mestrado), p. 23-31 e 49-57, 1998.

ANDRADE, L. O. M. de; et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (CE): uma resposta municipal para educação permanente no SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.30, p. 15-25, março, 2004.

ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T.; OGATA; M. N. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: Concepções e ações de Enfermeiras da Atenção Básica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul./Set., 16(3): 470-8.

ARAÚJO, E. P. de. **A Nova História de Jequié**. Prefeitura Municipal de Jequié. 1997. Disponível em: <http://www.jequienoticias.com.br_hist.php>. Acesso em: 07 ago. 2009.

ASSIS, M. M. A. **Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde**. Feira de Santana: UESF, 2003. 14p. Digitado.

ASSIS, M. M. A. et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan/ jul, 1998.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, Tereza C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2003, mai./jun., 11(3): 376-82.

BAHIA. **Secretaria Municipal de Saúde**: Departamento de Assistência à Saúde. Jequié, 2009.

BARROS, E. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde**. Brasília-DF: DPS/IPEA, 1994.

BRASIL. **Resolução 06/84**, MS/MPAS/MEC/ CIPLAN; Ações Integradas de Saúde. Anexo: normas gerais aplicáveis às AIS. Brasília, 3 maio 1984.

_____. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 15/09/2009.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, DF, 1990a.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Brasília-DF, 1990b.

_____. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 15 set. 2009.

_____. **Incentivo à participação popular no SUS**: Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**. v.4, n.2, p. 15-25. Brasília, 1996.

BRASIL. **Portaria nº 1.886/GM**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas. Brasília, 1997.

_____. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família**. Caderno 1. Brasília-DF, 2000.

_____. Sistema Único de Saúde. **Reorientando o modelo assistencial**. Brasília-DF, 2001.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Guia do conselheiro**: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 333**. Brasília-DF, 2003.

_____. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: Resgate Histórico do Controle do SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Brasília, DF. 2006e.

BRASIL. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006f.

_____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009a.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. **Participa SUS: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRÊTAS, A. C. P. **Especialização em Saúde da Família**. Módulo Político Gestor e Participação social. Notas para debate. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_7.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2010.

BOBBIO, N., MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Cd-room, Editora Universidade de Brasília, 2003, p. 283.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque não! **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p. 14-24. 2004.

CAMPOS, E. B. **Controle social das políticas públicas**. Notas para debate. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/Textos/Controle%20Social%20das%20Políticas%20Publicas.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, Á. L. P. A incorporação da participação social na Estratégia de Saúde da Família: o papel dos profissionais de saúde. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.5, n.3, p. 231-239, set/dez. 2003.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, Á. L. P. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.16, n.2, p. 271-279, abr/jun. 2007.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1995.

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J.; TURINI, B. Controle Social em Saúde. In: **Bases da Saúde Coletiva** / Selma Maffei de Andrade, Darli Antônio Soares, Luiz Cordoni Júnior (organizadores). Londrina: UEL, 2001, p. 93-131.

CEBES. A questão democrática na saúde. **Saúde em Debate**, v.9, 1980.

CECCIM, R. B. et al. O que dizem a Legislação e o Controle Social em Saúde sobre a formação de Recursos Humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2002.

CECILIO, L.C.O.; MOREIRA, M.E. Mecanismos de controle, disputa de interesse e conflito: o trama de poder nas organizações de saúde. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro: v.36, n.4, p.587-608, 2002.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X. Participação social na Atenção Básica à Saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. APS**, v.12, n.4, p. 448-458, out./dez. 2009.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social?** Os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. **Desafios para o controle social**: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSTA, N. R. Transição e Movimentos Sociais. Contribuição ao Debate da Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, (2)4: 207-225 abril/junho, 1988.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v.18, n.18, p. 49-71, jun. 2002.

COUTINHO, C. N. **Gramsci e a sociedade civil**. 2002. Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/>>. Acesso em: 15 out. 2009.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 323-331. 2005.

CRUBELLATE, J.M. Participação como controle social: uma crítica das estruturas organizacionais flexíveis. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 2, Art. 20, jul./dez. 2004

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas, SP: Autores Associados, 1995.

DOMINGUEZ, B. C.; DE LAVOR, A.; MACHADO, K; CARVALHO, M. 13ª Conferência Nacional de Saúde: Encontro de paradoxos. In: REVISTA RADIS – Comunicação em saúde – **13ª Conferência Nacional de Saúde**: Evento se destaca pelo que rejeitou, não pelo que aprovou. n.65, jan. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estado e massas na atual conjuntura. **Sociedade e Estado**: revista do Depto de Sociologia da UnB, Brasília, v. 1, n.1, p. 25-37, 1986.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**. Botucatu, v.9, n.18, p. 489-506. 2005.

