

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

JACKS SORATTO

**A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Porto Alegre

2011

JACKS SORATTO

**A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Regina Rigatto Witt.

Porto Alegre

2011

CIP - Catalogação na Publicação

Soratto, Jacks

A participação e o controle social na percepção da
equipe de saúde da família / Jacks Soratto. -- 2011.
120 f.

Orientadora: Regina Rigatto Witt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Participação cidadã. 2. Políticas de controle
social. 3. Saúde da família. 4. Sistema Único de
Saúde. 5. Direito à saúde. I. Rigatto Witt, Regina,
orient. II. Título.

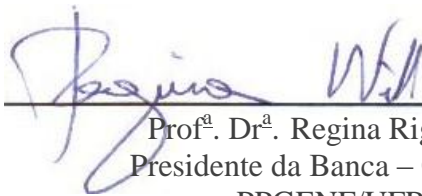
JACKS SORATTO

**A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

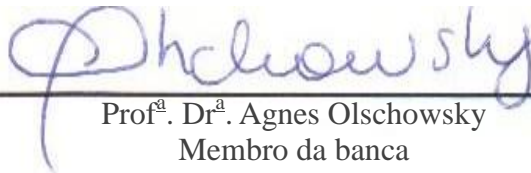
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 12 de Maio de 2011.

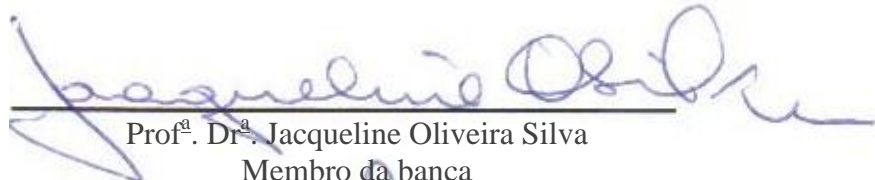
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dr.^a. Regina Rigatto Witt.
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Prof.^a. Dr.^a. Agnes Olschowsky
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Prof.^a. Dr.^a. Jacqueline Oliveira Silva
Membro da banca
FAMED/UFRGS



Prof.^a. Dr.^a. Soraia Dornelles Schoeller
Membro da banca
DE/UFSC

*Dedico este trabalho a minha esposa, meu pai,
meu irmão, a minha amiga Eliana M. Faria e
a todos e todas que sonham com um SUS
melhor.*

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Regina Rigatto Witt, primeira professora que me acolheu na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela paciência, dedicação, simplicidade e humildade;

A minha esposa Rúbia Espíndola Soratto, pelo carinho e pelo ouvir;

A meu pai Braz Soratto, que negou parte de sua vida em prol a minha;

Ao meu irmão Douglas Soratto pelo apoio nos diversos momentos;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialmente a professora Clarice e a Tati, pela agilidade nas respostas;

Ao Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e na Comunidade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelas discussões empreendidas sobre a temática deste estudo;

A Secretaria Municipal de Saúde do município de Içara/SC, pela acolhida no município para execução da pesquisa;

Aos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família estudada, pela voluntariedade e motivação na participação da pesquisa;

Ao auxiliar de pesquisa deste estudo, Cláudio, pelo companheirismo e por sua colaboração nas realizações das oficinas;

As amigas Eliana, Luciane e Soraia, principais motivadoras desta conquista;

Aos amigos Anésio, Andrei, Leandro e Moaldir pelo diálogo e força nos momentos de dificuldades;

Aos autores que me ancorei neste estudo, por suas contribuições teóricas;

A todas as professoras e amigos(as) do mestrado em enfermagem;

Aos integrantes da banca examinadora, pelo seu olhar crítico depreendido a esta pesquisa;

Por fim, a todos e a todas que de alguma maneira colaboraram direta ou indiretamente na construção deste estudo;

E, sobretudo a Deus.

“[...] participar é discutir, é ter voz [...]” (Paulo Freire).

RESUMO

Soratto J. A participação e o controle social na percepção da equipe de Saúde Família [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

Esta investigação teve como objetivo analisar as percepções atribuídas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família [ESF], sobre a participação e controle social em saúde. Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva. O estudo foi realizado no município de Içara, Santa Catarina. Os participantes foram os membros de uma equipe de saúde da família ampliada. Para coleta de informações utilizou-se o Método Criativo Sensível e a observação participante. Foram realizados três encontros para a produção de informações que foram analisadas segundo análise de conteúdo temática. Desta resultaram categorias empíricas que foram relacionadas aos temas das oficinas, tomados como categorias operacionais: a ESF, a participação social em saúde, o controle social em saúde. As percepções sobre a ESF enfatizaram dos princípios filosóficos do Sistema Único de Saúde, dentre os quais, universalidade, equidade e integralidade. O trabalho em equipe apareceu como sobreposição do trabalho dos diferentes profissionais e como articulação de saberes. Percepções de prevenção de doenças e promoção da saúde, indicaram a ESF como fomentadora do modelo tradicional de saúde. A participação em saúde foi percebida como passiva, com o comparecimento da população às atividades programadas pela equipe, mas também houve manifestação de uma visão mais ativa de entender o termo vinculada ao diálogo e a escuta. Duas percepções foram apreendidas em relação ao controle social em saúde: como fóruns institucionalizados [conselhos e conferências] e também como monitoramento e controle da doença. Por fim, as percepções dos profissionais estudados reforçam o modelo assistencial, mas também demonstram preocupação com a mudança deste modo predominante de pensar e agir em saúde. Há necessidade também da compreensão sobre os conceitos que os embasam esta temática, afim, de tornar a ESF um legítimo espaço de participação e controle social em saúde.

Descritores: Participação cidadã. Políticas de controle social. Saúde da família. Sistema Único de Saúde. Direito à saúde.

ABSTRACT

Soratto J. The participation and social control in staff perception of Family Health [dissertation]. Porto Alegre: School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, 2011.

This investigation aimed to examine the perceptions of professionals assigned by the Family Health Strategy [FHS], about participation and social control in health. This is a field research approach to qualitative, exploratory-descriptive. The study was conducted in Içara city, Santa Catarina state. The participants were members of a health team of the extended family. To collect information we used the Creative Method Sensitive and participant observation. We had three meetings for the production of information that were analyzed by thematic content analysis. It's resulted empirical categories that were related to the themes of the workshops, taken as operational categories: the FHS, the social health participation, the social control in health. The perceptions about the FHS emphasized the philosophical principles of the Health System, among which, universality, fairness and integrity. The Teamwork appeared as overlapping work of different professionals and how to articulate knowledge. Perceptions of disease prevention and health promotion, indicated the FHS as supporting the traditional model of health. Participation in health was perceived as passive, with the attendance of the population to the activities planned by the team, but there were also expressions of a more active to understanding the term linked to dialogue and listening. Two perceptions were learned about to social control on health: as how institutionalized forums [councils and conferences] as well as monitoring and controlling the disease. Finally, the perceptions of professionals studied reinforce the assistance servicing model, but also express concern about the change of the predominant mode of thinking and acting in health. There is also need an understanding of the concepts that support this theme, in order, to make the FHS a legitimate space of participation and social control in health.

Descriptors: Citizen participation. Social control policies. Family health. Unified Health System. Right to health.

RESUMEN

Soratto J. A participación y el control social en la percepción del equipo de Salud de la Familia [disertación] . Porto Alegre: Escuela de Enfermagem, Universidade Federal del Rio Grande del Sul; 2011.

Esta investigación tuvo como objetivo el análisis de las percepciones de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia [ESF] ampliada, sobre la participación y control social en salud. Se refiere a una investigación del entorno con un enfoque cualitativo, de tipo exploratoria-descriptiva. El estudio fue realizado en la ciudad de Içara, Santa Catarina. Para la recogida de informaciones se utilizó el método Creativo Sensible y la observación participativa. Fueron realizados tres encuentros para la producción de informaciones que fueron analizadas según su contenido temático. De esta resultaron categorías empíricas que fueron relacionadas con los temas de los talleres, tenidos como categorías operacionales; la ESF, la participación social en salud, el control social de la salud. Las percepciones sobre la ESF enfatizan dos principios filosóficos del Sistema Único de Salud, entre los cuales, universalidad, la equidad e integralidad. El trabajo en equipo apareció para sobreponer al trabajo de los distintos profesionales y como articulación de saberes. Percepciones de prevención a enfermedades y promoción de la salud, señalaron a la ESF como estimuladora del modelo tradicional de salud. La participación en salud fue percibida como pasiva, con la asistencia de la población en las actividades programadas por el equipo, pero, también hubo manifestaciones de una visión mas activa de comprender el término interligado al diálogo y a la escucha. Dos percepciones fueron incautadas en relación al control social en salud: como foros institucionalizados [consejos y conferencias] y también como el seguimiento y control de la enfermedad. Al final, las percepciones de los profesionades estudiados refuerzan el modelo asistencial, pero también manifiestan la preocupación con el cambio de esta forma predominante de pensar y actuar en salud. También existe la necesidad de la comprensión de los conceptos que rodean esta temática, con la finalidad, de hacer de la ESF un legitimo espacio de participación y control social en salud.

Descriptor: Participación ciudadana. Políticas sociales de control. Salud de la familia. Sistema Único de Salud. Derecho a la salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 01 – Desenho do primeiro momento da introdução da oficina.....	46
Ilustração 02 – Desenho do segundo momento da introdução da oficina.....	47
Ilustração 03 – Desenho do produção da oficina.....	48
Ilustração 04 – Desenho da apresentação da oficina.....	49
Ilustração 05 – Desenho do primeiro momento da discussão da oficina.....	50
Ilustração 06 – Desenho do segundo momento da discussão da oficina.....	51
Ilustração 07 – Desenho da avaliação da oficina.....	52
Ilustração 08 – Quadro de categorias empíricas resultantes da análise.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
AIS	Ações Integradas de Saúde.
APS	Atenção Primária em Saúde.
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões.
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.
CIMS	Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde.
CLS	Conselho Local de Saúde.
CNS	Conferência Nacional de Saúde.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões.
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
MCS	Método Criativo Sensível.
MDB	Movimento Democrático Brasileiro.
PACS	Programa de Agente Comunitários de Saúde.
PCB	Partido Comunista Brasileiro.
POI	Programação e Orçamento Integrada.
PSF	Programa Saúde da Família.
RS	Reforma Sanitária.
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UC	Unidades de contexto.
UR	Unidades de registro.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO.....	21
2.1 A constituição da participação e controle social na política de saúde brasileira...	21
2.2 O discurso da democratização na participação e controle social em saúde.....	27
2.3 A participação e o controle social nos movimentos internacionais de saúde.....	30
2.4 Saúde da Família: possibilidades e desafios para participação e controle social..	34
3 METODOLOGIA.....	36
3.1 Caracterização do estudo.....	36
3.2 Tipo de estudo.....	37
3.3 Cenário.....	38
3.4 Participantes do estudo.....	39
3.5 Produção das informações.....	40
3.5.1 O arcabouço teórico e o método criativo sensível.....	40
3.5.1.1 Etapa introdução.....	45
3.5.1.2 Etapa produção.....	47
3.5.1.3 Etapa apresentação.....	48
3.5.1.4 Etapa discussão.....	49
3.5.1.5 Etapa avaliação.....	51
3.5.2 Observação participante.....	52
3.6 Análise das informações.....	54
3.7 Procedimentos éticos.....	56
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
4.1 A percepção sobre a Estratégia Saúde da Família.....	58
4.1.1 A equidade e a universalidade na Saúde da Família.....	58
4.1.2 [...] Unidos a gente chega lá (ESF12).....	62
4.1.3 O modelo de atenção na Estratégia Saúde da Família.....	65
4.2 A percepção sobre a participação em saúde.....	69
4.2.1 A passividade da participação em saúde na Estratégia Saúde da Família.....	69
4.2.2 O processo dialógico como participação na Estratégia Saúde da Família.....	75
4.3 A percepção sobre controle social em saúde.....	82

4.3.1 O espaço institucionalizado como controle social em saúde.....	82
4.3.2 O monitoramento da doença como controle social em saúde.....	88
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
6 RECOMENDAÇÕES DA PESQUISA.....	94
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICE A – Ficha de caracterização profissional.....	106
APÊNDICE B – Roteiro de observação das oficinas.....	107
APÊNDICE C – Dinâmica da introdução (1º oficina).....	108
APÊNDICE D – Dinâmica da introdução (2º oficina).....	109
APÊNDICE E – Dinâmica da introdução (3º oficina).....	110
APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	111
ANEXO A – Dinâmica livre para criar sobre a ESF.....	112
ANEXO B – Dinâmica livre para criar sobre participação em saúde.....	114
ANEXO C – Dinâmica livre para criar sobre controle social em saúde.....	116
ANEXO D – Fotografia das produções individuais.....	118
ANEXO E – Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem.....	119
ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	120

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre a participação e controle social na gestão pública ocorre há pelo menos três décadas, mais intensa e precocemente na área da saúde^(1,2). Desde a Conferência de Cuidados Primários de Saúde as discussões sobre a importância desses temas têm se dado internacionalmente⁽³⁾.

No Brasil o movimento de Reforma Sanitária [RS] e seu ideário de direito à saúde, que culminaram com a 8ª Conferência Nacional de Saúde [CNS], foi o marco de participação democrática dos atores sociais na luta por melhores condições de saúde⁽⁴⁾. Importante resultado deste amplo debate constitui-se na inscrição na Constituição Federal de 1988 da **saúde como um direito de todos e dever do Estado**⁽⁵⁾ e consequente homologação na sanção das Leis nº 8080 e 8142^(6,7), incluindo no arcabouço filosófico do Sistema Único de Saúde [SUS] a participação e controle social em saúde que estão entre os maiores resultados do projeto da RS^(8,9,10) cuja implementação, têm sido nos últimos anos alvos de muita discussão no cotidiano dos serviços de saúde.

Não obstante, a participação e o controle social em saúde carecem de uma maior atenção por parte dos pesquisadores e também das instituições formadoras, no que tange ao incentivo à produção acadêmica, intelectual e aplicação prática. Esta temática também tem enfrentado muitos desafios por ser uma política de saúde contra-hegemônica⁽⁸⁾ que não legítima apenas os interesses da gestão, mas também de todos os atores envolvidos no processo de luta pela saúde.

Atualmente, a participação e controle social têm sido institucionalizados exercidos de duas formas legais: nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde, sendo que em ambos os casos, as ações se verificam tanto no plano federal como nos planos estadual e municipal^(7,11).

Um dos feitos mais notáveis da RS no Brasil foi a institucionalização, no interior do aparelho estatal, de um formidável sistema nacional de órgãos colegiados, dotados de um conjunto razoável de poderes legais e onde os usuários têm representação paritária em relação aos prestadores e ao governo⁽¹²⁾.

Apesar dos fóruns institucionalizados de participação serem ainda um espaço de militância onde milhares de brasileiros participam de debates e interferem de algum modo nos destinos do sistema de saúde, falta avançar para que sejam mecanismos efetivos de gestão democrática e participativa, como se pretendia com o movimento da RS^(12,13).

O que se pode analisar é de que após todo o tempo decorrido da promulgação da legislação pertinente, o direito à saúde, enquanto direito fundamental não tenha a total efetivação conforme os ditames constitucionais, haja vista, o intenso debate que ocorre atualmente a respeito da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS dentre eles o acesso universal, a integralidade, equidade e a descentralização⁽¹¹⁾.

No que tange às propostas do SUS, a participação da comunidade no planejamento, organização são aspectos fundamentais para consolidação de sua base teórica, que se materializa na prática por meio da Estratégia Saúde da Família [ESF]⁽¹⁴⁾. Entretanto, mesmo a ESF apresenta fragilidades neste aspecto, que põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito e às maneiras de construí-la⁽¹⁵⁾.

O objeto de estudo, emerge primeiramente das discussões do movimento estudantil em saúde sobre os ideais da RS e SUS, culminando com a participação [enquanto estudante de graduação] no projeto de Extensão Universitária intitulado Saúde Pública e Participação Popular da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma – SC⁽¹⁶⁾.

O principal mote deste projeto era a aproximação dos Conselhos Locais de Saúde [CLS] na tentativa de incentivar a participação popular na política de saúde, e ampliar as discussões quanto ao papel destes fóruns e os caminhos para conquista da saúde como direito.

Outro fator que nos credita a esta investigação, se fundamenta na experiência enquanto enfermeiro de uma ESF, na qual, lidando com a complexidade do seu processo de trabalho, procuramos por meio da prática profissional fortalecer as discussões do ambiente acadêmico e do projeto de extensão universitária citado, fomentando reflexões relacionadas à conquista da saúde.

Os aspectos mencionados anteriormente foram uma espécie de **mola propulsora** para o estudo do referido objeto. No entanto, o fator decisivo para aprofundar estas discussões foram os resultados de outra pesquisa⁽¹⁷⁾, na qual se construiu um processo de participação popular e controle social com todos os atores [usuários, profissionais, gestores] de uma determinada ESF.

Tal pesquisa evidenciou grande nós críticos, como a não utilização da prática assistencial como instrumento para legitimação da participação e controle social em saúde. Constatou também que a simples criação de espaços institucionalizados [conselhos municipais, locais e conferências de saúde] e o fomento à participação destes, não garantem a efetiva participação e controle social em saúde.

A temática explorada neste trabalho ampliará as contribuições de outras pesquisas^(18,19,20). Nessas pesquisas as concepções de participação e controle social se mostraram relacionadas aos conselhos como espaço institucional, às formas de interlocução, dentre elas a responsabilidade da equipe de saúde em fornecer informações necessárias e corretas aos usuários⁽¹⁸⁾.

As concepções de controle social dos trabalhadores de saúde foram investigadas, tendo como atores as enfermeiras de unidades de atenção básica à saúde⁽¹⁹⁾. Os resultados mostraram os usuários avaliando e construindo um serviço de saúde melhor; que o conselho gestor é importante, mas precisa funcionar; que é preciso aprender a participar; e que as enfermeiras tem papel importante na orientação da população para a construção do controle social.

Já para outros autores⁽²⁰⁾ os resultados evidenciaram concepções de participação, práticas participativas, importância da participação, fatores limitantes e facilitadores da participação. Uma das principais concepções de participação identificada foi a de comparecer às reuniões, atividades e programas propostos pela equipe ou participar do próprio tratamento de saúde, levando os autores a concluir que as concepções e práticas da equipe são atravessadas pela visão medicalizante, fator considerado limitante ao avanço da participação.

Esta pesquisa vai além do estudo de determinada categoria profissional; suas propostas investigativas englobam o contexto da equipe. Além disso, mostra diferentes possibilidades de pesquisa com utilização de método de coleta de informações diferenciado dos que foram propostos nos referidos estudos^(18,19,20). Também verificou-se as suas limitações e potencialidades para este objeto de pesquisa, pois não há registros na literatura de utilização do referido método de coleta de informações proposto para o estudo desta temática, a saber o Método Criativo Sensível [MCS]^(21,22), que se baseia no construtivismo crítico de Paulo Freire^(23,24,25).

A perspectiva que se considera nesse estudo é que a saúde [aqui entendida como o setor saúde] é produto das relações sociais. Dessa maneira, os homens, pensam e agem condicionados por tais relações, de acordo a um dado momento e em determinada sociedade. Esses fatores estabelecem o surgimento e a manutenção de tais práticas, já que correspondem à satisfação ou ao predomínio de determinado interesse⁽²⁶⁾.

A prática, fruto da ação humana é social e na medida em que se estabiliza se fixa e se repete, converte-se em uma idéia comum e passa a ser percebida como fosse uma coisa em si, existente por si mesma, e não como uma ação humana. Essa fixação impregna o cotidiano,

isto é, são regras, é assim, sempre foi assim, deve ser assim, ou seja, é a naturalização das regras.

Diante disso, os diversos atores envolvidos nas instituições pelas regras naturalizadas, passam a considerá-las como verdade. Têm dificuldades de mudar o que parece tão natural⁽²⁶⁾, ou seja, a incentivar outros aspectos que fogem do repertório nas ações assistências, dentre os quais, a participação e controle social em saúde. As discussões sobre a percepção de participação é marcada por ambigüidades que expressam as diferentes perspectivas na utilização do termo⁽²⁷⁾.

Neste estudo considera-se participação quando o participante toma parte no processo de decisão política⁽²⁸⁾.

Há participação quando os representantes dos usuários participam ativamente do processo de decisão política. As decisões, nesse caso seriam tomadas tanto pelos gestores como pelos representantes dos usuários. Existiriam não-participação quando os representantes de organizações de usuários não tomassem parte no processo de decisão política^(29:5).