FLEURY, S. Democracia e socialismo: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (org.). **Coleção Pensar em Saúde**: Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro. CEBES, 2009.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.26, n.62, p. 272-281, set./dez. 2002.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: Contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde. Belo Horizonte / Campinas, março de 1999. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em: 05 mai. 2010.

_____. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: FRANCO, T. B. (org.). **A produção Subjetiva do Cuidado**: Cartografia da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

FREIRE, P.; BETTO, F. **Essa escola chamada vida**. São Paulo: Ática, 1985. 96p.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 28ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GOHN, M. G. M. Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas. In: GOHN, M. G. (org.) **Movimentos sociais no início do século XXI**: antigo e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. **Teoria dos Movimentos Sociais** - Paradigmas Clássicos e Contemporâneos. 8ª ed. São Paulo: Loyola, 2010.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.11, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 jan. 2007.

HARBEMANS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: L.P.M., 1987.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=29>. Acesso em: 20 dez. 2010.

JACOBI, P. **Movimentos sociais e políticas públicas**: demandas por saneamento básico e saúde. São Paulo: Cortez, 1989.

JEQUIÉ, S. M. S. **Plano Municipal de Saúde**. Jequié, 2006/2009. (Doc.1).

_____. **Relatório da V Conferência Municipal de Saúde**. Jequié, 2007. (Doc. 2).

_____. **Relatório de Gestão do Município**. Jequié, 2006. (Doc. 3).

JEQUIÉ, S. M. S. **Relatório de Gestão do Município**. Jequié, 2007. (Doc. 4).

_____. **Relatório de Gestão do Município**. Jequié, 2008. (Doc. 5).

_____. **Relatórios Mensais das Atividades do PSF**. Jequié, 2009. (Doc. 6).

_____. **Livro Ata das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde**. Jequié, 2008-2009 (Doc. 7).

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde - retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas/IPEA**. 14: 75-156. 1996.

LÜCHMANN, L. H. H. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa**: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas-SP, 2002.

MACEDO, L. C. **Participação e Controle Social na Área da Saúde**: uma revisão bibliográfica. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto. USP, 2005.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil**: tendências da década de 1990. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

_____. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: Características tecnológicas do processo de trabalho na estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E. O SUS e um dos dilemas: mudar a gestão e lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia**. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de fabricar os novos modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p.7-19. 2001.

_____. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12^a. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em Saúde? - Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p. 137-156.

NASCIMENTO, M. S. **Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família**: interface da vigilância da saúde versus ações programáticas. Dissertação de Mestrado, Feira de Santana. Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, 2003.

NAVAS, A. M. M. S. **A participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS**: limites e possibilidades. Dissertação de Mestrado, Assis. Universidade Estadual Paulista – UNESP, 2008.

NERY, A. A. **As necessidades e expectativas das famílias em relação à Saúde da Família no município de Jequié-BA**: em busca de uma tradução. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. 151f.

NOGUEIRA, F. C. P.; LIMA, L. H. O.; WOLFOVITCH, R. G. S.; NASCIMENTO, S. M.; LOPES, S. R. M. Implantação de um Conselho Local de Saúde: desafios da prática do controle social. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.32, n.1, p. 96-103, jan./abr. 2008.

OLIVEIRA, J. B.; GUSMÃO, S. C. A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista BA. In: SECLLEN–PALACIN, J. A.; FERNANDES, A. S. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2004.

OMS/UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS: 6-12, Setembro, 64p. 1979. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2009.

PAIM. J. S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.

_____. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, 489-503.

_____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Tese [Doutorado] – Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. **Seminário “O enfermeiro no Programa de Saúde da Família”**. São Paulo, 2000.

PIRES, V. M. M. M. **Integridade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família**: desafios na construção de uma prática de relações. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Feira de Santana, 2007.135p.

RÊGO, A. C. F. D. **A difícil institucionalização de gestões participativas**: os conselhos municipais de saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Rio Grande do Norte - UFRN. Rio Grande do Norte, 2002.

RIOS, A. F. C. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. São Paulo: Casa de Letras, 2001.

RODRIGUES, G. B. Orçamento Participativo e o movimento hip hop: duas formas distintas de protagonismo sócio-espacial. Disponível em: <<http://www.geografia.ufrj.br/nuped/textos/orcamentoparticipativomovimento.pdf>>. Acesso em: 02 out.2009.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Diário de Natal - Suplemento Da Vinci, Natal/RN**, v. 41, p.1, 26 abr. 2003. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em: 02 out. 2010.