Assim, a participação não é somente estar presente nos fóruns instituídos. Não basta simplesmente convocar a população para participar dos serviços e muito menos institucionalizar espaços, pois acredita-se que participação transcende o posto ou o institucionalizado.

Neste sentido a participação também pode ser contemplada “como expressão dos grupos marginalizados, do desenvolvimento comunitário e como participação popular”^(15:299). A participação no SUS que abordamos neste estudo possui similaridades com as duas últimas, uma vez que os atores envolvidos no processo planejam e tomam decisões.

A participação deve ser contemplada na ótica do encontro terapêutico [momento do contato entre profissional de saúde e sujeito assistido], na prática cotidiana dos serviços de saúde, “sendo indispensável considerar a visão de mundo e o comportamento das camadas populares quando se relacionam com os técnicos dos serviços de saúde”⁽²⁾.

Não se trata de uma participação passiva como usuária, mas política, representante da sociedade civil, com força indispensável para lutar pelos seus direitos em relação à saúde de forma integral e acima de tudo, de maneira a possibilitar ao cidadão a tomada de decisões referentes aos itinerários diversos de sua vida.

Por outro lado, o entendimento aqui feito sobre controle social em saúde é pautado na visão de vários autores contemporâneos^(2,30,31,32,33,34,35), que o incorporam dentre os múltiplos significados que lhe são atribuídos de maneira geral como a capacidade que tem a sociedade

de intervir nas políticas públicas, relacionando-se com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde⁽³⁶⁾.

Dessa maneira, o controle social se materializa nas relações entre sociedade e Estado, sendo expresso na saúde por meio dos “mecanismos de representação de interesse” [conselhos e conferências]^(37:369). Pode, no entanto, também ser pensado fora dos espaços instituídos, ou seja, na prática diária dos serviços de saúde, a ESF.

Assim, a participação encontra no controle social do SUS inspiração para que os conselhos de saúde, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar o Estado, “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados”^(30:28) oferecendo uma possibilidade para que a sociedade influencie a gestão pública com o objetivo de “banir as práticas fisiológicas e clientelísticas”^(32:36).

A legislação de saúde vigente em nosso país vem possibilitando avanços e transformações das práticas assistenciais, embora muitas vezes estes avanços legais não confirmem, por si só, modificações reais no cotidiano de usuários, trabalhadores e instituições envolvidas.

Em relação ao controle social, há progressões, mas também muitos problemas que vêm sendo indicados por diversos autores^(27,38,39,40,41,42). Estes são: manipulação política dos atores envolvidos, a existência de micropoderes fora das organizações, a falta de representatividade e legitimidade, o autoritarismo dos gestores, individualismo, defesa de interesses próprios, o pouco acesso da população a experiências exitosas e linguagem técnica de difícil compreensão.

É evidente que o modelo assistencial como esta posto não supera todas estas dificuldades, pois a assistência ainda é muito focalizada no atendimento individualizado e voltada à práticas curativistas, ações verticalizadas, com baixo impacto social, que não levam em conta a multiplicidade de dimensões do universo familiar e comunitário das pessoas ou desconsideram as diversas dimensões do sujeito^(3,14).

O reconhecimento desta problemática do modelo assistencial tem fomentado a busca por propostas em direção a um novo desenho que alcance outras complexidades do processo saúde-doença dentre estas, suas várias dimensões individual, social, econômica, cultural e também de garantia dos direitos constitucionais.

Diante disso, o Programa de Saúde da Família [PSF], mais adiante considerado uma estratégia [ESF] pelo Ministério da Saúde, apresenta-se como uma proposta de reestruturação

da atenção básica, a partir de atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social⁽⁴³⁾.

Nesse contexto, os espaços institucionalizados dos conselhos e conferências deixam de ser reportados automaticamente aos processos de participação e controle social, como formas de colaborar para construção do sistema de saúde. Pois, após a constituição e implementação destes fóruns, um espaço que ganhou projeção na relação participativa dos usuários com os setores político administrativos foi o espaço local⁽³²⁾.

A atenção básica pode funcionar como ferramenta articuladora da participação cidadã e da ampliação da democracia.

Ela é capaz de expressar a importância dos sujeitos e sua participação na melhoria da comunidade, ao promover o encontro entre os saber tradicional e popular e o trabalho em saúde, agregar atividades culturais e educacionais e estabelecer novos espaços de participação social^(44:10).

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a equipe de saúde da família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, e no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo⁽⁴³⁾.

Uma das situações que merece reflexão no fomento a participação e controle social em saúde no espaço local é a necessidade de compromisso dos trabalhadores da ESF com os sujeitos atendidos, sendo atribuição das equipes de saúde da família discutir de forma permanente, junto a equipe de trabalho e comunidade condições para cidadania, enfatizando os direitos à saúde e os aspectos que o legitimam⁽⁴⁵⁾.

Entretanto, nesse espaço, observa-se que a postura de muitos profissionais em atuar camuflando os direitos dos usuários, através de um saber técnico científico que nega o saber popular, as suas subjetividades, seja nos encontros individuais ou coletivos, levando o sujeito adoecido ou não, a não questionar, reproduzindo relações hierárquicas de poder.

As soluções provenientes deste processo muitas vezes são incorporadas pelos próprios sujeitos que passam a defender os interesses dominantes, como mais medicalização, a doença, entre outros aspectos biomédicos⁽²⁶⁾. Desconsidera-se também que este processo assistencial, pode se abrir para participação do sujeito, ouvindo-o, dialogando a fim de fomentar práticas

para o exercício da participação e controle social [institucionalizado ou não] e conseqüentemente a garantia constitucional dos direitos à saúde.

A negação do sujeito, por si só, resulta na negação de outros direitos, seja o de contar a sua história ou de planejar a sua vida e seus cuidados. Muito mais negação se dará quando o sujeito quer interferir na forma e conteúdo do cuidado em saúde, exercer a sua cidadania, nos momentos terapêuticos, individual ou coletivamente, explicitando que tipo de serviço quer e de que forma quer ser cuidado em uma ESF. Na realidade dos serviços de saúde, há uma grande dificuldade entre os trabalhadores, no sentido de mobilizar e incentivar a população, para juntos pensar na luta pelos seus direitos^(17,46).

Exige-se também que os sujeitos tenham possibilidade de externar seus questionamentos e anseios, não só nos espaços instituídos, mas também em outros locais. Pois discutir participação e controle social em saúde “significa pensar na inclusão dos espaços já institucionalizados, mas não se esgota neles”^(47:237). Neste sentido, isso nos move a pensar nas possibilidades de participação e controle social no cotidiano das instituições que compõem o SUS, em específico na ESF. Diante do exposto, entende-se que a ESF enquanto espaço de participação e controle social em saúde e conseqüentemente conquista do direito à saúde, está de certa forma distante desta efetivação.

O fato da ESF não estar sendo usada ainda na sua totalidade pelos profissionais de saúde como espaço de promoção da participação e controle social, pode ser resultado de como os sujeitos que nela atuam percebem estes termos. Entender a percepção de participação e controle social dos profissionais de saúde pode abrir caminhos para avaliarmos alguns nós teóricos e práticos que vem impedindo o avanço e a consolidação do SUS, dentre eles a fragilidade da ESF como política que veio para mudar o modelo de saúde e até a fragilidade dos espaços instituídos [conselhos e conferências].

Acreditamos que para compreender como a participação e controle social vêm sendo tratados, e conseqüentemente influenciando as práticas de saúde, uma das formas é analisar a percepção dos próprios profissionais. A partir desta avaliação talvez possamos nos aproximar de respostas e futuramente desenvolver subsídios para rever a prática de assistência à saúde.

Assim, este estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa: **Quais as percepções dos profissionais da ESF sobre a participação e controle social em saúde?** Para responder aos questionamentos acima referidos, a presente proposta tem como objetivo: **Analisar as percepções dos profissionais de uma equipe saúde da família sobre participação e controle social em saúde.**

2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO

Nesta pesquisa utiliza-se o referencial teórico relacionado aos estudos de participação e controle social em saúde e as interfaces, objetivando o fortalecimento do objeto de estudo. Sobretudo, foram adotados nesta sustentação teórica estudos predominantemente pautados numa perspectiva histórica, sendo divididos em quatro subseções.

2.1 A constituição da participação e controle social na política de saúde brasileira

Esta seção objetiva resgatar algumas relações históricas das políticas e contextos das ações de saúde brasileira que se relacionam com a participação e controle social em saúde.

Para que se entenda como se foi articulando estes temas, é preciso que façamos uma retrospectiva das modificações ocorridas na relação entre Estado e sociedade que inicia com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões [CAPs], perpassa 8º Conferência Nacional de Saúde [CNS] e pela a promulgação da Constituição Federal de 1988 até a institucionalização dos fóruns participativos.

A previdência social brasileira teve início com a criação da CAPs em 1923, que prestavam serviços médicos a filiados e seus dependentes^(48,49). Estas eram organizadas por empresas, mediante um contrato obrigatório com os seus trabalhadores, que passavam a ser contribuintes para obterem os serviços por ela prestados: benefícios entendidos como pensões e aposentadorias e a privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos⁽⁴⁸⁾.

Nestas CAPs havia eleição de representantes dos trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios dessas instituições. A participação destes representantes ocorria em seu principal órgão diretivo, o qual era composto por três membros designados pela empresa e dois do corpo de empregados, eleitos diretamente⁽⁴⁸⁾.

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões [IAPs], criados a partir de 1933, também tinham mecanismos participatórios, no entanto, careciam de autonomia em relação ao Estado⁽⁴⁸⁾. Depois de 1945, a democratização política e o crescimento econômico industrial favoreceram o fortalecimento do movimento sindical, aumentando sua influência na escolha dos dirigentes dos institutos e, principalmente, na indicação dos representantes dos

empregados que deveriam tomar parte nas instâncias colegiadas dos institutos previdenciários⁽⁵⁰⁾.

O golpe de 1964 mudou a forma de relação com as pressões populares adotadas pelos governos anteriores, que as manipulavam de forma corporativa e populista até o limite de seu interesse, para manter a ordem instituída. Houve um rompimento da articulação entre Estado e sociedade que fortaleceu a estrutura de dominação do Estado coercitivo, tendo como aliados os monopólios internacionais e o capital financeiro⁽⁴⁸⁾.

Neste período os trabalhadores foram retirados das representações, e o país passou a ser governado por meio de atos institucionais, leis de segurança nacional e decretos secretos, o que caracterizava a forte repressão e controle sobre a população, propensa à manifestação de insatisfação. Assim, o controle passou a ser exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade. Houve crescente centralização de recursos e decisões e incrementou-se a racionalização do aparelho estatal no trato das políticas sociais, o que conferiu maior grau de especialização a cada órgão⁽⁴⁸⁾.

No início da década de 70, os movimentos de resistência eram representados por lutas isoladas para melhorias locais, imediatas. A idéia de cidadania ainda não estava associada aos movimentos populares, pois estes eram exclusivamente reivindicatórios⁽¹⁹⁾. Somente após alguns anos, a luta por direitos e igualdade entra na pauta desses movimentos, que, gradativamente, deixam as reivindicações isoladas, unificando demandas populares em torno dos problemas sociais.

Com o fim do milagre econômico e o agravamento das crises cíclicas do capitalismo, a partir de 1979, iniciou-se um período de abertura política, surgem grupos organizados, lutando por uma cidadania coletiva plena, representados pelos movimentos sindicais, movimentos populares urbanos e rurais, movimento de mulheres, movimento da anistia e contra a carestia e muitos outros^(48,49). Alguns desses movimentos vinham “com um discurso anti-Estado em escala nacional, como reflexo do corte que se opera entre a sociedade civil e o Estado, que estimula a emergência de diversas formas de resistência”^(51:140).

Nesse período, as mudanças conjunturais imprimiram ao Estado contradições e ambigüidades, apesar de suas características centralizadoras e autoritárias. Pelas pressões dos movimentos, o Estado foi forçado a assumir compromissos com as reivindicações populares e a reconhecer o movimento popular como interlocutor⁽²⁾.

A crise política, o agravamento de infra-estrutura urbana e os baixos salários foram os motivos básicos de projeção destes movimentos no cenário nacional. Esses movimentos agregaram diversos segmentos da população em ajuda mútua para sobrevivência cotidiana⁽⁵⁰⁾.

Neste novo contexto, a sociedade organizada em associações e movimentos deixou de ser algo marginal ou alternativo, perdeu seu caráter exclusivamente contestador para ganhar um caráter legalista, ordenador e participante das novas regras estabelecidas para o convívio social⁽⁵²⁾. Esses movimentos põem em questão o poder do Estado ao lutar em torno de idéias de liberdade e igualdade, sendo estes responsáveis pela criação de sujeitos sociais críticos e não mais meros reprodutores de informação.

Esses movimentos sociais são movimentos políticos ou práticas da sociedade política porque atuam contra o Estado tal como este se oferece. Em outras palavras, são o cerne das práticas democráticas enquanto ações populares que visavam o reconhecimento de direitos civis e políticos^(53,54).

Diante desta realidade de políticas autoritárias para os quais os cidadão não participavam das decisões arbitrárias do Estado, se incorporou na sociedade brasileira um sentimento de querer interferir nestas decisões.

Importante nessa caminhada foi o movimento sanitário em meados da década de 70, marcado pela reivindicação de participação, que se efetivou através de três frentes: o movimento popular em saúde, o movimento médico e o movimento de intelectuais da área da saúde, representados principalmente pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde [CEBES] e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva [ABRASCO]^(39,55).

A criação do CEBES em 1976 e a fundação da ABRASCO em 1979, conferiam contorno institucional ao movimento, o que influenciou decisivamente no processo de reforma do setor saúde⁽¹²⁾.

Historicamente este movimento social, que uniu os trabalhadores e intelectuais em torno de um projeto que apresentava uma proposta contra hegemônica ao modelo neoliberal de atenção à saúde da população brasileira, culminou com a luta pela RS.

A RS refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção a saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado⁽⁵⁵⁾.

Ela reuniu profissionais, intelectuais e lideranças políticas do setor saúde, oriundos na maioria do Partido Comunista Brasileiro [PCB], que inspirada na RS italiana, representava um foco de oposição ao regime militar. Basicamente, o movimento Sanitário buscava as transformações do setor saúde que integrassem um processo de democratização da sociedade⁽⁴⁹⁾.

A outra luta empreendida pelo Movimento Sanitário foi para que a regulamentação do SUS incluísse a participação da sociedade. Isto porque paralela e antagonicamente ao Movimento Sanitário, havia o projeto neoliberal, que propunha uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista, composto ainda, por três subsistemas: o da alta tecnologia, o da atenção médica supletiva e o público⁽⁴⁹⁾.

Com o ocaso da ditadura, deflagrado com a vitória do partido de oposição, o então Movimento Democrático Brasileiro [MDB] e o aumento dos índices de mortalidade e morbidade, o movimento social adquiriu relevância⁽⁴⁰⁾.

O bipartidarismo foi substituído por um sistema pluripartidário. Caracterizava-se a crise de legitimidade de governo e a “ausência de mediações necessárias entre Estado e sociedade que pudessem embasar o exercício legítimo do poder político”^(56:92).

No início da década de 80, em um quadro de profunda recessão, teve vulto o movimento pela democratização do país, demandando eleições diretas para a presidência da república. As pressões políticas desencadeadas por esse movimento resultaram em um governo de transição democrática denominado Nova República, pacto conservador entre as elites política, empresarial e militar⁽⁵⁷⁾.

Neste período a economia brasileira entrou em crise: houve diminuição de empregos, o que afetava a assistência médica prestada através do então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social [INAMPS], financiado em parte pelos salários dos trabalhadores e que, com o aumento do desemprego, pouco arrecadava nas contribuições previdenciárias⁽⁴⁸⁾.

Apesar da expansão da rede pública em saúde, entre os anos 80, houve necessidade de se superar a divisão entre a assistência médica individual, prestada pelo INAMPS apenas para trabalhadores com carteira assinada, e a saúde pública, de cunho coletivo. Surgiu o debate sobre a unificação entre o INAMPS e o Ministério da Saúde^(48,49).

Nessa mesma década, os movimentos sociais se diversificaram e, diante das crises econômica, sociais e ideológicas, passaram a lutar por uma nova ordem democrática⁽⁴⁾. Também vários movimentos populares em saúde se originaram, nos bairros pobres de periferias das grandes cidades e/ou nas favelas, localizadas dentro mesmo dos grandes centros urbanos industriais⁽³⁹⁾.

Esses movimentos populares objetivavam a democratização do aparato estatal. A partir dessa condição suas ações reivindicativas tendem a se traduzir em conquistas de direitos, que implicam em prestação de serviços legítimos para cidadãos livres e iguais perante a lei, em lugar de benesses concedidas pelo Estado⁽³⁵⁾.

O grande desafio que se apresentava era a idéia de participação social como parte do processo de gestão do sistema de saúde, ao se efetivar em órgãos colegiados e representativos que reconhecessem e legitimassem as organizações da sociedade civil, com a finalidade de compartilhar poder entre os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do sistema⁽⁴⁾.

Os frutos obtidos com as conquistas dos movimentos sociais no Brasil foram fundamentais para reorientação do sistema de saúde brasileiro e demarcaram o início de uma nova era em saúde da população, isto é, a participação popular nos serviços de saúde do país.

Em 1986, o intenso debate na sociedade sobre as políticas de saúde culminou com a 8ª CNS⁽⁵⁸⁾, marco para legitimação das propostas do Movimento Sanitário em torno do Sistema Único de Saúde como alternativa ao sistema vigente. Houve uma ampla participação dos setores organizados da sociedade civil, que, pela primeira vez, tiveram uma presença efetiva não verificada nas Conferências Nacionais de Saúde anteriores.

A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde [SUDS], e posteriormente o SUS. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e por fim a Lei Orgânica da Saúde fundou o SUS⁽⁸⁾.

A participação no sistema de saúde foi um dos eixos dos debates desta conferência. A participação social em saúde foi definida como “[...] o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde”^(59:299).

O controle social é apontado como um dos princípios orientadores de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, sendo considerado que esse “esse controle deve ser exercido pela sociedade civil organizada mediante participação direta ou delegada e/ou mecanismos de pressão nas diversas instâncias gerenciais e operativas do sistema”^(60:295).

Também visto como uma via imprescindível para a democratização do sistema, pois somente a igualdade social, surgida a partir de conquistas populares, pode trazer igualdade política, gerando o Estado democrático real, e não o meramente formal⁽⁶¹⁾.

O que existia institucionalizado, até 1987, como canais de participação na política de saúde, eram as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde [CIMS], estruturas colegiadas criadas pelas Ações Integradas de Saúde [AIS], de composição meramente institucional^(48,49).

Essas comissões passaram a ser abertas à participação da sociedade civil organizada e adquiriram um novo papel de **gestores do sistema**. A participação da sociedade naquele momento era limitada, primeiro, por não ter sido resultado da demanda popular; ela servia, na

verdade, para legitimar a Programação e Orçamento Integrada [POI], instrumento de planejamento e captação de recursos, segundo, pela fragilidade das organizações populares, que permitiram que o poder público escolhesse os seus próprios representantes⁽⁶²⁾.

Mesmo com todos estes avanços com a Constituinte algumas questões foram deixadas, como, por exemplo, a legitimidade da participação. Esta volta ao cenário quando se trata da Lei Orgânica do SUS, a de número 8080 de 1990⁽⁶⁾. A lei vai para sanção presidencial do então presidente Fernando Collor de Mello, que veta alguns artigos, exatamente aqueles que tratavam da participação popular e o financiamento do SUS.

Com os vetos da Lei Orgânica se travou outro debate na sociedade e no Congresso Nacional, o de garantir a participação popular e o financiamento do SUS e desse intenso debate, surge a lei número 8142 de 1990⁽⁷⁾. Nela, são estabelecidas formas de participação em duas instâncias: a das conferências e a dos conselhos [nos três níveis de gestão do SUS].

A Conferência de Saúde reunir-se-ia a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, devendo ser convocada ordinariamente pelo chefe do poder executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo conselho de saúde^(7,11).

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuaria na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões seriam homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo^(7,11).

Neste contexto, a organização de espaços de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia apesar de não garantir imediato controle social, é parte do processo que contribuirá para redefinir a questão das relações público/privado no Brasil, seja na proposição das políticas, seja no controle e avaliação delas⁽⁴²⁾.

A constituição do espaço de participação nos conselhos revela contradições. Pode servir para legitimar ou reverter o que está posto. Porém, não deixa de ser um espaço democrático, em que vence a proposta do mais articulado, do mais informado e do que tenha maior poder de barganha: é uma arena de lutas em torno do destino da política de saúde das três esferas de governo⁽³⁸⁾.