RODRIGUEZ NETO, E. Reunião da Abrasco em Cachoeira, Bahia. **Saúde em Debate**, Londrina, p.33-38, abr., 1988.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena**: experiência, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, I. F. da; LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 161-170, jan./fev. 2001.

SILVA, J. M. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié-BA**: a dialética entre a teoria e a prática. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Feira de Santana, 2006.

SPOSATI, A; LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p.366-378, out./dez., 1992.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: Epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

VIANNA A. L., DAL POZ M. R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. R.J., 8(2): 11-48, 1998a.

_____. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Abril, 1998b.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 3ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí-SC: UNIVALI, 2002.

WENDHAUSEN, A. L.; SAUPE R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v.12 n.1, p. 17-26, jan./mar. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A:

**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Campus de Jequié**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

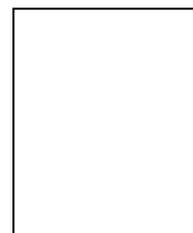
Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, Segundo Conselho Nacional de Saúde

- **Pesquisa:** Controle Social na Estratégia Saúde da Família: Concepções e Ações dos profissionais de saúde.
- **Propósito de estudo:** Esta pesquisa tem como propósito contribuir com a produção de conhecimentos, no sentido de ajudar a superar algumas limitações no campo da prática, frente à possibilidade de refletir, debater e apresentar propostas que possibilitem uma discussão sobre a participação da comunidade no processo de construção do SUS, seja na Equipe de Saúde da Família ou em outras organizações sociais, porém com o estímulo dos profissionais de saúde que estejam comprometidos em uma construção coletiva do saber-fazer saúde na efetivação do controle social.
- **Participação:** A participação à pesquisa será voluntária, ficando autorizado o uso das informações audiogravadas, e em caso de recusa ou desistência de participação na pesquisa não haverá nenhuma penalidade. Para a participação na pesquisa não haverá quaisquer despesas ou pagamentos/gratificações.
- **Desconfortos e riscos:** Este estudo não trará riscos para minha integridade física ou moral.
- **Confidencialidade do estudo:** A identificação dos participantes será mantida em sigilo, sendo que os resultados do presente estudo poderão ser divulgados em congressos e publicados em revistas científicas.

- **Benefícios:** O presente estudo contribuirá para a reflexão sobre o controle social como forma de fortalecimento do SUS.
- **Dano advindo da pesquisa:** Em hipótese alguma o informante estará submetido a riscos devido a sua participação neste estudo, uma vez que os dados serão tratados com sigilo e exclusividade, sem fornecimento a terceiros. Os dados encontrados serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis, não sendo identificados os informantes.
- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado Controle Social na Estratégia Saúde da Família: concepções e ações dos profissionais de saúde, desenvolvido pela mestrandia em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração: Saúde Pública, Aline Vieira Simões, sob a responsabilidade do Professor Dr. Fábio Ornellas Prado da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), do referido Curso.

Nome do Participante _____



COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os objetivos e benefícios da pesquisa.

_____ Jequié, Data: ____/____/____

Pesquisador Responsável

_____ Jequié, Data ____/____/____

Pesquisadora Colaboradora

Para maiores informações pode entrar em contato com a mestranda do PROGRAMA de Enfermagem e Saúde, Aline Vieira Simões, Fone: (73) 3528 9738, e-mail: line.vieira@hotmail.com; Rua José Moreira Sobrinho, S/N, Jequezinho, Jequié/Bahia. CEP 45.206-191 ou com o docente Dr. Fabio Ornellas Prado, Fone: (73) 3528 9738, e-mail: fop_@hotmail.com; Avenida José Moreira Sobrinho, S/N, Jequezinho, Jequié/Bahia. CEP: 45.206-190.

APÊNDICE B:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1 Dados pessoais

Entrevista nº: _____

Início: _____

Término: _____

- Idade: _____. Sexo: () M () F. Profissão/Ocupação: _____
- Tempo de experiência profissional: _____. Tempo de atuação no PSF: _____
- Regime de trabalho: _____. Outro(s) vínculo (empregatício(s)): _____
- Estado Civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo () união estável

1.1 Perfil educacional

Grau de instrução:

Ensino fundamental incompleto() Ensino fundamental completo()

Ensino médio incompleto() Ensino médio completo()

Ensino superior incompleto() Ensino superior completo()

() Especialização – área: _____ () Mestrado-Área _____

Outros _____ () Treinamento Introdutório (Saúde da Família)

() Formação na atenção aos cuidados nos ciclos da vida

1.2 Você é membro de alguma instituição ou movimento social? SIM () NÃO ()

1.3 Em caso afirmativo: Qual instituição? _____

Participa das reuniões? SIM () NÃO ()

2 Questões norteadoras sobre Controle Social:

2.1. Concepção sobre controle social.

2.2. Relate as ações você tem desenvolvido que contribuam para a efetivação do controle social na ESF.

2.3. Dificuldades (desafios) para realizar ações que visem o controle social.

2.4. Facilidades (avanços) para realizar ações que visem o controle social.

2.5. Perspectivas em relação à efetivação do controle social.

APÊNDICE C:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – USUÁRIO USF

Entrevista nº: _____

Início: _____

Término: _____

1 Caracterização do (a) entrevistado (a):

- Idade: _____. Sexo: _____. Escolaridade: _____.
- Profissão/Ocupação: _____. Tempo de residência na área: _____.
- Tempo de cadastramento na unidade: _____.

2 Participação do (a) usuário na USF na atenção à saúde e controle social:

- Tempo que frequenta a USF: _____
- Motivo pelo(s) qual (ais) procurou a USF pela última vez (queixas): _____
- Serviço(s) ou atendimento(s) mais procurado pela família: _____
- Participa das reuniões na comunidade: () Sim () Não () Às vezes
- Faz parte de alguma associação: () Sim () Não
- É conselheiro de saúde? () Sim () Não
Caso positivo, há quanto tempo? _____
- Participa das reuniões? SIM () NÃO ()
- Em caso afirmativo: Com que frequência? _____

3 Questões norteadoras sobre Controle Social:

- Concepção sobre controle social.
- Apontar ações que a equipe de saúde desenvolve para a efetivação do controle social.
- Apontar ações de controle social que você gostaria que a equipe de saúde desenvolvesse para efetivação do controle social.

APÊNDICE D:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Observação nº: _____

Início: _____

Término: _____

1 Controle Social na USF:

- Atores sociais participativos;
- Mecanismos através dos quais a equipe proporciona aumento do vínculo com o usuário;
- Momento de escuta e discussão das necessidades da demanda;
- Ações realizadas para enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade assistida;
- Organização dos serviços: caracterização da demanda (priorização das necessidades), sistema de referência e contra-referência, serviços oferecidos e seus horários de funcionamento, meios de divulgação e educação à saúde;
- Reconhecimento de direitos e deveres – cidadania e autonomia do usuário.

2 Caracterização da USF:

- Tempo de funcionamento: _____. Cobertura das famílias: _____
- Composição da equipe: _____
- Estrutura física: descrição do ambiente (nº de salas) e suas respectivas funções _____
 _____;
- Equipamento básico para atendimento da população.

ANEXOS

ANEXO A:



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

PARECER DO PROJETO

Protocolo 161/2009

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: Controle social na Estratégia de Saúde da Família: Concepções e ações dos profissionais de Saúde.

Pesquisador Responsável: Prof. Fábio Ornellas Prado.

Pesquisador Colaborador: Aline Vieira Simões, Profa. Adriana Alves Nery

Instituição onde se realizará: UESB

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde.

II - Objetivos:

Geral: Analisar as concepções dos profissionais das ESF do município de Jequié-BA sobre o controle social.

Específicos:

- Conhecer as concepções dos profissionais das ESF do município de Jequié-BA sobre o controle social.
- Descrever as ações de controle social desenvolvidas pelos profissionais das ESF do município de Jequié-BA
- Identificar facilidades e/ou dificuldades encontradas pelos profissionais das ESF em realizar as ações de controle social.

III – Sumário do projeto:

Este estudo tem como objeto de investigação o controle social na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-Ba. O objetivo geral é analisar as concepções dos profissionais das ESF do município de Jequié-Ba. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. O campo de estudo serão as unidades de saúde da família do município; os sujeitos da pesquisa são os profissionais que compõem as equipes da ESF (Enfermeira, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde) e os usuários cadastrados nas referidas equipes. O tipo de amostra será intencional. As técnicas utilizadas para a coleta de dados serão: entrevista semi-estruturada, observação sistemática e análise documental. Para o processo de análise e interpretação das informações coletadas nas entrevistas será utilizado como método a hermenêutica-dialética.