Os conselhos são visto como tendo “uma representatividade muito mais política do que social, expressando uma coerência entre a sua composição e o projeto político que o

inspirou»^(30:108). Eles se apropriam de parcela do poder de governo e deveriam usá-lo a favor da proposta de reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político. Em razão da possibilidade que os conselhos apresentam de exercerem poderes governamentais ou estatais, são caracterizados como “espaços contra-hegemônicos [...], distinguindo-os de outros organismos de natureza estritamente civil”^(30:111).

Em 1992 na 9º CNS, os movimentos representados posicionaram-se a favor da participação nessas instâncias, desde que, porém, suas ações não se limitassem a esta participação e não perdessem a sua autonomia. Para eles, esses espaços institucionais não se constituíam nos únicos espaços de controle social⁽³⁶⁾.

Por fim, a noção de controle social como controle da sociedade sobre as ações do Estado passa a exigir a presença de organizações legítimas de representação de interesses de diversos segmentos sociais na formulação de planos e políticas e no redirecionamento dos investimentos públicos⁽⁶³⁾.

Diante de tal exposto, após a implementação do SUS, a presença da população nos conselhos decidindo seu futuro na saúde, especialmente na realidade municipal, já deveria ser uma situação posta. Todavia, o processo de democratização não se apresenta do mesmo modo [mesmo com todo o aparato legal] nas diferentes realidades do país repercutindo diretamente em certa fragilidade deste processo democrático de participação instituída.

2.2 O discurso da democratização na participação e controle social em saúde

Esta seção objetiva refletir ainda que discretamente a respeito da efetividade dos fóruns participativos em saúde [Conselhos e Conferências] a luz do conceito de democracia, não querendo é claro desmerecê-los, mas sim, oportunizar a visualização e fortalecer ainda outras possibilidades do exercício de participação e controle social em saúde dentro do SUS.

Os temas participação e democracia remontam a antiguidade, seja na forma essencial, ou especificamente neste caso na prática do cotidiano dos serviços de saúde. As muitas críticas ou, em contrapartida, as inúmeras tentativas de aperfeiçoamento que receberam ao longo da história, pode-se dizer, são tão antigas quanto à própria formação do conceito de democracia, que remonta há alguns séculos a.C⁽⁶⁴⁾.

O termo democracia provém do grego *demos*, que significa povo, e *kratein*, que se remete a governo. A democracia tem sua origem na Grécia, no século V a.C, e era entendida

como uma forma de governo fundamentada em três direitos essenciais dos cidadãos atenienses: igualdade, liberdade e participação no poder⁽⁶⁵⁾.

Mesmo tendo sido fundadores, os gregos, não deixavam de lhe fazer alguns questionamentos. Platão dizia que a mesma seria apenas a melhor forma de governo entre as piores, ou seu oposto, a pior forma entre as melhores. De maneira mais singela, Aristóteles ressaltava formas diversas de democracia, desde os governos com participação igualitária de pobres e ricos, até a soberania da massa e não da lei, sendo esta última, para ele, a forma de governo mais corrupta e detestável⁽⁶⁴⁾.

A democracia como a concebemos e praticamos na órbita ocidental, é aquele regime no qual o poder se sustenta numa teoria da soberania popular, originando-se da compreensão de um regime que abarca a vontade dos cidadãos diretamente ou dos seus representantes⁽⁶⁶⁾. Nesta ótica ela também pode ser vista como a privação da liberdade e da condição do homem, uma vez que a vontade do sujeito é outorgada para um terceiro que assume a nossa liberdade e decide em nosso nome. Esta forma de democracia, denominada de **representativa**, é orientadora da formulação adotada tipicamente nos fóruns de saúde.

De forma muito simplista democracia é a organização política que reconhece a cada um dos membros da comunidade o direito de participar da direção e gestão dos assuntos sejam eles de interesse público, sociais e de saúde. Entretanto, ela também fora concebida por muitos como democracia totalitária, perpassando a compreensão da sociedade ou dos movimentos de um modo geral, a partir de duas classes denominadas **minorias** e **massas**⁽⁶⁷⁾ [grifo nosso].

Neste caso a massa surge como multidão irracional e violenta, sem qualquer consciência de classe, enquanto as minorias representam a elite preparada para exercício do poder político e social. Por isso, teóricos passam a defender a limitação da democracia enquanto espaço de participação, pois não vêem as massas como capazes de participar de atividades que devem ser restritas à elite dirigente⁽⁶⁸⁾. Sobre este ângulo, também dá abertura para a legitimação de regimes totalitários, que se utilizam do conteúdo afetivo da palavra democracia.

Os teóricos também entendem que a divisão proposta entre minorias e massas possibilita o entendimento do que considera o mais importante: a **rebelião das massas**⁽⁶⁸⁾ [grifo do autor], garantida pelos discursos que a sustentam no processo democrático. Neste sentido é preciso repensar a democracia e sua idealidade de liberdade, igualdade dos indivíduos e participação dos mesmos, até porque existe uma separação entre minorias e massas, e qualquer tentativa de comparação é de certa forma complexa.

Assim, democracia é um termo plurívoco⁽⁶⁷⁾ de difícil conceituação, e por vezes utilizado para justificar ideologicamente a prática de atitudes totalitárias, ou seja, o oposto de seu autêntico significado podendo o conceito de democracia sofrer perversão em sua essência.

Claro que a noção de participação estaria associada, a uma necessária consubstanciação da democracia. Entretanto, democracia e participação são ainda expressões altamente polissêmicas e que, por isso mesmo, se acomodam a diversas interpretações, o que sem dúvida, prenuncia divergências em sua compreensão.

Os conceitos de democracia e de participação passam por momentos de aprofundamento no decorrer dos séculos. A Revolução Francesa representou um destes momentos⁽⁶⁹⁾, ao se contrapor à concentração do poder nas mãos de poucos, distribuindo-o, ao contrário, entre diversas instâncias institucionalizadas.

A partir do século XX, o movimento de participação institucionalizada ganha força, principalmente com a formação dos conselhos operários [soviets], inicialmente na Rússia, em alguns países da Europa⁽⁶⁴⁾. Esse fato pode ter influenciado até na formação dos instrumentos de participação vigentes hoje no Brasil, no que se refere às formulações dos conselhos e conferências de saúde.

Ao relacionar a possibilidade participatória com os canais que a democracia oferece, podemos estar cometendo um erro, pois a participação “pode ser realizada tão bem ou talvez melhor em outros regimes do que nos democráticos”^(65:99).

A participação dentro da democracia identifica-se também como qualquer manifestação dos cidadãos comuns [os que não têm de poder de decisão]. Nesse caso, na proporção em que o Estado e sociedade se descompassam, há probabilidades, numa democracia, de que aumente o número de pessoas se manifestando. Dessa maneira, volta-se aos princípios democráticos que garantem uma democracia.

Ao se reportar ao contexto da saúde brasileira, especificamente no que diz respeito à política de participação e controle social do SUS, reprodutora do ideário democrático, entende-se que a massa denominada usuários tem uma atuação limitada para participação nos processos decisórios, mesmo com a maioria representativa e a garantia constitucional dos fóruns⁽⁷⁰⁾.

Será que os fóruns tais como são constituídos garantem estas possibilidades ou tão somente reproduzem a vertente do ideário democrático sustentado numa **pseudo participação** onde o que prevalece são os interesses das elites [gestão e profissionais de saúde]? Será que não precisamos pensar em outras alternativas não institucionalizadas de fomento a

participação e também ao controle social? Agora como isso se dará, cabe a todos os atores envolvidos pensar ou produzir outras possibilidades ou reinventar as já existentes⁽¹⁵⁾.

Por fim, precisamos avançar na ampliação de espaços, mesmo com toda essa progressão em termos de garantias constitucionais, fornecendo legitimidade e contemplando a voz dos usuários nos espaços institucionalizados e principalmente na prática dos serviços de saúde. Pois não carecemos de avanços em leis, e sim de efetivação prática das ânsias e desejos não só populares, mas de todos os atores que fazem parte do setor saúde.

2.3 A participação e o controle social nos movimentos internacionais de saúde

Esta seção objetiva discutir a relação entre os principais movimentos internacionais, a saber, da promoção da saúde e da atenção primária à saúde e sua aproximação com o fomento, a participação e controle social em saúde. Busca também ressaltar, ainda que de forma incipiente, as contribuições históricas das principais conferências internacionais, juntamente com o período que as antecederam.

A promoção da saúde vem sendo discutida com mais veemência nos últimos vinte anos no Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental, de modo que representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos⁽³⁾.

Antes desses movimentos ganharem repercussão, experiências já começaram aproximar falas a esta temática, vinculando a promoção da saúde ao esforço da comunidade organizada com vista melhoria de condições de saúde da população^(71,72).

O médico inglês Henry Sigerist, definiu medidas essenciais pautadas na promoção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de enfermos⁽⁷³⁾. Além de ser o primeiro a tratar do termo promoção da saúde, o objetivo aqui se pauta em condições de vida decentes, fortalecida principalmente por fatores determinantes de saúde como educação, trabalho e novamente é colocada em discussão a necessidade da participação popular na luta pela saúde.

Diante dessas e de muitas outras contribuições teóricas a Organização Mundial da Saúde, em 1948, colaborou também no campo da promoção a saúde ao definir saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social⁽⁷²⁾.

Essa definição, até avançada para a época em que foi elaborada, foi criticada com base no fato de que ela é não apenas inalcançável. Mas, também, porque fornece o impulso questionável ao focar o completo bem-estar⁽⁷²⁾, transcendendo as competências instituídas no campo da saúde tornando esta definição utópica. Porém, apesar de insatisfatória para nossos dias, ela teve uma boa repercussão por desalienar em parte a condição saudável do agravo patológico.

Alguns anos depois, em 1965, trazem a discussão sobre promoção da saúde relacionada com a medicina preventiva⁽⁷⁴⁾, ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção, incluem a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral^(3,75).

Assim a promoção da saúde é bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais"^(74:19).

Quase uma década depois o Informe Lalonde qual muitos consideram o marco da promoção a saúde, constituindo uma definição de um novo paradigma para reorientação do modelo e de idéias no campo da saúde é publicado no Canadá. O Informe se ancora nos determinantes da saúde vinculando-se a biologia humana, ambiente, estilos de vida e organização da assistência⁽³⁾

Nesta reflexão a promoção da saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para enfrentamento e resolução das condições não saudáveis.

Inspirada pelas declarações de Alma-Ata cujo principal mote é a contemplação de saúde como direito fundamental de todos através da Atenção Primária a Saúde [APS]⁽⁷¹⁾, e contando com participantes de 38 países, principalmente do mundo industrializado, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, teve como principal produto a Carta de Ottawa^(76,77), que tornou-se, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

Os campos de ação a partir desta carta se alicerçam nas políticas públicas saudáveis, no sentido de mudanças organizacionais ao nível de sistema; na criação de ambientes favoráveis, no sentido de reconhecimento da complexidade da sociedade; no reforço da ação comunitária, mais uma vez as discussões sobre a importância da participação da sociedade nos processos decisórios são retomadas, visando a tentativa de empoderamento da população^(3,77).

O texto traz ainda como objetivos a viabilização e legitimação dos processos decisórios e o desenvolvimento de habilidades pessoais. Reforça também a importância da divulgação da informação como alternativa ao fomento da promoção à saúde, e a reorientação do sistema de saúde, objetivando o rompimento da visão curativista e fragmentadora^(3,71,76,77).

A Carta também explicita que a promoção da saúde está além do próprio setor de modo que todos os setores [políticos, econômicos, ambientais, sócio-culturais, biológicos] devem permitir que tais fatores sejam favoráveis à colaboração da saúde⁽⁷⁸⁾. Um aspecto interessante ressaltado nestes fatores é a necessidade da criação de uma cultura de paz como condições e recursos fundamentais para a saúde.

Diante da necessidade de ver saúde como algo intersetorial, há ênfase que a que a intersetorialidade é entendida como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento e à inclusão social”^(79:84). Outro fator além da intersetorialidade reforçado nesta Conferência é a participação popular, visando estimular o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”^(71:19).

É importante ressaltar que neste mesmo ano foi realizado no Brasil a 8ª CNS⁽⁵⁸⁾, espaço este que consolidou o movimento de reforma sanitária que iniciou na década de 70 e oportunizou traçar os princípios e diretrizes para a constituição do sistema de saúde brasileiro. Neste fórum muito se discutiu acerca da promoção da saúde⁽⁸⁰⁾.

Nas demais Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde avançou-se bastante, mas nada comparado à primeira. Os sucessivos encontros reformularam posições e adequaram idéias, sendo que a segunda realizada em Adelaide [Austrália] em 1988, enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis, caracterizadas “pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população”^(77:26). Priorizam - se também os grupos menos privilegiados e mais vulneráveis como mulher, alimentação e nutrição, tabagismo e alcoolismo, e novamente criação de ambientes favoráveis⁽³⁾.

A reflexão dos ambientes favoráveis foi o foco da 3ª Conferência Internacional realizada em Sundsvall [Suécia] em 1991, preconiza que a criação de ambientes promotores de saúde deve sempre ser guiada pelo princípio da equidade. E para que estes ambientes favoráveis a saúde venham a ser efetivos há necessidade da contemplação da dimensão social, política, econômico e das relações com o gênero feminino⁽⁷¹⁾.

A Declaração de Jacarta, fruto da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na Indonésia, em 1997, incluiu o setor privado no apoio à promoção da saúde, reiterando a concepção e os princípios referidos nas conferências anteriores como reforço da ação comunitária e explicita que a “saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico”^(77:43).

A 5ª Conferência Mundial, realizada no México, em 2000, procurou avançar no desenvolvimento sustentar aspectos frisados nos encontros anteriores e fortalecer as prioridades da promoção de saúde para o século XXI⁽⁷⁷⁾.

Por fim, após este regaste dos principais encontros que proporcionaram a progressão reflexiva conceitual da promoção da saúde, um dos fatores que sempre foi ressaltado nas discussões que permeiam esta temática, é a legitimidade de inserir os sujeitos no processo participatório possibilitando sua ação e escolha. Fica evidente a importância da inclusão emancipatória da população nas práticas de saúde, e também na necessidade de fomento por parte da gestão e profissionais de saúde para abertura de espaços a fim de oportunizar a coletivização de anseios e decisões.

2.4 Saúde da Família: possibilidades e desafios para participação e controle social

O processo de construção e efetivação do SUS até a implantação da ESF é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são fruto apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas⁽⁸¹⁾.

Como continuidade ao processo iniciado com as propostas APS bem como das AIS, o qual foi seguido pelo movimento de RS, este culminando na 8ª CNS. Em vistas a necessidade de estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade de conquistas sociais, várias propostas contra-hegemônicas, inspiradas por esses movimentos e também pelos princípios e diretrizes do SUS foram esboçadas ao longo do tempo.

Diante da necessidade de mudança de modelo assistencial, esta atrelada principalmente a necessidade de estabelecimento de vínculos e de criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população, nasce o

PSF, entendido posteriormente como uma estratégia ESF. Ele foi concebido em 1994, e é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor^(43,45).

A ESF têm apresentado avanços, mas também retrocessos e seus resultados tem sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, “justamente por não promover mudanças no modelo de atenção”^(45:7). Entretanto, a ESF objetiva mudar a forma tradicional de prestação de assistência, e estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte [cerca de 85%] dos problemas de saúde^(82,83).

A saúde da família enquanto política ministerial nasceu com o objetivo de proceder a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, e de ter uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

As ações da ESF são pautadas em ações **extra muros**, respeitando um território pré-estabelecido, com responsabilização dos profissionais pelos impactos dos processos que neste ocorrem sobre a saúde e doença de sua população⁽⁴³⁾.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma. Tal processo orienta o modelo de atenção à saúde vigente, que vem sendo enfrentado desde 1970 pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo. Esse novo modelo deve valorizar as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas⁽⁸⁴⁾.

Os princípios definidos pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde [PACS] quanto à seleção de agentes de saúde e a escolha de áreas de risco para sua atuação a partir de estudos previamente elaborados, também foram incorporados pela ESF. Isso provocou alterações tanto nos padrões de financiamento das ações de saúde quanto na forma de organização desta⁽⁸⁴⁾.

A família passa ser o núcleo estratégico de atuação, retirando a atenção do indivíduo e estendendo ao coletivo, à família e ao território, passando pela construção de novos valores e comportamentos na assistência⁽⁸⁵⁾. Estes novos valores se pautam na promoção da saúde juntamente com a integralidade da assistência, sendo necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais^(45,82,83).

Os profissionais de saúde se deparam com a necessidade de reorientar suas práticas, agregando aos seus conhecimentos técnicos, outros conhecimentos e habilidades, relacionados com a dinâmica social e o trabalho em equipe, para alcançar o campo da transdisciplinariedade e integralidade⁽⁸⁶⁾.

O atendimento é prestado no lócus da unidade de saúde ou no domicílio pelos profissionais que integram as equipes de saúde, que geralmente são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares e ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários e outros profissionais que podem ser inseridos de acordo com a necessidade e possibilidade do município^(43,45).

Essas equipes multiprofissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes e na manutenção da saúde dessa comunidade^(43,45,87).

Diante do exposto há necessidade da compreensão por parte dos profissionais de que atuar na ESF é muito mais do que tratar doentes. Assistir o sujeito ou neste caso a família envolta por seu domicilio e comunidade na lógica dos princípios norteadores do SUS, significa também se apropriar de outras visões de mundo, e nessas novas visões da realidade local, com a possibilidade de atuação profissional voltada para a participação e controle social.

Dentro desta perspectiva cabe a possibilidade de a Estratégia colocar-se enquanto reorientadora do processo de trabalho, através do cumprimento dos seus princípios gerais propostos na Política de Atenção Básica. Estes frisam a importância do estímulo a participação e o controle social, e já se tratando das atribuições dos profissionais pertencentes à equipe, também sustenta a necessidade de promoção e mobilização da participação da comunidade, buscando efetivar o controle social⁽⁸⁸⁾.

Os desafios da ESF são muitos e explorá-los em todas suas dimensões é um exercício que se alicerça no cotidiano dos serviços e avança transcendendo outros planos do setor saúde. Esta lógica de avanço assistencial em aspectos não muito trabalhados pelos profissionais na pratica de seu serviço, por si só já tira o foco de um modelo centrado no procedimento e capilariza para a ESF a possibilidade do processo de trabalho em saúde ser um espaço também de construção de cidadania.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

A corrente de pensamento que se pauta esta pesquisa são as Teorias Compreensivas⁽⁸⁹⁾, pois elas reconhecem que as realidades humanas são complexas, e que há necessidade do contato com as pessoas nos seus próprios contextos sociais obrigatoriamente necessitando de uma relação entre investigador e os sujeitos investigados.

Dentro dessa corrente de pensamento o estudo se restringe a uma pesquisa de campo em uma modalidade de abordagem qualitativa^(89,90) de caráter exploratório-descritivo⁽⁹¹⁾. A coleta de informações deu-se através do MCS^(21,22), cujo alicerce teórico se ancora no construtivismo crítico de Paulo Freire^(23,24,25) e na observação participante^(89,90).

A natureza desta pesquisa se enquadra em uma qualidade de pesquisa de campo. O propósito do pesquisador de campo é o de se aproximar das pessoas de modo a compreender um problema ou situação, a partir do cenário natural, sem uma estrutura ou controle por ele imposta^(89,90).

Durante o trabalho de campo a interação do pesquisador com os sujeitos da investigação é essencial. Nessa fase se estabelecem

relações de intersubjetividades, das quais resulta o confronto da realidade concreta com os pressupostos teóricos da pesquisa. Objetiva gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista, sendo o campo não apenas compreendido como lócus de atuação do pesquisador, mas o interstício do objeto de estudo, ou seja, os sujeitos e objeto de investigação^(90:61-63).

O campo vai corresponder a este recorte espacial que contém em termos empíricos, a abrangência do recorte teórico correspondendo ao nosso objeto da investigação⁽⁹⁰⁾. Neste caso como buscamos a percepção da participação e controle social em saúde de um determinado grupo de atores sociais e as facetas que cercam tal discussão, o campo em questão se restringe também a descoberta e avaliação das percepções dos trabalhadores de um micro espaço de saúde, ou seja, a ESF.

A abordagem metodológica qualitativa^(89,90) tem como característica o conhecer e tornar conhecida a existência de uma relação constante entre o mundo real e os participantes a

serem pesquisados, sendo uma interdependência viva entre sujeito e o objeto e uma postura interpretativa, portanto não neutra, do sujeito observador que atribui um significado aos fenômenos que interpreta⁽⁹²⁾.

Ela foi-se estruturando e se revigorando a partir de um processo histórico podendo ser sintetizada na seguinte forma: A pesquisa qualitativa é focada em multi- métodos, envolvendo a perspectiva interpretativa e naturalista de seus problemas. Isso significa que os pesquisadores qualitativistas estudam os problemas e seus espaços, tentando fazer sentido ou interpretar os fenômenos em termos de significados que as pessoas lhe trazem⁽⁸⁹⁾.

Nos estudos qualitativos, não se tem a necessidade de um grande número de participantes, visto que, estes almejam descobrir significados e realidades, e não prevalência⁽⁸⁹⁾. O investigador reconhece que a sua relação com o objeto de estudo é fundamentada por intersubjetividades e não se coloca como detentor do conhecimento, e sim como alguém que considera que os sujeitos do estudo possuem saber e experiência que propiciem a produção de conhecimento⁽⁸⁹⁾.

Nesse sentido, as relações intersubjetivas [pesquisador/pesquisado] constituem-se em uma característica fundamental e inovadora na produção dos conhecimentos na pesquisa qualitativa, pressupondo geralmente provocar o esclarecimento de uma determinada situação⁽⁸⁹⁾.

A abordagem qualitativa busca aprofundar-se no mundo de significados das ações e relações humanas⁽⁹⁰⁾. Esta aproximação traz a tona uma infinidade de informações que precisam ser organizados e analisadas para poderem responder as indagações e construir um novo saber.

3.2 Tipo de estudo

Os objetivos metodológicos para esse estudo de natureza qualitativa requer que os mesmos sejam exploratório-descritivo, pois além da exploração teórica dos fenômenos, para fortalecer tal exploração também pretendemos descrever situações e relações que possuem um vínculo com o objeto de estudo e que ocorrem com os trabalhadores de saúde em seu micro espaço de ação⁽⁹¹⁾.

A pesquisa exploratória vai além da simples identificação de relações entre variáveis, e tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o

contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre⁽⁹³⁾.

Este tipo de investigação parte de um pressuposto e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento para em seguida descrevê-los explorando uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações⁽⁹⁴⁾.

Assim, a exploração de uma realidade significa a identificação de suas características, suas mudanças ou suas regularidades levando o pesquisador, freqüentemente, à descoberta de enfoques, percepções e terminologias novas para ele, contribuindo para que, paulatinamente, seu próprio modo de pensar seja modificado aumentando sua experiência em torno de uma determinada situação.

A função descritiva que englobamos neste estudo consiste no levantamento das características conhecidas ou componentes ao fato, fenômeno ou problema, através de levantamentos e observações sistemáticas⁽⁹⁵⁾.

Esta capacidade descritiva que o estudo de natureza exploratória oferece, permite a observação, o registro, a análise e a correlação de fatos ou fenômenos, sem, contudo os manipular. Aponta descrições precisas da situação estudada e pretende descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma⁽⁹¹⁾.

3.3 Cenário

O estudo foi realizado no município de Içara/SC, que conta com uma economia diversificada, destacando-se a apicultura e a produção de fumo, feijão, milho, cerâmica e descartáveis plásticos. Possui uma população de aproximadamente 58.859 pessoas⁽⁹⁶⁾.

Em se tratando dos aspectos relacionados ao setor saúde o município possui um total de 16 ESF cobrindo 97,3%, sendo 04 ESF ampliada. Possui também 10 unidades básicas de saúde, 01 policlínica, 01 ambulatório de saúde mental, 01 centro de atenção psico-social I, 01 serviço de atendimento especializado e 01 centro de atenção a saúde da mulher, 01 hospital filantrópico e 01 privado, oferecendo aproximadamente 130 leitos [informações verbais]¹.

¹ Informações fornecidas pela coordenadora da ESF da Secretária Municipal de Saúde, março de 2010.

O local específico da pesquisa foi uma das quatro ESF ampliadas no município, situada em um dos principais bairros, que cobre um contingente populacional de aproximadamente 4476 pessoas totalizando cerca de 1362 famílias [informações verbais]².

O critério para escolha do local de pesquisa foi: A ESF com equipe ampliada, que tinha na sua área geográfica o CLS. O critério de exclusão adotado foi o de a unidade de saúde ter se transformado em ESF ampliada há menos de um ano.

O cenário do estudo apresenta uma estrutura física adequada para as demandas de atendimento local, bem como para realização da pesquisa, possuindo: uma sala para reuniões, quatro consultórios, sendo um para o médico, um para o odontólogo e dois para enfermagem, cozinha, três banheiros, almoxarifado, local para armazenamento de medicamentos e sala de espera.

3.4 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram [15] profissionais de saúde que fizeram parte da ESF escolhida dentre os quais: oito agentes comunitários de saúde, três técnicos de enfermagem, uma enfermeira, um médico, um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário.

A faixa etária dos participantes era de 29 a 59 anos, com uma média etária de 42 anos. O tempo de exercício da profissão foi de um a 30 anos, com uma média de atuação profissional da equipe de 7 anos. Já relacionado ao tempo de atividade na Estratégia Saúde da Família cerca de sete dos profissionais tinha entre um a cinco anos de atuação, e oito mais do que cinco anos de exercício profissional.

Quanto ao grau de instrução dos profissionais de saúde vale ressaltar que apenas um profissional possui o ensino básico e um profissional com nível superior atua na função que exige ensino fundamental. A maior parte possui cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação nas áreas de saúde da família ou de formação de agente comunitário de saúde.

Os participantes deste estudo foram vistos como atores sociais⁸⁹, mas chamados como participantes, indivíduos, sujeitos, por entendermos estes como pessoas envolvidas pelo seu contexto sócio-econômico-cultural capazes de interferir e/ou contribuir de forma ética e/ou política em uma determinada situação, de acordo com um projeto próprio.

² Informações fornecidas pelos profissionais de saúde da ESF do estudo, março de 2010.

Estes atores sociais foram identificados por códigos precedidos de letras e seguidos por números arábicos. Exemplo: ESF01, ESF02 assim sucessivamente até ESF15 o que totaliza o número total de participantes do estudo. Esta identificação foi realizada em uma ficha de caracterização profissional [apêndice A]; em crachás no momento da oficina, para facilitar o processo de observação; e na análise das informações do estudo, visando também a garantia do anonimato.

3.5 Produção das informações

A produção de informações se deu de duas formas: pela proposta do MCS e pela observação participante.

O itinerário para produção de informações foi embasado primeiramente no alicerce teórico do MCS, que consiste na discussão grupal [oficinas] e dos momentos de criatividade e sensibilidade dentro delas^(21,22), sendo estas as fontes primárias de obtenção de informações.

Por seguinte, como fonte secundária e atrelada ao MCS para produção das informações se utilizou a observação participante⁽⁸⁹⁾ conforme roteiro [apêndice B]. Para tanto, descreveremos a sustentação teórica do método e o MCS propriamente dito bem com suas etapas para concretização, seguido da descrição dos elementos teóricos e práticos da observação participante.

3.5.1 O arcabouço teórico e o Método Criativo Sensível

O MCS tem seus fundamentos no paradigma da epistemologia construtivista, mas precisamente no construtivismo crítico de Paulo Freire, que vai além da pesquisa e da tematização, mas supõe uma ação transformadora através da problematização⁽²³⁾ pautada na construção coletiva e na pedagogia crítica-reflexiva^(24,25). Caracteriza-se também pela valorização da singularidade de cada participante do grupo e pela coletivização das experiências^(21,22).

A proposta Freireana, não é apenas um método, ou um norte para pesquisa, mas, uma forma de evidenciar os conflitos, pois considera o processo educativo acima de um processo

de politização^(24,25). Isso só é possível quando nos ancoramos em Freire lidando com a categoria social de comunicação, pois “todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro do segundo, e a comunicação entre ambos, que se dá através de signos lingüísticos. O mundo é, desta forma, um mundo de comunicação”^(97:44).

Dentro dessa perspectiva, visualizamos a possibilidade de desenvolver neste estudo, um alicerce conceitual no referencial pedagógico de Paulo Freire através do processo comunicacional grupal, por entender que a relação dialógica, problematizadora e de construção coletiva, existente nos participantes do grupo que investigamos contribui para identificação das percepções sobre a participação e controle social em saúde.

Entende-se que o fruto desse processo tem como objetivo promover a ampliação da visão de mundo e isso acontece quando essa relação é mediatizada pelo diálogo. Não no monólogo daquele que, achando-se saber mais, deposita o conhecimento, como algo quantificável, mensurável naquele que pensa saber menos ou nada saber. A atitude dialógica é, antes de tudo, “uma atitude de amor, humildade, esperança e fé nos homens, no seu poder de fazer e de refazer, de criar e de recriar”^(24:46).

Sendo assim, entendemos em Freire que não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Neste sentido, o MCS se propõe em estabelecer um diálogo baseado na escuta, na capacidade de aceitação do outro, e na solidariedade que acreditamos ser a sustentação das relações cuidado e coletividade.

Nessa relação íntima de diálogo com o educando, ambos se educam, não só o educador, determinando uma relação igualitária, assim “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”^(24:39).

Aqui fica clara a importância da construção coletiva, que deve acontecer a partir dos saberes adquiridos nas próprias experiências das pessoas que se educam, ou seja, no caso específico deste estudo, nos profissionais de saúde que se relacionam no mundo da ESF. Estes saberes, então, serão o substrato para os indivíduos construírem outros saberes, mais elaborados, mais exemplificados, sempre mediado pelo diálogo^(24,25).

Na constante re-elaboração dos próprios saberes, os indivíduos vão se tornando mais autônomos e capazes de considerar criticamente a realidade onde vivem e, como consequência, com possibilidades de transformá-la. Combinando a situação concreta e a expressão criativa do grupo, permitindo-o confirmar o que é comum e individualizar o que é incomum⁽⁹⁸⁾, sendo mais que fatos ou dados, é a percepção dos participantes envolvidos neste estudo, os trabalhadores da ESF.

Nesse sentido, a proposta não é criar conceitos, muito menos descrevê-los, por isso, optou-se pela utilização da palavra percepção, ao invés de concepção ou definição, por entender que ela vai ao encontro do alicerce teórico que o método preconiza.

O termo percepção utilizado durante este estudo refere-se ao entendimento que os participantes manifestaram, fruto da manipulação de objetos materiais por meio de atividades sensoriais realizadas nas oficinas, sobre as temáticas da pesquisa. O significado de percepção distingue-se em três termos⁽⁹⁹⁾: o primeiro é um significado geral, o qual se refere à atividade cognitiva geral; o segundo está relacionado ao ato ou função cognitiva pela qual se apresenta um objeto real, e o terceiro diz respeito à ação do homem em suas relações com o ambiente. No primeiro termo a percepção não se separa do pensamento. Já o segundo envolve o conhecimento empírico e o terceiro é a interpretação dos estímulos⁽⁹⁹⁾.

A percepção é o ato pelo qual a consciência **apreende** ou **situa** um objeto, e esse ato utiliza certo número de dados elementares de sensações. Assim supõe-se a noção da consciência como atividade introspectiva e auto-reflexiva; a noção do objeto percebido como entidade individual perfeitamente isolável e dada; e a noção de unidades elementares sensíveis^(99:754) [grifo do autor].

Nesta ótica percepção está relacionada à condição de cada pessoa no mundo, que envolve sua exterioridade e interioridade. Todavia as percepções informam sobre objetos exteriores e interiores e traduzem ações possíveis, onde o estado atual do indivíduo e as ações reais influenciam no seu modo de ser. Depreende-se então que as coisas não mudam, e sim a percepção que se tem delas⁽¹⁰⁰⁾.

Para tanto, esta percepção [que ocorre por meio de atividades empíricas e se traduz na fala] e o alicerce teórico do Método se solidificam na necessidade de focalizar uma prática desopressora^(24,25), através da liberdade de pensamentos, elucidada por meio da **criatividade**. Juntamente com a possibilidade de escolhas de múltiplas formas de manifestação destes pensamentos, utilizando os vários sentidos do corpo, elucidada por meio da **sensibilidade**^(21,22,101) [grifo nosso].

Nesta modalidade associa-se ciência, arte, criatividade e sensibilidade. Para tanto privilegia a participação ativa dos sujeitos na busca da construção coletiva do conhecimento, empregando-se diferentes dispositivos para a coleta de informações, criando uma relação dialógico-dialética entre os pesquisados e o pesquisador⁽¹⁰²⁾.

Diante do exposto, a investigação qualitativa utilizando o MCS^(21,22) tem mostrado ser adequada na busca de conhecimento em relação às práticas de cuidado à saúde. Revela-se

também igualmente importante como estratégia para abordagens do cotidiano dos profissionais de saúde⁽¹⁰³⁾.

As alternativas [criativo-sensível] do método representam uma possibilidade de pesquisar em enfermagem, principalmente quando o objeto de estudo apresenta particularidades que são melhor compreendidas no coletivo. O método também oferece possibilidade de manifestação de sentimentos, como afeto, solidariedade, emoção, compreensão, escuta quando tratam de temas de interesse comuns e de construção coletiva⁽⁹⁷⁾.

Os participantes do estudo, entendido como o universo dos profissionais da ESF, legitimam a possibilidade de se perceberem e ouvirem, despertando para ir além do que está previamente posto, e valorizando ainda mais a pesquisa qualitativa⁽⁸⁹⁾.

Em síntese, o método tem suas bases na discussão de grupo, construção coletiva por meio de oficinas que fomentam a produção artística, considerando possibilidade de partilharem, com o grupo, suas vivências e de até empoderar-se^(21,22,,98,103).

Alguns autores consultados referem que um dos pontos negativos da técnica de coleta de informações no grupo tem a ver com a possibilidade de alguns indivíduos se sentirem constrangidos num grupo e não revelarem seus pensamentos da mesma forma que fariam num ambiente privado⁽¹⁰⁴⁾. Entretanto, as maneiras de coleta de dados na pesquisa qualitativa são diversas, coletar dados no grupo pode ser também uma alternativa para que o participante se sinta mais confortável do que na coleta individual⁽¹⁰⁵⁾.

Durante este processo grupal [oficinas] o pesquisador desenvolve a escuta sensível para captar e transcender o que está sendo dito, criando uma zona de produção de dados cuja riqueza e diversidade representa a própria emergência de conhecimentos⁽²¹⁾.

Constata-se, que esta interação grupal cria um espaço privilegiado que favorece aos participantes, o conhecimento de si e do outro de maneira mais completa, revelando o modo de ser de cada um, seus juízos de valores, seu imaginário, dentre outros aspectos como cultura, religião e influências do contexto⁽¹⁰¹⁾.

Neste sentido, o MCS foi desenvolvido por meio de técnica grupal e conteve dinâmicas de criatividade e sensibilidade que mais se adequou ao problema de pesquisa, neste caso a dinâmica livre para criar⁽¹⁰²⁾.

Essas oficinas possuem cinco momentos para sua concretização: a preparação do ambiente e acolhimento do grupo, apresentação dos participantes do grupo, explicação da dinâmica e a atividade individual ou coletiva, apresentação das produções e análise coletiva e a validação dos dados^(22,101).

É importante ressaltar que o produto das dinâmicas serviu de base para as reflexões e discussões coletivas, com a possibilidade de validação das informações neste espaço, mantendo a singularidade de cada participante que coletiviza suas experiências no grupo⁽⁹⁸⁾.

Estas dinâmicas permitiram a criação de espaços para a discussão e reflexão, sendo que no processo de produção das informações, o pesquisador e os participantes do estudo se encontraram em uma experiência vivencial e existencial, mediada pelo diálogo⁽²¹⁾.

As oficinas foram realizadas em uma sala de reuniões na própria ESF durante o horário de trabalho seguindo as especificações dos procedimentos éticos deste estudo. Optou-se por realizar as oficinas no horário de trabalho, pois é uma normativa da Secretaria Municipal de Saúde que as ESF devem ser fechadas duas horas por semana para discussão em equipe das situações pertinentes ao processo de trabalho. Por conseguinte, haveria grandes dificuldades dos trabalhadores participarem da pesquisa em outro local e horário.

Os encontros dos grupos se dividiram em três oficinas tendo uma duração de aproximadamente duas horas cada. A realização de três encontros foi considerado adequado para produção de conhecimentos sobre o objeto de estudo, tendo em vista, a riqueza das informações que foram captadas em um gravador digital.

Cada oficina foi pautada em uma temática, a primeira foi a oficina sobre Estratégia Saúde da Família; a segunda foi a oficina da Participação em Saúde; e a terceira e última, foi a oficina do Controle Social em Saúde. Para imergir nestas temáticas, em cada um dos três encontros houve uma questão disparadora diferente. A saber, para primeira oficina foi: O que é para você a Estratégia Saúde da Família?; Para segunda oficina: O que é para você Participação em Saúde?; E para terceira e última oficina: O que é para você o controle social em saúde?.

A oficina sobre a ESF justifica-se, pois o ator social que percebe algo, sempre carrega consigo elementos perceptíveis do local que está inserido, assim para dar mais sustento ao foco deste estudo, decidimos incluir esta oficina, afim de, compreender as suas percepções acerca do cenário no qual percebem a Participação e Controle Social em Saúde.

Assim, neste estudo seguiu-se a ordem proposta pelo MCS pautada nos cinco momentos^(22,101) para com as oficinas, apenas modificando os nomes de cada etapa que foram denominadas: Introdução, produção, apresentação, discussão e avaliação.

Essas etapas serão ilustradas aqui por meio de desenhos, cujo objetivo é otimizar o entendimento de cada uma. Cabe ressaltar, que todos os desenhos ilustraram o pesquisador tipificado pelo homem de camisa vermelha e o auxiliar de pesquisa pelo homem de camisa azul. As demais pessoas desenhadas representam os participantes deste estudo. Por se tratar

de desenhos que são meramente ilustrativos, não deve-se levar em consideração o gênero e a cor dos mesmos, mas sim a situação que expressa o determinado momento da oficina.

A seguir descrever-se-ão as etapas do MCS nesse estudo:

3.5.1.1 Etapa introdução

A **introdução** se subdividiu em dois momentos: o primeiro consistiu na apresentação do facilitador sobre a temática proposta para o encontro e também na apresentação um caso fictício e na visualização de um vídeo; já o segundo momento se restringiu na realização de uma dinâmica inicial [apêndice C, D, E].

A primeira oficina [Estratégia Saúde da Família] teve um caráter peculiar às outras, uma vez que aconteceu a apresentação dos participantes, a apresentação da proposta e metodologia de pesquisa, o levantamento das expectativas do grupo em relação ao tipo de trabalho a ser realizado.

Também houve o estabelecimento do contrato de pesquisa, representado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [apêndice F], a explicação, entrega e preenchimento da ficha de caracterização profissional [apêndice A], bem como o fornecimento de crachás com os respectivos códigos, para facilitar a observação e conseqüentemente a futura transcrição das informações.

Na segunda oficina [participação em saúde] foi feito a leitura do caso Filomena⁽²⁶⁾ que conta a trajetória de uma usuária que busca o serviço de saúde inúmeras vezes até conseguir ser ouvida por um membro da equipe de saúde; já na terceira e última oficina [controle social] foi transmitido parte de um vídeo para aproximar os participantes das reflexões sobre história do Sistema Único de Saúde e a participação e controle social em saúde⁽¹⁰⁶⁾, ambas apresentações com intuito de fomentar a temática e instigar o debate.

A seguir um desenho que ilustra esta etapa inicial da introdução.

Ilustração 01 – Desenho do primeiro momento da introdução da oficina. Içara/SC, 2011.



Posteriormente a estas apresentações [da pesquisa, do caso Filomena e do vídeo sobre a história do SUS], deu-se início a uma das partes individualizada das oficinas, onde todos os participantes ressaltarão através de canetas esferográficas coloridas suas percepções iniciais, partindo sempre de uma questão disparadora de acordo com a temática do referido encontro.

Os sujeitos construíram suas percepções iniciais individuais por meio de uma frase ou palavra para posteriormente coletivizar no grupo, e fazer um contraponto com o resultado da dinâmica realizada no momento da **produção**.

O desenho a seguir demonstra este segundo momento da introdução:

Ilustração 02 – Desenho do segundo momento da introdução da oficina. Içara/SC, 2011.



3.5.1.2 Etapa produção

Na seqüência, se procedeu ao segundo momento da oficina chamado **produção**. Este consistiu na explicação e realização da Dinâmica de Sensibilidade e de Criatividade propriamente dita, intitulada Livre para Criar⁽¹⁰³⁾.