IV – Comentários do relator:

O projeto apresenta TCLE adequado às normas vigentes. No meu entendimento, o projeto não oferece riscos aos informantes. Comentário: no apêndice C, ou seja, roteiro de entrevista para os usuários, sugiro que o termo “controle social” seja substituído por “participação popular”, para facilitar o entendimento do informante.

V – Parecer do relator:

Face ao exposto, sou de parecer favorável à sua aprovação com sugestão.

Situação do projeto:

Aprovado com a referida sugestão.

Jequié, 14 de outubro de 2009

Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB

ANEXO B:



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 161/2009

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: *Controle social na Estratégia de Saúde da Família: Concepções e ações dos profissionais de Saúde.*

Pesquisador Responsável: Prof. Fábio Ornellas Prado.

Pesquisador Colaborador: Aline Vieira Simões, Profa. Adriana Alves Nery

Instituição onde se realizará: UESB

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde.

II - Objetivos:

Geral: Analisar as concepções dos profissionais das ESF do município de Jequié-BA sobre o controle social.

Específicos:

- Conhecer as concepções dos profissionais das ESF do município de Jequié-BA sobre o controle social.
- Descrever as ações de controle social desenvolvidas pelos profissionais das ESF do município de Jequié-BA
- Identificar facilidades e/ou dificuldades encontradas pelos profissionais das ESF em realizar as ações de controle social.

III – Sumário do projeto:

Este estudo tem como objeto de investigação o controle social na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-Ba. O objetivo geral é analisar as concepções dos profissionais das ESF do município de Jequié-Ba. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. O campo de estudo serão as unidades de saúde da família do município; os sujeitos da pesquisa são os profissionais que compõem as equipes da ESF (Enfermeira, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde) e os usuários cadastrados nas referidas equipes. O tipo de amostra será intencional. As técnicas utilizadas para a coleta de dados serão: entrevista semi-estruturada, observação sistemática e análise documental. Para o processo de análise e interpretação das informações coletadas nas entrevistas será utilizado como método a hermenêutica-dialética.

IV – Comentários do relator:

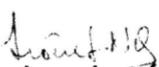
O projeto apresenta toda a documentação necessária à análise do CEP/UESB, está bem elaborado e estruturado e possui relevância social. O TCLE é adequado às normas vigentes. No nosso entendimento, o projeto não oferece riscos aos informantes.

V – Parecer do relator:

Face ao exposto, somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 15 de outubro de 2009


Prof. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO C:



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 19 de outubro de 2009

Of. CEP/UESB 329/2009

Ilmo. Sr.

Prof. Fábio Ornellas Prado

Departamento de Saúde – UESB

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

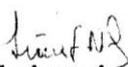
Protocolo nº: **161/2009**

Projeto: **Controle social na Estratégia de Saúde da Família: Concepções e ações dos profissionais de Saúde**

Pesquisadores: **Prof. Fábio Ornellas Prado (orientador)**
Aline Vieira Simões (mestranda) e Profa. Adriana Alves Nery (co-orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO D:



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



TERRA DE TODOS NÓS

Ofício n.º 162/2009

26 de Outubro de 2009

Ilma Srª Stella Santos Souza

Secretária Municipal de Saúde do Município de Jequié-Ba

Prezada Secretária

Apresentamos a V.Sª **Aline Vieira Simões**, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Strictu Senso* (Nível de Mestrado) em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES / UESB) para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação de mestrado “Controle Social na Estratégia de Saúde da Família: Concepções e Ações dos Profissionais de Saúde”, **protocolo 161/2009, aprovado pelo CEP/UESB.**

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 329/2009 referente à aprovação do projeto 161/2009 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Coordenadora

Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho – Jequié-BA
Fone: (73)3528-9600 / 3528-9738 – mesaude@uesb.br

Azize B. Abba
Azize Barreto Abba
Assistente Administrativo do Gabinete
Secretaria Municipal de Saúde

18.01.2010

ANEXO E:



PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

COMUNICAÇÃO INTERNA N.º 043/2010

DO SERVIÇO/SETOR: Assistência à Saúde

PARA O SERVIÇO/SETOR: Todas USF

ASSUNTO: Projeto de pesquisa

Prezado(a) Senhor(a):

Informamos que Aline Vieira Simões, mestranda do Programa de Pós-Graduação Strictu Senso em Enfermagem e Saúde da UESB, estará autorizada a realizar coleta de dados do Projeto: "Controle Social na Estratégia de Saúde da Família: Concepções e Ações dos Profissionais de Saúde".

Jequié, 26 de janeiro de 2010.


Leyniara Alves Novaes dos Santos
Diretora do Dept.º de Assistência à Saúde