Dentro deste contexto foram disponibilizados cartolinas, canetas hidrocor, pincel atômico, giz de cera, tinta, cola, revistas, jornais, fita adesiva e tesouras.

A ilustração a seguir enfatiza esta segunda etapa da oficina:

Ilustração 03 – Desenho da produção da oficina. Içara/SC, 2011.



Diante da disponibilização destes materiais os participantes tiveram autonomia para representar individualmente a percepção sobre a temática proposta em cada oficina objetivando validar ainda mais sua percepção inicial construída no momento da **introdução** da oficina, embora não tenham sido objetos de análise encontram-se digitalizadas no final deste estudo [anexo A, B, C].

3.5.1.3 Etapa apresentação

A **apresentação** consistiu na socialização entre os integrantes de suas percepções. As produções foram sendo coletivizadas de maneira espontânea no grupo, de acordo com a temática discutida no encontro.

Os participantes apresentaram suas construções artísticas com os resultados das dinâmicas iniciais propostas na Introdução. Após cada apresentação os participantes procediam a fixação de sua produção na parede [anexo D]. A ilustração a seguir enfatiza esta terceira etapa da oficina:

Ilustração 04 – Desenho da apresentação da oficina. Içara/SC, 2011.



3.5.1.4 Etapa discussão

Atrelado a apresentação aconteceu a **discussão**, que dividiu-se em dois momentos: o primeiro momento foi a parte de construção coletiva da percepção, na qual os participantes após terem apresentados suas percepções individuais foram instigados pelo facilitador com

base no que já foi produzido individualmente, para construção de uma percepção coletiva no grupo norteadado pela seguinte indagação: O que é para o grupo a Estratégia Saúde da Família, Participação em Saúde e o Controle Social em Saúde?

Nesse momento todo grupo participou com diversas opiniões sobre o modo de apresentação e sobre a percepção propriamente dita, não tendo havido percepções conflituosas e sim complementares, o que resultou em aproveitamento de todas pelo pesquisador.

No segundo momento foi a explanação da construção coletiva, que serviu para uma maior validação das informações obtidas através dos momentos individuais da oficina. Para consolidação do grupo de sua percepção foi disponibilizado papel pardo, pincel atômico, cola, tesoura entre outros materiais.

Estas duas etapas são tipificadas através dos desenhos a seguir:

Ilustração 05 – Desenho do primeiro momento da discussão da oficina. Içara/SC, 2011.



Ilustração 06 – Desenho do segundo momento da discussão da oficina. Içara/SC, 2011.



3.5.1.5 Etapa avaliação

Por fim, a **avaliação** consistiu no fechamento diário de cada encontro aproximando e distanciando da realidade dos participantes, pautada na seguinte pergunta: O que os participantes acharam da oficina? Após este fechamento seguiu uma confraternização para o grupo, oportunizando uma maior integração e descontração do mesmo.

A ilustração seguinte enfatiza e finaliza as etapas da oficina:

Ilustração 07 – Desenho da avaliação da oficina. Içara/SC, 2011.



3.5.2 Observação participante

Outro método de coleta de informações que está intrinsecamente ligado ao MCS é a observação participante, sendo este procedimento “não apenas um método no conjunto da investigação, mas um método em si mesmo para compreensão da realidade”^(90:70). Neste caso o pesquisador permanece alheio ao processo de trabalho que pretende estudar, observando apenas de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem⁽⁸⁹⁾.

A observação participante é a técnica de captação de dados menos estruturada que é utilizada nas ciências sociais. No entanto, isso não significa descompromisso metodológico por parte do pesquisador exigindo “do pesquisador revitalizar seu espaço social, aprendendo a

se pôr no lugar do outro”^(89:274). E essa postura requer rigor técnico e observância aos preceitos metodológicos.

É importante ressaltar que nesta modalidade de observação participante, o pesquisador não participa através de ações para transformação do processo, claro que sua presença por si só já influencia o meio o qual está inserido, mas ação para modificá-lo não o compete, “pois ele modifica e é modificado pelo contexto da observação, sendo esta uma relação intrínseca [...] é também interação com os vários atores em campo”^(107:163).

A observação participante foi materializada através do diário de campo, conforme roteiro, consistindo no registro da dimensão interpretativa das situações ocorridas no grupo⁽⁸⁹⁾ estas posteriormente relacionadas a transcrição das falas.

O roteiro de observação das oficinas, utilizado pelo auxiliar de pesquisa, contou com os itens que foram observados durante os cinco momentos da oficina, dentre os quais: o ambiente, a participação, o processo de construção, as intercorrências, os ruídos, as reações e outras observações que o auxiliar de pesquisa a identificasse como um aspecto importante a ser anotado.

Para melhor entendimento quanto aos aspectos observáveis do auxiliar de pesquisa, segue abaixo a explicação:

Ambiente: condições físicas do local e distribuição espacial dos participantes na sala entre outros aspectos;

Participação: envolvimento dos participantes na oficina tanto nas produções manuais como nas que há necessidade de verbalização, contemplando, o uso da palavra como possíveis monopólios e timidez;

Processo de construção: forma predominante como os participantes optaram pela execução da Etapa Produção inclusa na oficina, se individuais ou coletiva;

Intercorrências: a saída da sala de participantes e demais acontecimentos de origem diversas;

Ruídos: barulhos [conversa paralela nas apresentações, veiculos] atmosféricos [tempestades] e eletrônicos [som, telefone] entre outros;

Reações: as manifestações faciais e verbais inusitadas dos participantes durante as oficinas;

O auxiliar de pesquisa também ajudou no processo de logística da oficina como: organização da sala e dos materiais para as dinâmicas, na distribuição dos crachás, distribuição e orientação quanto ao preenchimento da ficha de caracterização profissional e o

posicionamento do gravador digital. O facilitador e o auxiliar de pesquisa foram identificados pelo nome para facilitar a comunicação durante as oficinas

3.6 Análise das informações

As informações foram analisadas qualitativamente, visando obter a descrição significativa do conteúdo das sínteses obtidas no grupo, permitindo a inferência de conhecimentos relativos à temática proposta.

A partir de categorias estabelecidas previamente, ocorreu a construção da pesquisa denominada “categorias operacionais”^(89:179). Nesta, elencamos três: Participação, Controle Social em Saúde, que são os objetos da presente pesquisa, e Estratégia Saúde da Família, já que o estudo se desenvolveu em uma Unidade de Saúde.

A *posteriori* da obtenção das informações, a partir da percepção dos participantes investigados sobre estas categorias operacionais, que se deu mediante a transcrição das falas, fruto dos momentos individuais e coletivos desenvolvidos nas oficinas, foram criadas as categorias de ordem empírica^(89,90). Os resultados da oficina por meio das percepções individuais e a do grupo foram relacionadas com a observação realizada pelo auxiliar de pesquisa.

Buscou-se fazer uma relação entre a observação e o resultado da transcrição das falas dos participantes, para apoiar, fortalecer, indicar aquilo que os participantes não expressaram verbalmente, mas que demonstraram através de gestos tendo por base o que foi construído nas oficinas, com objetivo de construir categorias que permitissem qualificar as dimensões objetivas e interpretar as facetas subjetivas do processo social estudado. No entanto, devido a riqueza do material obtidos pelas transcrições, para fins desta dissertação, os resultados foram extraídos apenas das falas dos participantes.

Na busca para atingir o significado manifesto utilizou a “análise de conteúdo temática”^(89:315). Neste tipo de análise, o objetivo é “descobrir os **núcleos do sentido** que compõem uma comunicação, cuja **presença** ou **frequência** signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”^(89:316) [grifo do autor].

A análise de conteúdo temática pode ser “apresentada através de uma palavra, uma frase”^(89:317) objetivando relacionar os elementos advindos das construções individuais e

coletivas das oficinas e da observação participante, gerando ao pesquisador uma série de possibilidades de informações.

A análise de conteúdo temática foi dividida em três fases: “pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação”^(89:316-318).

Na primeira fase [pré-análise], que é a organização do material a ser explorado, de acordo com os objetivos e questões de estudo, começaram-se a definir unidades de registros, unidades de contexto e informações que se encaixavam através de “leitura flutuante, constituição do corpus e formulação de objetivos”^(89:316). Nesta fase foi feito a transcrição do áudio dos encontros.

Na segunda fase [exploração do material], que objetiva alcançar o aspecto central de compreensão do texto, foram construídas categorias: expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala é organizado.

Na terceira fase [análise e interpretação], ocorreu a inferência do conteúdo que está manifesto nas informações coletadas, buscando-se inter-relacionar a fala do ator social, a percepção do pesquisador e o quadro teórico.

Na prática a construção das categorias empíricas gerou-se após a transcrição das falas dos participantes, a partir da identificação das unidades de registro [UR], recortada do texto pelo sentido, e não necessariamente pela forma, representada por palavras, frases ou parágrafos.

Após a identificação das unidades de registro, foram construídas as unidades de contexto [UC], que proporcionaram o entendimento das unidades de registro gerando-se as unidades categoriais ou de significação. Por seguinte, através dos agrupamentos destas unidades por regras de contagem, que foram escolhidas considerando-se sua importância qualitativa para a pesquisa, surgiram as categorias empíricas, se vinculado estas as categorias operacionais.

As informações foram obtidas no período de abril a maio de 2010 e organizadas através dos recursos do Microsoft Office Word 2007, com objetivo de auxiliar na estruturação da UR, UC e conseqüentemente as categorias de ordem empírica.

As falas dos participantes foram transcritas na sua totalidade, respeitando a forma como foram elaboradas, apenas tendo sido adaptada ao uso padrão da língua portuguesa, ou seja, corrigiram-se erros comuns apresentados na língua falada na transposição para a língua escrita.

3.7 Procedimentos éticos

O principal objetivo é garantir o respeito à pessoa, a justiça e a equidade. Na realidade, quando se fala de ética em pesquisa, o que se espera mais do que uma aplicação de conceitos, é a ética inserida na prática no cotidiano da pesquisa, sendo utilizada como uma ferramenta de reflexão tão importante quanto saber usar métodos de investigação ou análise qualitativa.

Assim, foram respeitadas as diretrizes legislativas vigentes⁽¹⁰⁸⁾, que tratam dos procedimentos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos. Paralelamente aos contatos preliminares e inserção no campo para divulgação do projeto, o mesmo foi encaminhado para Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [anexo E] e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, tendo parecer favorável, sob o nº 04/2010 [anexo F] após devidamente homologado, deu-se início à coleta de informações.

Os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, sendo a participação de caráter livre sem cobrança de qualquer quantia financeira por nenhuma das partes. Desta feita, ficou garantida a desistência em qualquer momento da pesquisa.

O pesquisador e os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [apêndice F] composto por duas vias, sendo que cada um permaneceu com uma via do documento. O anonimato dos participantes foi garantido por meio de um código anotado em uma ficha de caracterização profissional [apêndice A], manuseada somente pela pesquisador e mantida separada dos instrumentos, para evitar a identificação dos respondentes.

As oficinas realizadas foram captadas através de gravador digital Sony PX720 que suporta arquivos *MP3* e *WMA* e apagadas do mesmo aparelho após a transferência para o software Digital Voice Editor ver.3.2.01. Estes arquivos ficarão armazenados no computador do pesquisador por cinco anos e após este período serão destruídos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos os resultados e discussão desta pesquisa após analisadas a transcrição de três oficinas, contendo quatro horas e quarenta e cinco minutos de gravação, com um total de aproximadamente dez mil cento e noventa e três [10193] palavras, sendo identificadas cento e sessenta e seis [166] UR e UC fruto das falas dos participantes.

Este conjunto por sua vez foi dividido em sete [7] categorias empíricas. Para tanto, ressaltaremos na ilustração seguir estas subdivisões que elucidam os resultados da pesquisa e sobre as quais apresentaremos os referidos achados:

Ilustração 08 – Quadro de categorias empíricas resultantes da análise. Içara/SC, 2011.

4.1 A percepção sobre a estratégia saúde da família
4.1.1 A equidade e a universalidade na Estratégia Saúde da Família;
4.1.2 [...] Unidos a gente chega lá (ESF12);
4.1.3 O modelo de atenção na Estratégia Saúde da Família;
4.2 A percepção sobre participação em saúde
4.2.1 A passividade da participação em saúde na Estratégia Saúde da Família;
4.2.2 O processo dialógico como participação na Estratégia Saúde da Família;
4.3 A percepção sobre o controle social em saúde
4.3.1 O espaço institucionalizado como controle social em saúde;
4.3.2 O monitoramento da doença como controle social em saúde.

4.1 A percepção sobre a Estratégia Saúde da Família

A necessidade de compreendermos a percepção dos participantes sobre a participação e controle social em saúde, levou-nos a querer saber sobre como eles percebem o significado do contexto onde eles atuam. Assim, desenvolveu-se no estudo uma oficina visando compreender a percepção sobre a ESF, a fim de identificar possíveis relações e reflexos desta percepção com o objeto de estudo desta pesquisa.

Neste sentido esta categoria traz determinados alicerces que norteiam as práticas de saúde na ESF, agregando categorias que envolvem os princípios a serem exercidos pelos profissionais de saúde na ESF bem como o modelo de assistência dominante.

As percepções geraram três categorias, a saber: A equidade e a universalidade na Saúde da Família; [...] *unidos a gente chega lá (ESF12)* e o modelo de atenção e suas possíveis influências na participação e controle social em saúde.

4.1.1 A equidade e a universalidade na Saúde da Família

Os participantes perceberam a ESF como um instrumento para a efetivação dos princípios constitucionais, denotando subjetivamente a importância de todos os princípios [filosóficos e organizativos] que norteiam o SUS, sendo, a equidade e universalidade foram os mais destacados:

[...] igualdade a todos hoje, porque antes no meu ponto de vista não era igual. O SUS, digo a saúde, não eram para todos. Hoje [através da ESF] a saúde é para pobre e rico, tudo igual (ESF02);

[...] a saúde é para todos, não importa a cor e raça (ESF13).

Os atores ainda identificaram-na como uma ferramenta para aplicabilidade destes preceitos que regem o SUS. O profissional da ESF vê neles seu alicerce teórico, procurando exercê-los no cotidiano dos serviços, mesmo que muitas vezes não consiga contemplá-los efetivamente na prática assistencial em saúde.

Eu acho que têm que ter igualdade as pessoas, pois às vezes não tem. Porque esse aqui [paciente] é meu melhor amigo eu vou passar na frente [fila]. Aquele [paciente] que chegou às cinco horas da manhã para pegar um número ficou lá [fila], e aquele que chegou às dez horas é atendido, porque é o meu melhor amigo! Então igualdade para todos na saúde (ESF15).

A equidade aqui é expressa através do respeito a fila, que paralelamente denota a precariedade dos serviços prestados pelo SUS^(109,110) e também uma carência de postura da gestão e até dos profissionais que não abrem possibilidade para novas formas de entrada dos sujeitos nos serviços de saúde⁽¹¹¹⁾.

Assim, a luta pela aquisição do respeito deste princípio perpassa pela vontade profissional e também pelo fomento da participação do sujeito [usuário], e ao exercício do controle social em saúde, mesmo que seja fora de um espaço institucionalizado, em reivindicar o seu direito constitucionalmente garantido.

Se por um lado houve postura antiética do profissional de saúde em desrespeitar a fila, por outro houve a passividade do paciente em aceitar tal postura. Neste sentido, torna-se de fundamental importância os profissionais de saúde oferecerem respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços, a fim de proporcionar a superação destas injustiças sociais e a resolutividade necessária destes agravos⁽¹¹²⁾.

As falas anteriores trazem a tona os avanços com o advento do SUS e principalmente com a constituição da ESF, enfatizando as dificuldades de fornecimento de um atendimento equânime antes da democratização do setor saúde. Mas também, indicam fragilidades e aspectos a serem ajustados e ou melhores discutidos quanto à aplicação deste princípio no lócus de atuação.

Ao analisar a palavra equidade numa ótica semântica, entendemos esta próxima da igualdade, como no depoimento é frisado, porém não necessariamente significa que seja sinônimo. Apesar de todos terem direito de acesso aos serviços, independente de cor, raça ou religião e sem nenhum tipo de privilégio, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades de saúde distintas.

Para compreender que na nossa área, na nossa micro-área, na nossa vida, no nosso serviço, nós não podemos ter distinção de cor nem de religião. Porque eu sempre falo para meu povo [famílias], que quando saio para trabalhar não tenho religião e não tenho cor e que tenho que compreender [as necessidades] de todos eles (ESF15).

Assim, a equidade fomenta a promoção desta igualdade, identificando desigualdades que atingem os sujeitos [grupos e indivíduos], e deve ir além de um princípio filosófico do sistema, deve ser tomada como fundamento ético nas rotinas da ESF⁽¹¹³⁾.

Ambas [equidade e igualdade] são consideradas contrapontos para as desigualdades de saúde⁽¹¹⁴⁾. Para tanto, por meio da equidade visa-se diminuir estas diferenças, mediante um atendimento de certa forma desigual para necessidades de saúde dos sujeitos que também são desiguais⁽⁸¹⁾.

É a luta por esta igualdade que os participantes trazem em suas falas, já que eles observam as desigualdades prevalentes. Essas desigualdades são percebidas pelos profissionais de saúde, que ao mesmo tempo tentam combatê-las. Entretanto, não se pode afirmar com este estudo que na prática esse princípio está garantido, pois “não é possível atuar em favor da igualdade, num local que negue à liberdade de trabalhar”^(115:192).

O significado da equidade que os participantes trouxeram, também esta muito relacionado ao acesso aos serviços de saúde, porém, este acesso não se transforma em empoderamento do sujeito, fator essencial à participação cidadã e construção do controle social.

Outro princípio ressaltado foi a universalidade, aqui entendida como contemplação de assistência para toda a população, através de acesso equânime a saúde em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, como pode ser observado a seguir:

Abranger saúde, ao alcance de toda a população (ESF01).

Eles percebem a ESF como possibilidade de efetivar este princípio, que caracteriza a saúde como um direito a cidadania, abrangendo a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprimindo a idéia de que o Estado tem o dever de atender à toda população^(5,109,110).

Este acesso a toda população é visto também no cotidiano dos profissionais de saúde da ESF através da assistência as famílias como observada no seguinte depoimento:

Trabalhar com as famílias [...], fazer as visitas (ESF05).

A ESF trabalha com a adscrição de clientela⁽⁴³⁾, que implica no cadastro da família. Este cadastro tipifica um passaporte para usufruir dos serviços concedidos por esta unidade.

Entretanto, perceber a universalidade na ESF como tão somente assistência a família significa dizer que os que não tem família devidamente cadastrada como andarilhos, moradores de rua demandam uma outra forma de cadastramento, que na equipe estudada ainda não estão sendo contemplados.

Independente da assistência ser centralizada na família ou para toda a população como enfatizado nos depoimentos anteriores, esta não pode ser de qualquer forma, pois a garantia da universalidade e também da equidade repercute na qualidade de como está sendo oferecido este serviço. Sabendo que “[...] a Estratégia de Saúde da Família não se faz só com os profissionais de saúde, se faz com a comunidade [população] (ESF09)”, é imprescindível que se estabeleçam relações de qualidade nestas relações de encontro entre estes sujeitos.

Para tanto, na opinião dos sujeitos da pesquisa esta qualidade é expressada por meio de elementos subjetivos voltados para os usuários e para a organização dos serviços, conforme os depoimentos a seguir:

É um programa que exige dedicação [...] cuidado com a família em uma determinada área de abrangência (ESF09);

[...] dedicar [as pessoas] amor, carinho, união e ter fé [na ESF](ESF06);

A Estratégia da Saúde da Família primeiramente tem que existir o acolhimento da equipe junto a essa família, sem discriminação (ESF12).

A dedicação, o amor e principalmente o acolhimento são alguns destes elementos que a equipe utiliza para alcançar do ponto de vista mais prático, a efetivação destes princípios. Esta satisfação do usuário, mediante a oferta de ações e serviços mais adequados, tendo por base o acolhimento, oportuniza melhorias quanto ao acesso. Entretanto, o acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre após ultrapassada a etapa do acesso⁽¹¹⁶⁾.

Por meio das análises, infere-se que os princípios da equidade e universalidade são elementos interpeladores das políticas de saúde, e também [ainda que subjetivamente] das práticas cotidianas do processo de trabalho da ESF. A adoção desses princípios significa a afirmação do direito à saúde como caminho de superação da tradicional estrutura de organização dos serviços de saúde no Brasil⁽¹¹⁷⁾.

4.1.2 [...] Unidos a gente chega lá (ESF12)

Outra percepção dos profissionais de saúde sobre a ESF refere-se aos aspectos relacionados ao trabalho em equipe, sendo este considerado um dos pilares mais importantes para efetividade da ESF⁽⁸⁸⁾.

É notória a importância desse tipo de trabalho na ESF⁽¹¹⁸⁾, principalmente por reforçar mais um dos princípios filosóficos do SUS: a integralidade nos cuidados de saúde. Sendo que esta é vista e pensada por alguns autores^(111,119,120) como polissêmica, ou portadora de variados sentidos. Desta forma, existem duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: uma que se refere à articulação das ações e a outra que se relaciona à interação dos diversos profissionais^(121,122).

Assim, o trabalho em equipe foi visto pelos indivíduos do estudo através de dois sentidos: os que frisam a importância do trabalho dos diferentes profissionais isoladamente; e os que nos reportam a refletir sobre uma noção mais ampla do trabalho em equipe, tentando articular saberes. Os depoimentos a seguir ilustram a primeira percepção:

Na Estratégia Saúde da Família tem o trabalho das agentes comunitárias de saúde, da enfermeira, trabalhos de triagem [auxiliar e técnico de enfermagem] e o trabalho do médico[...]. Tem que trabalhar em equipe multidisciplinar, [...] várias pessoas, cada um fazendo a sua parte, mas também ajudando a equipe para formar um trabalho de grupo (ESF04);

É como uma equipe de cozinha, o garçom, a ajudante de cozinha e o cozinheiro, eles tão falando a mesma língua [...] e os três vão pra mesma direção (ESF12);

Uma equipe de futebol, porque representa a nossa equipe. Numa equipe tem que ter responsabilidade com intuito de não levar o gol [doença da população] (ESF14).

As falas denotam primeiramente que os profissionais de saúde vivem no seu espaço de trabalho sem muitas possibilidades de interação, cada um fazendo a sua parte de forma independente. Não obstante, remete-se à necessidade, ainda que discreta, de integrar o trabalho e os saberes a outros saberes para o alcance de um objetivo [*ir na mesma direção e não deixar a população adoecer*], ilustrado através das analogias com uma equipe de cozinha e uma de futebol.

O trabalho em equipe aqui é caracterizado tão somente por justaposição das várias profissões em torno de um mesmo problema, sem o estabelecimento de relações entre os

profissionais representantes de cada área. Mesmo se referindo a necessidade de responsabilidade no trabalho em equipe, esta, continua sendo individualizada segundo a competência profissional de cada trabalhador.

Esta fragmentação existente no processo de trabalho destes profissionais “se torna um obstáculo para a aplicabilidade do princípio da integralidade”^(123:109), pois a agregação profissional em si, não a efetiva na prática dos serviços.

A simples reunião de profissionais com diferentes formações e práticas não garante que tal intuito será alcançado. Ao contrário, o que temos visto são práticas que, ainda que não sejam contraditórias ou antagônicas, são realizadas de forma justaposta e não por interseções^(123:116).

E é sobre estas interseções que surge outro sentido desta integralidade que englobamos aqui vinculada ao trabalho em equipe, analogicamente ilustrado pelas comparações que ressaltam a necessidade de unidade e sincronismo na prática cotidiana da ESF, conforme o seguinte depoimento:

A Estratégia de Saúde da Família é o trabalho em equipe, que são os elos, que significam união [...] como se fosse uma aliança [...] (ESF04).

O trabalho em saúde, por contemplar vários profissionais, é um trabalho coletivo^(124,125). Essa coletividade que o trabalho exige, no entanto, não impede a manifestação da individualidade. Assim, a analogia ilustrada pela equipe de futebol e, principalmente, por elos, leva-nos a refletir sobre a importância do sentido da integralidade na prática dos serviços em saúde.

Os referidos elos significam os próprios profissionais de saúde, envoltos por seus saberes e crenças, que, de certa forma, se individualizam em si, e que precisam ficar ligados a outros saberes. Tais elos podem ser diferentes em formas, espessuras, tipo de material, entretanto o ponto em comum é a união das diferenças, pois é mediante a convivência com os diferentes que se pode melhor lutar contra os antagônicos^(126:20). E é em meio à junção dessas diferenças [técnicas, culturais econômicas entre outras], que se criam forças coletivas para inversão das **práticas antagônicas** que prevalecem no cotidiano da ESF, elementos impedidores de uma saúde mais integral.

Ao tipificar a ESF ao trabalho em equipe e este relacionar com elos, nos leva a pensar também em quais mecanismos precisamos criar para estruturação de alianças duradouras, seja

no lócus de atuação, seja nas relações sociais com os integrantes da comunidade, a fim de presenciar este preceito de fato nos ambientes de trabalho.

A fala a seguir traz outra reflexão no que tange a integralidade no sentido do trabalho em equipe e da unificação de saberes:

Uma orquestra que todo mundo tem aquela coisa de ter sintonia, de todo mundo falar a mesma língua, de andar da mesma maneira, para sair uma coisa mais detalhada (ESF09).

Se referir o trabalho em equipe como uma orquestra, nos obriga a pensar quais os sons que estão sendo emitidos pelos músicos [profissionais de saúde] nos diversos anfiteatros [ESF] existentes por este Brasil. Será que presenciamos mais os solos individuais dos artistas? Ou conseguimos ouvir ainda que silenciosamente um murmúrio de uma sinfonia.

Uma sinfonia não pode se resumir a nenhum dos timbres presentes numa orquestra, [...] uma peça sinfônica depende dessa multiplicidade tímbrica, dos mais perceptíveis sons aos mais sutis^(123:110).

A sintonia da orquestra perpassa por uma noção do consenso⁽¹²⁷⁾ com relação a forma de trabalhar, e este consenso entre profissionais e população fortalece a participação e o controle social em saúde, pactuando formas de atendimento e modos de assistência. No grupo de pesquisa, percebeu-se harmonia no trabalho em equipe solidificado na orquestra, harmonia esta não como ausência de discordância, mas de sincronismo “de vozes de discursos presentes nos diferentes saberes e profissionais”^(123:109).

O trabalho em equipe como pressuposto das práticas cotidianas nos serviços de saúde, foi visto como um alicerce teórico/prático para fazer com que a ESF seja de fato uma alternativa num novo modo de fazer e produzir saúde. Sabemos que

[...] não é algo natural e espontâneo. É uma criação histórica que implica decisão, vontade política, mobilização, organização de cada grupo cultural com vistas a fins comuns. [...] Que demanda uma nova ética fundada no respeito as diferenças^(128:119).

Tanto a orquestra como os elos trazem outro modo de ver o trabalho em equipe na ESF. Para os participantes deste estudo, o trabalho em equipe apesar de constituir uma base para mudança do modelo estrutural na ESF, e de trazer analogias que nos faz criar outras formas de pensar este trabalho, predominantemente, é feito de forma fragmentada e ainda não se correlaciona na sua totalidade com a finalidade do mesmo⁽¹¹⁸⁾.

Para finalizar, quando nos reportamos ao trabalho em equipe, é a necessidade da unidade em meio as diversidades que deve prevalecer. Os profissionais podem ter formações diferenciadas, idéias e concepções a cerca da saúde individualizadas e até de certa forma corporativistas. Mas em meio a todas estas diferenças ideológicas, culturais, políticas que cercam estes profissionais, o que se deve prevalecer é unidade de pensamento em meio a “diversidade”^(128:116), voltada para que a garantia do direito a saúde seja universalizado, equânime e acima de tudo integral.

4.1.3 O modelo de atenção na Estratégia Saúde da Família

Esta categoria abrange primeiramente aspectos relacionados à prevenção de doenças com número expressivo de falas pautadas nas consultas, exames e vacinas. Por seguinte, outra percepção encontrada se relaciona a promoção da saúde através de hábitos de vidas saudáveis vinculada a educação para não doença.

As falas a seguir enfatizam a primeira percepção sobre a ESF.

Prevenir [doenças] através de alguns exames [teste do pezinho] [...] e diagnosticar algumas doenças prematuramente (ESF01);

É a prevenção, [...] encontrar uma mãe e pedir para ela ir na unidade fazer as vacinas e prevenir as doenças (ESF03);

A Estratégia da Saúde da Família inicia na prevenção, [...] para você prevenir [doenças] (ESF10).

A ESF foi percebida pelos sujeitos da pesquisa, como uma ferramenta para não doença, fator importante, pois, procura legitimar um princípio constitucional de direito à saúde, o ser saudável, sendo neste caso a prevenção de doenças fundamental na assistência dos profissionais de saúde⁽⁸⁴⁾. Entretanto, isso nos reporta pensar também nas conseqüências destas práticas prevalentes para a assistência.

O termo “prevenir, quando relacionado à saúde automaticamente nos reporta a uma “ação antecipada e baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”^(74:17).

A lógica da doença no cotidiano da ESF impende os profissionais de enxergarem o momento do encontro sobre outro prisma, que não seja a ótica fragmentária e curativista,

característica do modelo biomédico^(129,130). Esta predominância dificulta possibilidades de contemplar neste encontro o sujeito na sua totalidade que busca o serviço de saúde, reproduzindo as práticas de saúde como o trabalho empreendido para o fomento a não aquisição de doença.

O depoimento a seguir ressalta a predominância do modelo biomédico na ESF, a saber, a fala foi expressa por um profissional não médico:

Exame médico detectando o corpo humano (ESF01).

Aqui se enfatiza o diagnóstico, atrelado à noção de corpo e também à superioridade de um profissional. Isso demonstra que o processo de trabalho da ESF gira grande parte em torno do profissional médico. Prova disso, são os demais profissionais que voltam seu trabalho para o atendimento às demandas médicas como triagem para consultas, encaminhamento para o mesmo, dispensação e administração de medicamentos prescritos entre outras práticas que caracterizam esse processo de trabalho.

O próximo depoimento também denota esta centralidade médica e seu vínculo com a prevenção de doenças:

Prevenir é orientar, por exemplo, a gente chega numa casa, a pessoa começa contar o que está sentindo e que não está bem. Pois quando sentimos alguma dor, o nosso corpo está reclamando. Neste sentido prevenir [doenças] seria pedir para ela procurar um médico (ESF05).

Este modelo médico centrado também é reforçado nas inúmeras informações que se observou coladas nas paredes da ESF, como: horário de atendimento médico, número de consultas, distribuição de senhas. Há instruções repressivas solicitando silêncio para não atrapalhar a consulta, e de sujeição para não dar margem aos sujeitos reclamarem, por exemplo: cartazes informando sobre desacato, pedindo respeito aos profissionais etc.

Nota-se também com isso uma poluição visual que se volta para o reforço da educação para não doença, como cartazes das doenças crônicas, tratamentos, práticas de prevenção entre outras informações.

A fragmentação do ser tipificado pela preocupação com a doença é mais importante que a composição dos diferentes aspectos que integram o sujeito, englobando aqui a possibilidade deste participar das decisões de saúde, sejam elas assistenciais ou até mesmo em uma ótica mais macro da gestão.

Isto posto, desmerece a complexidade do contexto sócio, histórico e cultural dos indivíduos, isolando-os dos aspectos holísticos de que necessitam para manutenção e busca do ser saudável e também para o estímulo à participação e controle social nas decisões dos aspectos de saúde da ESF. Além disso, propagam uma noção de que os profissionais consideram como **comportamento correto** que pressupõe o posicionamento destes profissionais como fonte legítima de verdade^(130,131).

Apesar da postura aberta de alguns profissionais, aos valores e cultura dos indivíduos, esta difusão pró-doença subjetivamente constituída na prática desta ESF constitui uma carência de oportunidade para exercício da participação e controle social em saúde no lócus de atuação.

Depois da prevenção de doenças, outra percepção que se vinculou a esta categoria foi a de promoção da saúde, conforme descrito no seguinte depoimento:

Prevenção de doenças e promoção de saúde através de orientações [...]. Um grupo coletivo de orientações coletivas para hipertensos, diabéticos, gestantes (ESF11).

Os conceitos de prevenção de doenças e de promoção da saúde não se distinguem claramente na prática do setor saúde. As práticas em promoção da saúde, da mesma forma que as de prevenção de doenças, fazem uso do conhecimento técnico e científico específico do campo da saúde⁽¹³²⁾. É sabido que nos três níveis de prevenção⁽⁷⁴⁾ a promoção da saúde se enquadra na prevenção primária, privilegiando neste referencial ações educativas normativas voltadas para indivíduos, famílias e grupos⁽³⁾. Segundo o comentário a seguir, falar de ESF é também se remeter a:

[...] promoção da saúde [...] ensinando às crianças a maneira certa de escovação, conscientizando sobre a [boa] alimentação, visando à saúde (ESF04).

Os participantes vincularam a percepção da ESF a aspectos relacionados à promoção da saúde, focando na necessidade de hábitos de vida saudáveis que se dão prioritariamente pela educação tradicional pelo profissional, através da “[...] conscientização do problema pra evitar que aconteça [doença] (ESF06)”.

A promoção da saúde como orientações para determinados grupos, pautada nas necessidades de ensino por meio da conscientização sobre práticas corretas de se viver, pressupõe uma superioridade dos profissionais de saúde, pois só eles detém este conhecimento, como pode ser observado a seguir:

[...] um grupo [profissionais de saúde] falando sobre escovação, como ele [o dente] é escovado, e quais são os cuidados, que muitos não têm conhecimento (ESF08).

Ao considerar que muitos usuários não tem conhecimento, admitem que só os profissionais possuem, caracterizando a chamada educação bancária⁽²⁴⁾. Partindo do pressuposto que ninguém conscientiza ninguém, mas em virtude de um processo dialógico ambos se conscientizam⁽²⁴⁾. A conscientização requer desenvolvimento da criticidade, neste caso ela vai além da tomada de consciência, pois “a tomada de consciência não é ainda a conscientização, pois esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência”^(133:29).

Com base nos depoimentos, tanto a prevenção em saúde como a promoção da saúde focaram a educação para não-doença através de um processo pedagógico bancário⁽²⁴⁾ e condicionante, onde há pulverização de informações, em uma lógica unidirecional.

Esta prática também impede o usuário de querer exercer seu direito de participar da assistência e conseqüentemente formular seu plano para conquistar a saúde [por direito] naquele micro espaço e não apenas no legalmente constituído [conselho e conferência]. Neste processo de educação, os usuários são vistos com seres passivos e sem domínio da realidade, sendo os profissionais de saúde [educador] sujeito do processo e os usuários [educandos] meros objetos⁽²⁴⁾. Pois,

[...] às vezes batemos de frente com os pais por tentar mudar [comportamento] (ESF01).

A incorporação por parte dos profissionais no sentido de ir de encontro ao comportamento do sujeito, reforça uma postura de culpabilização^(83,134,135), esta fortalece submissão do mesmo como agente criador construtor do seu espaço. Tal prática se dá mediante a uma pedagogia de transmissão de conhecimento que restringe o comportamento correto naquilo que os profissionais difundem, colocando-se nas mãos do sujeito a responsabilidade pela sua condição patológica, e também não validando o conhecimento já existente.

Por fim, essa categoria trouxe-nos elementos que mostram a percepção dos trabalhadores de saúde sobre ESF, sendo que esta se pautou no modelo de saúde predominante. Por meio das atividades pôde-se fazer uma conexão com os possíveis reflexos deste entendimento nas percepções sobre participação e controle social em saúde, que veremos nas seções subsequentes.

4.2 A percepção sobre a participação em saúde

Após aproximação do entendimento dos participantes sobre o contexto no qual estão inseridos, esta seção traz as percepções sobre a participação em saúde. As percepções foram divididas em duas categorias:

A primeira indica o que os sujeitos entendem pelo tema, no qual a participação em saúde centralizou-se na presença de pessoas em palestras, reuniões e campanhas de vacina, tendo uma conotação de participação passiva. Por seguinte, explora-se a repercussão negativa desta percepção, ambas abordagens são tipificadas pela seguinte categoria: A passividade da participação em saúde na ESF.

A segunda categoria traz elementos da participação em saúde relacionados ao vínculo entre profissionais e usuários dos serviços, englobando percepções de certa forma mais ampliadas [ativas] que as primeiras, pautadas no diálogo, escuta e comprometimento, sendo esta abordagem expressa pela categoria: O processo dialógico como participação na ESF.

4.2.1 A passividade da participação em saúde na Estratégia Saúde da Família

Esta seção ilustra percepções dos sujeitos do estudo pautadas em uma ótica unidirecional com vista a domesticação dos sujeitos^(24,25). Para tanto, a primeira percepção que identificamos nos depoimentos destes atores foi de certa forma a mais “simplista” de todas as percepções aqui ressaltadas, apesar de não ser esta a que predominou, ela ganha repercussão qualitativa neste estudo, conforme o depoimento a seguir:

[...] um monte de gente, que é a participação (ESF15).

Talvez esta seja a definição mais lógica quando nos referimos à participação em saúde, aqui incorporada em um sentido de “expressão do desenvolvimento comunitário e participação popular”^(15:297-298). Esta participação pressupõe o encontro com outras pessoas que estão em um determinado local, assim em uma análise racional, um quantitativo aglomerado de pessoas está intrinsecamente ligado ao sucesso da participação.

A essência do termo participar em saúde para os participantes deste estudo repercute nesta agregação de pessoas, afim de fazer diferença, e contribuir para construção de melhorias sejam elas na saúde ou nos mais diversos setores da sociedade⁽¹³⁶⁾. Logo o importante nesta fala é a relação entre a participação em saúde e a noção de coletividade.

O coletivo em saúde pública é mais do que a mera somatória de indivíduos. Pressupõem-se nele características próprias, inerentes ao conjunto, mas inexistentes nos indivíduos⁽¹³⁷⁾.

A participação tem um caráter de processo coletivo transformador, às vezes contestatório, e ela na ótica da coletividade, ganha força para a solução de um projeto comum, até por que as singularidades existentes na coletividade ampliam estas possibilidades de conquistas.

Pois há uma grande diferença entre “a vontade de todos e a vontade geral; esta só fita o interesse comum, aquela só vê o interesse privado”^(138:38). O ponto crucial mediante a este primeiro depoimento é saber se os interesses individuais pertencem a maioria do grupo, ou se tão somente traz resolução aos interesses próprios sem benefícios ao coletivo.

No processo coletivo os sujeitos acreditam que os profissionais de saúde não devem estar sozinhos, mas há necessidade da “*participação da comunidade e dos gestores (ESF04)*”. Assim, para que se efetive esta participação “*depende às vezes do poder lá de cima [gestão municipal de saúde], [...] não adianta nós vir para cá, se dedicar e eles não nos darem uma contra-partida (ESF01)*”.

A gestão ganha um fortalecimento nas falas dos sujeitos como um fator preponderante para a concretização da participação na ESF. Pois se a execução das decisões deliberadas nestes espaços dependem da gestão, nada mais correto que incluí-la no processo. Por isso, os sujeitos identificam a necessidade da “*gestão de saúde [...] estar participando através dos programas e do planejamento (ESF09)*”.

Neste sentido o resultado da participação deve ser incorporado pela gestão, tomando decisões de saúde do ponto de vista coletivo, ao exemplo das estruturas governamentais que tomaram posse da ânsia popular em incluir as possibilidades participatórias na constituinte e nas leis da saúde^(5,6,7).

Se por um lado os depoimentos são valorizados pela noção de coletividade, por outro entendemos que esta é constituída mediante a passividade da presença das pessoas, ou seja, a participação é reduzida a presença física das mesmas em algum local, sejam nas reuniões da comunidade ou até mesmo a “[...] participação [...] na unidade [de saúde] (ESF13)”.

É evidente que outros espaços também são tidos como locais de encontros, mas a Unidade de Saúde ainda continua sendo um local para o fomento a participação em saúde. Esta participação passiva que se dá com a simples presença de pessoas, não fica muito distante das realidades que encontramos nos mecanismos de representação de interesse⁽³⁷⁾ principalmente se referindo aos conselhos de saúde de algumas realidades brasileiras.

Nos espaços de participação nota-se a presença da massa⁽⁶⁷⁾ constitucionalmente garantida⁽⁷⁾ denominada usuários, mas ainda se carece de um “participar mais relacionado com a presença dessas massas na tomada de decisões”^(139:27).

As falas iniciais desta seção denotam a passividade com que os profissionais de saúde percebem a participação. Sobretudo quando nos referirmos a participação em saúde, a abordagem que primeiramente nos reportamos é numa ótica da participação mais ativa, ou seja, não o sujeito como mero participante que tão somente faz parte de algo, mas aquele que contribui para mudanças decisivas.

Depois de uma percepção que valoriza apenas a presença de pessoas, a participação passiva é também fortalecida pelo reforço ao modelo de saúde predominantemente focado na doença [vacinas] este aplicado através de um processo pedagógico domesticante [palestras], que tem como objetivo assistir aos grupos privilegiados a qual a ESF foca seu trabalho, sendo estes demonstrados através dos seguintes depoimentos:

Participação em saúde, é participar das atividades de campanhas de vacina e palestras [...] (ESF04).

[...] um grupo educativo [palestra] para gestante, e os pais [...] participando também junto com as gestantes (ESF08).

A participação nas palestras tem sua origem nas práticas de atenção primária em saúde⁽¹⁴⁰⁾. Esta forma de trabalho foi considerada fundamental para o êxito dos programas verticais propostos até então, bem como a presença da população em todas as ações de saúde que o Estado desempenhou ao longo da história, sendo essencial nas vitórias sobre a varíola, poliomielite e dengue^(140,141).

A significância do depoimento anterior também remota a participação no que esta preconizado pelas normas ministeriais, visando tão somente a inclusão do sujeito na burocratização do sistema.

É evidente a importância para saúde do sujeito a participação destes nas orientações coletivas sobre hábitos de vidas saudáveis. Até por que se pode utilizar este espaço para o

aprendizado mútuo dos atores envolvidos. Entretanto, um aspecto importante a ser lembrado é que os discursos do grupo estudado se voltam apenas para participação dos usuários nas atividades previamente preconizadas, e os profissionais não se vêem como sujeitos deste processo, reforçando ainda mais a passividade desta participação na ESF.

Assim, a “[...] participação [de palestras] por parte da comunidade junto com a unidade de saúde (ESF13)”, enquanto a simples presença de pessoas nos programas de saúde preconizados, neste caso nos grupos operativos terapêuticos, pode resultar em dependência e acomodação dos sujeitos às normas desencadeando o silêncio e a subordinação⁽¹⁴²⁾, além dos participantes tornarem-se refém dos hábitos e orientações que os profissionais impõem.

Atribuir à participação em saúde a simples presença em palestras que reforçam a não doença, a qual os profissionais de saúde esperam persuadir os sujeitos a assumir diferentes condutas pautadas em informações científicas de saúde que os profissionais julgam ser corretas. Esta percepção está associada ao número de tarefas a serem cumpridas, relacionadas a burocratização do planejamento das políticas públicas que acaba por negar a existência do sujeito. Isso fica claro na forma como os mesmos realizam estes encontros, ou seja:

[...] um pessoal ouvindo uma palestra com atenção e um homem explicando [profissional de saúde] (ESF14).

Essa domesticação à qual os sujeitos são submetidos nestes encontros de **glorificação da doença** formaliza a negação dos preceitos históricos sociais do indivíduo, pois não proporciona a ascendência do sujeito como agente criador, transformador e acima de tudo com possibilidade de decidir sobre a sua saúde e as formas de lutar por ela. Uma vez que estes sujeitos aceitam condições impostas pelos profissionais negando o poderio emancipatório do ser que cada um possui, “tornando-os reacionários, pois pretende frear o processo, domesticar o tempo e, assim, aos homens”^(143:220).

Dentro desta ótica emancipatória, com vistas a superação das práticas domesticantes, o sujeito “renuncia a ser simples espectador e exige participação. Já não se satisfaz em assistir; quer participar; quer decidir”^(139:66). A evidência desta renúncia do sujeito ser um mero expectador se dá mediante as inúmeras reclamações proferidas pelo mesmo sobre estes encontros e também sobre as práticas de saúde vigentes, como o depoimento a seguir:

[...] sempre um profissional de saúde vem falar besteira aqui (ESF03).

A domesticação nega os direitos de cidadania no cotidiano dos serviços de saúde. Tal prática acontece rotineiramente, e freqüentemente deparamo-nos com ações domesticantes, seja na assistência ao negar e desrespeitar sua história e escolha do sujeito assistido, seja na gestão ao incentivar posturas de saúde alienantes. Entendendo que muitas vezes a ESF fica enclausurada no verticalismo das políticas governamentais e tem dificuldade de romper tal postura das suas rotinas, deve-se aproveitar estes encontros para se construir um processo emancipatório entre os profissionais de saúde e os sujeitos assistidos.

Dessa maneira, o processo de não domesticação não pode ser estático, unidirecional e conclusivo, sobretudo há necessidade da existência de um processo de educação contínua, pressupondo uma inter-relação entre opressores [profissionais de saúde] e oprimidos [usuários] para que através de uma ação dialógica, os “oprimidos possam liberta-se a si e aos opressores”^(24:30).

Aqui cabe ser lembrado um dos sentidos da democracia na saúde, que também se constitui em direito de conquista para o sujeito de um espaço de liberdade e de autonomia quanto aos seus itinerários de vida. Não significa uma conquista de domínio de um e redenção de outro, mas sim, de garantia dos preceitos da cidadania por parte de todos os atores envolvidos no lócus de atuação.

Se por um lado os profissionais identificam as palestras e reuniões como participação em saúde, por outro, estes próprios profissionais reconhecem a ineficiência destes espaços sendo que também os sujeitos que freqüentam estes apontam limitações e fragilidades.

Um dos problemas é a falta de quórum nas reuniões, pois se “*faz uma palestra e a comunidade não participa de nada (ESF09)*”. Geralmente estas palestras são feitas no horário de funcionamento da ESF, impossibilitando os trabalhadores e mesmo aqueles que tem atividades domésticas de participar.

Outra manifestação sobre as limitações da participação em palestras é que “*às vezes eles [população] não querem ouvir as orientações dos profissionais (ESF12)*”. Isso demonstra que apesar da população ser domesticada pelos profissionais de saúde, o público ouvinte, não aceita isto, tal postura materializando-se através da não escuta. Por outro lado, os profissionais mesmo sabendo que muitas vezes a população não quer ouvi-los, cobram o apoio a estas ações, como ilustra o depoimento a seguir:

O apoio deles [população] também é importante. Não é só eles participarem (ESF01).

Além de estar ciente sobre a fragilidade da forma com são conduzidos estes mecanismos de participação, os profissionais de saúde ainda querem o apoio para sua realização, simplesmente para atender o apelo dos profissionais e ou estabelecer uma relação de barganha, a fim de adquirir o referido medicamento ou para não criar uma inimizade com os profissionais.

As falas a seguir reportam ainda outros mecanismos que os sujeitos utilizam para não se sujeitar a este tipo de participação, sendo que a rejeição à palestra se dá em alguma das vezes mediante o atraso para os encontros:

[...] uma mulher chegou lá [reunião dos hipertensos e diabéticos], depois das dez, dizendo que a reunião era as nove e meia. Mas na verdade, ela foi depois das dez, pois se tivesse palestra já tinha acabado (ESF06).

A falta de participação nestes encontros é entendida também pela dispersão do grupo e pelo desinteresse das pessoas referente ao assunto a ser abordado, pois o que os profissionais falam não vai ao encontro dos anseios dos sujeitos participantes que pode estar relacionado a expectativa de um atendimento medicalizante, reforçando ações que visam à promoção do modelo de saúde pautado na doença, como retrata o depoimento a seguir:

Mas se tu perguntar para os cento e cinqüenta [que participavam da reunião] se vinte estavam prestando atenção, não estavam. Talvez chegam aqui com pressão alta, diabetes descompensada, e ainda querem fazer procedimento (ESF01).

Há por parte dos trabalhadores a culpabilização^(134,134) dos usuários pela não participação nas atividades oferecidas, da mesma forma como este é freqüentemente culpabilizado por seus problemas de saúde e pelas dificuldades em resolve-los.

Isso também muda o foco de reflexão do trabalhador, que ao invés de questionar como ele realiza o seu trabalho, coloca no usuário a culpa pelo não cumprimento das regras, tais quais definidas pelo saber hegemônico.

Outro fator que demonstra uma certa rejeição pela forma como são proferidos estas palestras é a maneira como os sujeitos freqüentadores deste encontros algumas vezes identificam os profissionais de saúde.

Foi feito uma palestra com um palhaço [profissional de saúde] (ESF03);

Tem gente que não quer vir para uma palestra, achando que somos um bando de palhaços (ESF12).

Na verdade estas duas falas ironizam a postura dos sujeitos que não querem participar das palestras, fortalecendo ainda mais o desgosto pelas palestras e reuniões.

O espaço visto como participação em saúde é entendido como um picadeiro, onde o protagonista do espetáculo que é o palhaço tipificado pelo profissional de saúde, não é ovacionado com salva de palmas, mas por críticas, que com base nas suas falas não condizem com as expectativas do público, reforçando assuntos que os mesmos não estão nenhum pouco interessados em saber.

Todas estas falas caracterizam a passividade da participação pautada nas palestras bem como a fragilidade deste modo de atuação profissional no sentido de não gerar no sujeito assistido a capacidade de decidir, o tornando ator protagonista de suas escolhas. A categoria a seguir procura apontar caminhos para a superação destas dificuldades.

4.2.2 O processo dialógico como participação na Estratégia Saúde da Família

Um aspecto importante nos resultados deste estudo foi saber que a percepção sobre participação em saúde não se restringiu somente a essa a qual acabamos de discutir como passiva. O estudo trouxe uma ampliação teórica do ponto de vista da compreensão deste termo no sentido de admitir outro saber, tão válido quanto o ressaltado na categoria anterior.

Esse outro saber compreende uma versão mais ativa da percepção sobre participação em saúde, havendo uma possibilidade de considerar o indivíduo na sua totalidade, fornecendo legitimidade a capacidade de escolha, pautada esta num processo dialógico.

Para tanto, esta categoria traz outro resultado sobre a participação em saúde, enfatizando os depoimentos deste estudo sobre esta percepção. Estes se pautaram em dois, a saber: escuta, diálogo e todas interfaces que cercam tal discussão como podem ser observados no seguinte depoimento:.

Não é [apenas] participação [em palestras] da comunidade. É mais participação dos profissionais em ouvir e dar sua opinião [falar] (ESF01).

Mediante a fala dos profissionais de saúde, a participação reduzida a palestra é superada pela participação enquanto possibilidade de escuta e de diálogo. Com esta afirmação, os sujeitos estudados trazem um entendimento de certa forma contra-hegemônico,

pois o que adiantaria os mecanismos de representação de interesse [conselhos e conferências] cumprir seu papel constitucional se no lócus de atuação a participação não é efetivada, prevalecendo relações dialógicas verticalizadas e descendentes.

Assim, quando nos referimos à participação em saúde, a fala sustenta a necessidade de “[...] construção de processos de escuta ativa”^(15:304), pois, nesta reinvenção de espaços de participação “é fundamental que as vozes da população sejam ouvidas, reconhecidas como provenientes de uma sabedoria prática e incorporadas às práticas profissionais na atenção à saúde”^(15:304).

Entretanto, não basta apenas ouvir e falar é necessário “[...] *saber ouvir e saber explicar da maneira que se possa entender (ESF11)*”. O saber escutar e dialogar é um dos saberes e condição necessária para o desenvolvimento de uma prática eminentemente democrática e emancipatória⁽²⁵⁾. Se reportando a categoria anterior, se o usuário define o profissional como palhaço é sinal que os mecanismos do saber escutar e dialogar estão de certa forma fragilizados, devido a uma situação na qual o respeito não é considerado.

Este saber escutar vai além da capacidade auditiva expressado no encontro entre profissional de saúde e sujeito assistido, repercute em se pensar em um processo comunicacional congruente. O depoimento a seguir traz a importância desta escuta qualificada, a fim de se evitar incongruência nas relações entre profissional de saúde e sujeito:

Porque eu acho que muitas vezes a resposta quando vai de qualquer maneira, em vez de nos ajudar, nós vamos prejudicar as pessoas. Porque eles [pacientes] vão ficar abalados com a resposta que não é aquilo que eles esperam, [...] temos que ter sabedoria para saber ouvir e responder (ESF05).

O desleixo no responder do profissional juntamente com a incongruência no saber ouvir podem coibir os sujeitos de participar nas decisões práticas dos cotidianos dos serviços de saúde. Todavia, o ato de sabedoria na escuta que o informante ressaltou, está intimamente ligado a um processo dialógico, uma vez que sem a escuta não há diálogo⁽²⁵⁾, no qual ouvimos e falamos com eles [seus anseios, sua história] e não para eles, “*pois para ti explicar alguma coisa tu tem ouvir a pessoa, escutar para ver o que ela quer realmente, para ti não falar bobagem (ESF14)*”

Neste sentido, para a contemplação da participação e até do controle social em saúde na ESF, o saber escutar e o estabelecer características fundantes do diálogo, fortalece valores voltados para busca da solidariedade através do amor, humildade, e a troca de experiências, “respeitando as diferenças [...] entre os vários saberes técnicos e populares existentes”^(15:303).

Dessa forma, entende-se que ninguém é superior a ninguém, exigindo-se uma postura do profissional ao modo que se aprenda a entender o diferente “respeitando às diferenças e obviamente aos diferentes”^(25:76).

O depoimento a seguir enfatiza diversos aspectos, mas principalmente esta necessidade de participação como respeito ao diferente quando o profissional de saúde se permite ouvir as questões pessoais dos usuários:

Será que eu posso chegar para o Fulano e falar: “_Fulano vem aqui, essa cor de camisa não ficou legal para ti”. Será que ele vai gostar se eu falar que não ficou bem vestido com aquela cor? Então, para ter a participação a gente também tem que respeitar a vontade do outro (ESF10).

Nesta necessidade de entendimento ao diferente alguns fatores são colocados como nós críticos: o primeiro é a carência de base teórica das instituições de ensino para formar profissionais com esta postura, e o segundo é que estas posturas participativas e emancipatórias são permeadas pela modelo de saúde vigente, como podemos observar no seguinte depoimento:

[...] a dor e o sofrimento [...] que a própria pessoa tem, muitas vezes ela não transparece, mas ela está sofrendo [...]. Só que o sofrimento é dela, as angústias são dela, e ela não consegue passar para gente. Só que a gente [profissional de saúde] não tem como interferir: “Como é que ta a tua vida? A sua filha como esta? Olha, eu vi a sua filha e filho no baile!”. Então, aqui [Estratégia Saúde da Família] é para trabalhar, [...] tu vai seguir a tua ética, tu vai seguir o que você fez na academia, tu [profissional de saúde] não tá aqui para interferir nele [paciente]. A partir do momento que ele chegar e falar para ti: “_Eu preciso de ajuda!” Então como muitas vezes chegam pra mim: “_Eu preciso conversar contigo”. A gente vai interferir. Agora, chegar para ele, olhar e dizer: “_Vem aqui filhinho qual o teu problema? O que tu quer? O que tu não quer?”. Basicamente isso na academia a gente não aprende. Vamos aprender com o decorrer do tempo, e conhecendo [comunidade].

Isso nos reporta a pensar na estrutura organizacional das instituições de ensino de saúde que tem se pautado em sua grande maioria em uma lógica tecnicista, fragmentadora e mercadológica(129,144,145).

Os discursos das instituições formadoras se baseiam no humanismo e na importância do cuidado, todavia, na prática, percebemos estas mesmas instituições que no primeiro contato com os alunos introduzem disciplinas, que condicionam os mesmos a pensar na parte, e não no todo; no indivíduo e não na sociedade; na importância dos métodos técnico-científicos e não nos benefícios das relações dialógicas e da subjetividade nas relações sociais.

O segundo aspecto que nos chama atenção é o relacionamento da participação em saúde com o modelo de saúde predominante do cotidiano da ESF. Apesar dos modos de pensar e produzir esta participação estarem vinculados a noção de corpo e de doença [sofrimento] como ressaltado no depoimento anterior, a participação em saúde é entendida também como o respeito às decisões do sujeito em não manifestar sua queixa, pois ao optar em não se abrir ao profissional sobre seu problema, ele está decidindo, escolhendo um itinerário para sua vida e isso deve ser respeitado.

Por outro lado esta não abertura do seu problema ao profissional de saúde, pode indicar o não-compromisso dos trabalhadores e da gestão com as pessoas, tratando-as apenas como uma doença, sentindo-se incapacitados diante de uma relação assimétrica, razão pela qual se calam e não se manifestam⁽⁸⁵⁾.

Essa participação como respeito às diferenças, não significa omissão dos profissionais frente aos problemas de saúde. Sobretudo, a participação como um processo comunicacional alicerçado na escuta e no diálogo, conduzidas por um processo de respeito ao próximo, além de estabelecer uma postura de empatia ao diferente, possibilita aos profissionais de saúde da ESF, superar a predominância deste modelo de saúde vigente, como demonstrado nas falas a seguir:

Não adianta só dar remédio e a pessoa ficar bitolada só naquilo e querer que tu [profissional de saúde] resolva todos os seus problemas (ESF04);

Na verdade se ela [paciente] encontra alguém para conversar, não era o remédio que resolveria, e sim uma boa conversa [...] uma atenção especial (ESF06).

O serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, torna necessário o desenvolvimento de capacidades de acolhimento, responsabilização, e claro de escuta e diálogo^(85,146). Para os participantes desta pesquisa a participação no contexto da assistência usuário centrada perpassa por uma relação congruente no encontro entre profissional de saúde e sujeitos assistidos, que repercute em

um bom atendimento que muitas vezes já resolve o problema de muita gente, às vezes um sorriso, [...] um abraço, uma boa conversa (ESF02).

Neste sentido, para que a participação com vistas ao fortalecimento dessa prática e a superação do modelo de saúde tradicional sejam efetivadas, é necessária a contemplação de em outro modo de operar tais práticas, o que possibilita a intervenção em saúde para além da

doença ou do corpo doente, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos. Assim, é necessário a superação do "monopólio do diagnóstico de necessidades" e de integração da "voz do outro" neste processo^(146:90-91).

Até por que “*se a pessoa [profissional de saúde] fornecesse mais atenção para o paciente, um sorriso, uma boa conversa para ver o que ele tem [...] não voltaria tantas vezes para nos procurar (ESF12)*”.

Apesar de acreditarem que o processo de diálogo e escuta são elementos fundamentais para o fomento à participação em saúde e também de superação do modelo de saúde centrado na doença, eles reconhecem que freqüentemente a ESF carece de espaço nas rotinas diárias e também os próprios profissionais não se motivam para gerar ações que favoreçam a comunicação, prova disso é que “*muitas vezes o paciente vem falar para nós [profissional de saúde], a gente não quer escutar, mas, faz parte (ESF01)*”.

Apesar desta fala ser um depoimento isolado, a não escuta virou um hábito no dia a dia dos serviços de saúde, e não atentar para as necessidades repetidas que os sujeitos possuem indica certa fragilidade na efetivação da participação na ESF. Ao mesmo tempo em que o profissional não quer escutar, está automaticamente ignorando os aspectos históricos culturais do sujeito. E ao excluí-los de sua história através da não escuta, o profissional nega os direitos constitucionalmente garantidos e também aos sujeitos a participação nos itinerários que irá tomar sua saúde⁽¹⁴⁷⁾.

Um exemplo típico desta não escuta é a constante falta de esclarecimento por parte dos profissionais diante das dúvidas dos sujeitos, pois “a concentração de informações e a restrita circulação da mesma configuram mecanismos de exclusão”^(47:234). A falta deste espaço de socialização de dúvidas, ou de abertura para a sua discussão, além de poder gerar uma incongruência na comunicação, é mais um entrave a ser vencido para efetividade da participação em saúde enquanto possibilidade de escuta e diálogo, conforme descrito no depoimento a seguir:

Fui fazer uma visita e tinha uma senhora de uns oitenta e dois anos. Ela disse que veio ao médico, e que ele deu duas folhinhas de exames: “_Essa aqui a senhora paga e essa aqui a senhora faz pelo SUS” [disse o médico]. Ela [paciente] saiu, mas [o médico] não esclareceu a doença que ela tinha, e nem o que era para fazer naqueles exames. Chegou na recepção [Estratégia Saúde da Família], não sei com qual delas [profissionais de saúde] ela conversou. Daí me disseram a mesma coisa, essa aqui é pelo SUS e essa aqui é para pagar, e é só ir no laboratório. Mas ninguém disse para ela se tinha que ir no médico ou fazer exames. A senhora me trouxe os papéis, e eu disse: “_Não, este aqui a senhora vai fazer pelo SUS, este a senhora tem que pagar, é só ir ao laboratório. “_Não é pra ir no médico?” [Perguntou a senhora]. Eu falei que não, tem que fazer os exames ainda, depois que tiver pronto a senhora leva no médico. Ela disse que esperou eu chegar, para mim poder explicar o que foi

passado para ela, pois não conseguiram explicar. Por isso para haver participação há necessidade de esclarecer conforme a necessidade de cada um (ESF11).

É evidente que muitos aspectos podem ser desprendidos desta fala tais como as relações privado e público entre outros, entretanto, o aspecto que levantamos neste estudo é quanto a comunicação. O esclarecimento aqui não ocupa uma posição de que só os profissionais de saúde sabem o que esclarecer, mas sim, o esclarecimento vinculado a um processo dialógico, onde através da escuta e do diálogo ambos se esclarecem e são esclarecidos⁽²⁴⁾. Pois para este idoso a participar era simplesmente ter o entendimento de uma situação não muito bem explicada pelo profissional de saúde.

Esta não escuta é gerada pelas diversas idas e vindas dos sujeitos aos serviços de saúde, perguntando assuntos óbvios para os profissionais, mas de grande interesse para população, e a resposta se materializa na assistência ao sujeito tratando-o “[...] *igual a um robzinho, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, do mesmo jeito, atendendo todo mundo na mesma situação (ESF06)*”.

Em decorrência disso a forma padronizada de tratar os usuários resulta em uma falta de compreensão por parte deles a respeito do que o profissional de saúde transmite como procedimento a ser adotado. Isto pode resultar em um comportamento **infantilizado** na população, caso não haja uma comunicação congruente:

Às vezes eles [população] vem aqui [...] como se fossem crianças mesmo, pois querem saber o porquê de tudo: “Esta fechada a unidade? Não tem isso? Não tem aquilo?”. E tu [profissional de saúde] tem sempre que falar um porquê para eles que te cobram muito sobre isso. Tem que falar [profissional de saúde] de uma maneira clara e educada (ESF10).

Os questionamentos por parte da população assistida pelo serviço denotam a motivação da comunidade para participar, e a necessidade dos profissionais adequarem suas práticas objetivando oferecerem respostas a população que atenda suas indagações.

O falar do profissional no sentido de despertar a participação nas práticas da ESF deve ir além de muito mais que deixar o sujeito expor suas expectativas, mas um “*falar de uma maneira que ele [paciente] possa transpor obstáculos (ESF 10)*”. Este comprometimento do profissional no saber falar repercute transcender o olhar da situação concreta, e sim procurar contemplar o sujeito superando a objetividade que expõe suas situações.

Diante do exposto, a participação em saúde ganha foco na atenção dispensada à assistência e na possibilidade de contemplar o sujeito assistindo numa ótica mais integral:

[...] estando atento, sabendo e tendo visões. Pois muitas vezes temos certos casos, e olhamos só de uma maneira [...]. A gente [profissional de saúde] tem que ter visões, pois não é bem aquilo que a imagem ta passando, [...] tem que ver por trás de tudo que esta acontecendo (ESF06).

Por fim, os sujeitos desta pesquisa entendem que é na assistência à saúde que se dá participação, pois se o sujeito não participa neste processo de encontro em qual mais o participará? Mas para que isso se concretize na prática da ESF, tem-se que abrir possibilidades para o sujeito externar seus questionamentos e anseios. Até por que se existe no cotidiano a luta para que as idéias e preconizações dos profissionais e da gestão sejam incorporadas, como as indagações dos usuários serão realmente validadas nos espaços constitucionalmente garantidos?

Também não podemos esquecer outros espaços de participação como movimentos sociais organizados, e até mesmos os conselhos e conferências de saúde, e que neste estudo não foram atrelados a participação em saúde.

4.3 A percepção sobre controle social em saúde

Nesta seção traremos as percepções dos participantes referente ao controle social em saúde. Antes de imergirmos nos resultados, é importante frisar, que as expressões aqui ressaltadas foram as menos frequentes em termos de depoimentos e de aprofundamento temático. Todavia, por se tratar de um estudo qualitativo as percepções citadas ganham repercussão neste estudo por fortificar certo conhecimento já existente e ampliar outros ainda não muito explorados.

As percepções dos sujeitos do estudo com respeito ao controle social em saúde centralizaram-se prioritariamente na presença nos fóruns institucionalizados [conselhos e conferências], bem como no esclarecimento das funções destes espaços e todas as interfaces que cerca tal discussão, expressas na seguinte categoria: O espaço institucionalizado como controle social em saúde.

Por seguinte, os sujeitos estudados também trouxeram percepções pautadas nas relações de controle de práticas que a exemplo da percepção sobre a ESF e participação em saúde reforçam o modelo de saúde vigente, sendo tipificadas pela categoria: O monitoramento da doença como controle social em saúde

4.3.1 O espaço institucionalizado como controle social em saúde

A percepção sobre controle social em saúde que mais prevaleceu é entendida como a *“participação da comunidade através dos conselhos de saúde (ESF04)”*. Esta afirmação sustenta o que diversos autores contemporâneos defendem com respeito ao controle social em saúde^(3,30,31,32,33,34,148).

Para eles o controle social se dá mediante a relações entre população e Estado, pautada em uma reforma democrática do mesmo⁽³⁾ atrelando-se a um mecanismo de fiscalização e participação da população no controle ou monitoramento das ações das políticas sociais do Estado^(30,34,35).

Deve também existir uma vinculação da ação estatal dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios^(32,33) e centralizada na participação da sociedade civil na representação dos interesses populares das decisões políticas⁽¹⁴⁹⁾. Na área da saúde

estas relações entre sociedade e Estado que se dão através da participação nos conselhos e conferências foi concebida como controle social⁽³⁵⁾. Sendo que este fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado contribui para a “consolidação da democracia”^(33:54).

As possibilidades de participação nos conselhos de saúde são condicionadas, em grande parte, pelo histórico de construção deste espaço institucional de participação, informado nas abordagens do institucionalismo histórico, que “surgiram a partir de 1980 e procuram explicar o papel cumprido pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos”^(150:193-194).

Para os participantes deste estudo esses conselhos são instâncias de decisão na gestão pública, além de possuir caráter permanente e deliberativo⁽¹⁵⁾, rompendo-se com a certa informalidade dos encontros do lócus de atuação da ESF para a participação enquanto presença no fórum instituído.

Nesse sentido, o controle social em saúde através dos conselhos é visto também como uma “*política pública, [...] onde são avaliados os problemas de cada município (ESF13)*”, apesar das políticas públicas do setor saúde ir muito além de sua adequada formulação ou da criação de mecanismos de controle burocratizados⁽³⁷⁾. Ao mesmo tempo, que os profissionais de saúde indicam o campo de exercício do controle social na participação da comunidade nos espaços institucionalizados, eles apresentam as formas necessárias para o desencadeamento desta ação popular dentro deste referidos espaços que se dá mediante

[...] planejamento e críticas (ESF04), [...] sugestão de melhorias e reivindicações (ESF09).

O espaço institucionalizado ganha uma conotação mais popular por legitimar ainda que constitucionalmente os interesses do povo, que se dá mediante uma “*participação ativa da comunidade na saúde, através do conselho e conferências de saúde.*” (ESF09), pois é “*através dessas reuniões, que os problemas vão ser resolvidos (ESF13)*”. A atividade de uma comunidade significa ter a capacidade de expressão e principalmente de verbalização, sendo o oposto da passividade, do silêncio.

Com a menção da necessidade de participação ativa, automaticamente nos reportamos as discussões sobre a promoção da saúde enquanto oportunidade de decisão, assim, a atividade de todos os atores nestes fóruns deve ser em prol a esta promoção e não ao fomento da doença.

A promoção da saúde reside na participação efetiva e concreta da comunidade na definição de prioridades, na tomada de decisões e no desenvolvimento e implementação do planejamento de estratégias para alcançar uma melhor nível de saúde^(76:370).

Uma manifestação ativa da comunidade requer também que se repense os papéis que cada ator desempenha, invertendo os reflexos do positivismo na saúde⁽¹⁵¹⁾, que ao longo da história do setor ancorou sua prática no fomento de uma postura de passividade da população, compartimentalização da mesma, e detenção do conhecimento de saúde nas mãos dos profissionais, bem como a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais⁽¹⁵²⁾.

Esta participação ativa da sociedade faz-nos refletir que mesmo dentro de um local formativo, que configura um mecanismo de representação de interesse^(37,38), tem-se a necessidade de nos apropriarmos das relações dialógicas e principalmente fazer deste local um campo de decisão que leve em conta também os interesses populares, e seja um espaço de aprendizagem e progressão do setor saúde. Pois esta participação fortalece o “[...] exercício de voz, de ter voz, de ingerir, de decidir em certos níveis de poder, enquanto direito de cidadania”^(153:73).

Contudo, para que haja participação ativa é preciso contar com todos os atores nestes fóruns, e não presenças isoladas, pois a agregação de todos os sujeitos envolvidos torna-se fundamental quando nos remetemos ao controle social através da participação nos conselhos. De modo que, no cotidiano dos serviços de saúde ainda tem-se acreditado que “*o conselho é comunidade e comunidade é conselho (ESF03)*”, tem-se excluído outros atores tão importantes no processo de construção e discussão da saúde.

O conselho é tido como espaço de voz da comunidade, apesar deste ser um fórum que distribui paritariamente os representantes que os constitui, não sendo constituído apenas pela população usuária dos serviços da área geográfica da ESF, mas também dos demais grupos que os compõem como: profissionais de saúde, representantes do governo municipal, entre outros^(7,11).

Assim, o controle social em saúde enquanto inclusão nestes fóruns não se restringe somente a participação da população, mas também “*ter a participação de todos: população, profissionais de saúde e gestão (ESF12)*”.

Os trabalhadores de saúde e principalmente a gestão ganham ênfase neste processo participatório. E os sujeitos, ao mesmo tempo que reforçam a idéia de que o controle social esta diretamente relacionado a participação por parte dos diversos grupos que compõem os

conselhos, anseiam pela inclusão “[...] do gestor municipal, pois é essencial no sentido de estimular a participação cidadã e reforçar o compromisso ético com o conjunto de seus moradores [...]”^(154:356).

Mesmo diante de um depoimento que enfatiza a necessidade da participação de outros autores nos fóruns, vale ressaltar que a maioria dos depoimentos não contempla os profissionais inseridos nestes mecanismos de representação de interesse. O fato da maioria dos profissionais não se enxergarem dentro dos conselhos e conferências nos indica que um dos pilares para um SUS melhor está fragilizado, ou seja, a luta por melhores condições de trabalho nos serviços. Até por que se a população participa com vistas aos seus interesses, quem defenderá os interesses dos trabalhadores?

Os sujeitos também indicam fragilidade destes espaços confirmando alguns estudos^(9,38), materializando-se na micro realidade do conselho local de saúde que faz parte a ESF desta pesquisa, nas ausências dos conselheiros, na carência de agendamento de reuniões, falta de quórum, discreta discussão dos assuntos relacionados à comunidade e de poucos encaminhamentos aos problemas levantados.

No entanto, mesmo com todos os canais que podem ser abertos à população, a participação nos espaços pode sofrer, por um lado, a cooptação, e de outro, a inviabilização política, caso rejeite a participação, pois não são poucos os casos em que as “secretarias procuram criar conselhos fáceis de manipular”, de modo a escapar do controle social^(11:51). Até por que alguns autores^(15,37,38) sustentam a importância desses fóruns para democratização do setor, mas também são críticos com relação a certos aspectos que prevalecem nos mesmos.

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 constituírem mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação da população usuária.

Se por um lado, o participar pode levar à cooptação, o não participar ou abster-se levaria a uma inviabilização da política, o que poderia ter duas conseqüências: “abrir uma brecha ao corporativismo e facilitar a cooptação de agrupamentos ou da própria população não articulada no movimento popular de saúde”^(39:120).

Ao mesmo tempo em que os mecanismos de controle social através dos conselhos são resultados do processo de democratização e pressupostos para consolidação da democracia no setor^(32,148,149), ainda há necessidade de avanço quanto à legitimidade e coletividade das decisões que transitam por este local. Neste sentido os sujeitos desta pesquisa vislumbram a necessidade de:

[...] fortalecer mais este espaço [conselho] (ESF03), exigindo [...] uma participação [população] intensa e com responsabilidade. [...] para que todos possam ter direito, desde pacientes até gestores (ESF10).

A necessidade do fortalecimento desse espaço, através de uma participação ativa e com responsabilidade exigida de todos os envolvidos para com este órgão colegiado, traz a tona a forma como são conduzidos estes espaços e também a necessidade de lutar para que a garantia dos anseios e indagações sejam legitimadas nos fóruns, levando em conta a totalidade do grupo e não simplesmente submeter interesses de uns em detrimento de outros.

A responsabilidade desta participação recai sobre todos integrantes, especialmente na população que traz seus saberes e as necessidades de seus pares, recebendo a responsabilidade de participar e interferir nas decisões⁽¹⁵⁴⁾. Isto não acontece na realidade da área de abrangência da ESF fazendo que os participantes deste estudo queiram uma participação responsável da população.

Ao mesmo tempo, que os profissionais de saúde e gestores dependem da manutenção dos conselhos para garantia de repasse de verbas federais⁽²⁷⁾, na realidade específica querem que, além de se manter funcionando, estes dois atores tenham mais participação nestes fóruns.

Assim, o depoimento citado “*[...] Para que todos possam ter direito (ESF10)*” implica pensarmos que enquanto neste espaço algumas pessoas tinham direito a voz e a decidir, outras não tinham suas reivindicações atendidas. Para tanto, o controle social como responsabilidade na participação dos sujeitos nos conselhos e conferências exige que se crie dentro destes uma cultura de coletividade e não de defesa de determinados interesses.

A responsabilidade de todos nestes fóruns é expressa através de uma “*[...] participação como fiscalização (ESF12)*”. Neste sentido, a participação como fiscalização traz a tona uma noção de monitoramento e vigilância, onde o sentido da fiscalização para os sujeitos do estudo está intrinsecamente ligado ao “*[...] controle social, que se avalia se o recurso financeiro da saúde foi ou será aplicado (ESF09)*”.

Esta percepção está relacionada ao que está previsto em lei⁽⁷⁾, ou seja, o conselho enquanto órgão composto por diversos atores deve atuar na formulação de estratégias e na fiscalização da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Mas a noção de fiscalização reportada ao conselho não exclui os profissionais da mesma, uma vez que eles também compõem esta instância, conforme podemos observar no depoimento a seguir:

Vêm determinadas verbas destinadas ao município, através da realidade do município, então ali também a [necessidade] de fiscalização para ver se esses recursos estão mesmos sendo investidos (ESF12). É o conselho que tem o poder de ir até os gestores e fazer a fiscalização dentro das secretarias, verificando se o dinheiro foi aplicado corretamente ou não (ESF03).

A fiscalização das ações é uma forma da população participar deste controle sobre o Estado. A forma como é exercida esta fiscalização é tipificado pelo seguinte depoimento:

[...] alguém supervisionando o trabalho aqui, que na verdade ele [o controle social] age como uma supervisão, como se fosse um tribunal que decide onde vai ser aplicado as verbas (ESF09).

O termo tribunal ganha uma noção de policiamento, julgamento, em fim, de total controle das ações relacionadas à saúde. Contudo, este depoimento apesar de ter aspectos previstos nas leis^(6,7) que balizam o controle social em saúde indica uma maneira de influir nas ações do Estado de certa forma utópica.

Por outro lado, os indivíduos deste estudo também entendem que o controle social em saúde é muito mais que “*um conselho que vem aqui fiscalizar (ESF03)*”, ligando este espaço à necessidade de fiscalização da população, mas sobre outro prisma de atuação, pautado na construção dos preceitos de saúde e não exclusivamente no monitoramento desta.

Neste sentido, trazem uma outra ótica de visualizar esta fiscalização, ou seja:

*[...] fiscalizar não no sentido de cobrança, como é o olhar de muitos conselhos: Eu [conselheiro] vim aqui só para reivindicar ou cobrar alguma coisa. Mas também, [...] fiscalizar para **estar somando** com a unidade de saúde, com a secretaria de saúde (ESF12).*

Até por que os processos políticos nos fóruns são pouco democráticos e “[...] o desenho institucional destes, por um lado, não garante acesso universal a participação, que é restrito a alguns cidadãos”^(38:402).

O controle social em saúde na percepção de **estar somando** implica estabelecer um processo de escuta e diálogo, de ajuda na prática cotidiana dos serviços, transcendendo em muito a atuação dentro do fórum institucionalizado. Esta atuação enquanto processo dialógico perpassa pelo fomento a participação política que levem em conta a linguagem e a produção de enunciados que visem esta interação entre os sujeitos [profissional e usuário]⁽³⁷⁾.

O **estar somando** implica sair do formativo, do institucional, do burocratizado espaço constitucional, onde se conquista muitas coisas mais no campo teórico que prático, exigindo de todos integrantes deste processo assumam uma postura de comprometimento com

próximo, se pautando esta relação num processo de escuta e diálogo no encontro entre o profissional e o sujeito assistido na prática cotidiana da ESF.

Para efetivação do controle social em saúde “[...] é necessário ouvir a população, seus desejos, seus modos de viver e agir, no sentido de facilitar [...] as necessidades da mesma”^(15:303). Este atuar no sentido de **estar somando** automaticamente exige um pensar numa ação extra-fórum, para que se tenha a possibilidade através do micro espaço de ação da ESF em colaborar com atitudes que visam a garantia da saúde como direito neste lócus de atuação.

4.3.2 O monitoramento da doença como controle social em saúde

O controle social também é percebido como controle de doenças e prática de hábitos de vida saudável. Apesar de ter poucos depoimentos [apenas dois] cujo conteúdo refletem este entendimento, julgamos importante apresentá-los como uma categoria, por tratar-se de um resultado não muito difundido na literatura, cuja análise se faz necessária para o entendimento de como estes participantes podem estar vendo o controle social no âmbito da ESF.

Neste sentido, outra forma dos atores deste estudo perceberem o controle social está na inter-relação da fiscalização com o modelo de saúde, entendendo que o controle social em saúde “*são estratégias que visam prevenir as doenças e promover a saúde no indivíduo (ESF01)*” que se dá através do “[...] *exercício [atividade física] e controle de qualquer doença como a escovação correta no controle da saúde bucal, o controle da obesidade, enfim, o controle de várias doenças (ESF14)*”.

O fato de uma política de saúde ser incorporada desta forma pelos profissionais de uma ESF nos mostra a herança nas práticas vigentes de saúde possivelmente fruto das ações higienistas de policiamento e controle de endemias⁽¹⁵⁵⁾.

Ao se adotar uma postura de controle, tipifica subordinação de um e exaltação de outro, por conseguinte, atribuir o controle social em saúde ao monitoramento de doenças pensamos o quanto o modelo de saúde biomédico^(3,129) está enraizado nas práticas da ESF. O controle social em saúde que em princípio neste estudo foi entendido por alguns sujeitos como uma possibilidade de conquista do direito à saúde por meio dos fóruns bem como pelo exercício da fiscalização, é percebido como controle de doenças e prática de hábitos de vida saudável.

Talvez esta percepção se dê em virtude da familiaridade gramatical, entretanto, os depoimentos denotam uma fragilidade teórica por parte dos profissionais acerca do termo, podendo esta percepção refletir numa postura mais passiva dos sujeitos que são assistidos pelos profissionais e condicionada na medicalização ao invés de luta por seus direitos como conceito mais ampliado de saúde.

Além de fortalecer o modelo de saúde pautado num ideal fragmentado e curativista^(151,155), o depoimento nos reporta a refletir também na carência de discussões que oportunizem o avançar teórico sobre as políticas e leis que norteiam o SUS bem como em mecanismos de aprendizagem que possam agregar isso na prática cotidiana dos serviços.

Existem propostas pedagógicas na saúde que procuram agregar as discussões sobre o controle social enquanto exercício prático⁽¹⁵²⁾. Todavia, mediante aos resultados desta categoria precisamos pensar em outros meios com vista a ampliação e revisão deste entendimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de compreender as percepções sobre a participação e controle social em saúde nos levou a querer visualizar o entendimento sobre como o universo de uma equipe multiprofissional de uma ESF percebe seu próprio local de atuação.

Assim, os sujeitos perceberam a **ESF** como um local para consolidar determinados princípios filosóficos do SUS, valorizando a luta pela conquista do direito a saúde e conseqüentemente ampliando os horizontes da participação e controle social em saúde. Prova disso foi a identificação da ESF como um local para a prática da universalidade, equidade e trabalho em equipe.

A universalidade percebida por meio do acesso a população que a ESF oportuniza as famílias assistidas, e a equidade por esta assistência ser com respeito e sem privilégios aos sujeitos assistidos. Outra percepção se vinculou a integralidade, princípio este tão fundamental quanto os demais para uma prática diferenciada nos serviços.

A integralidade foi manifestada por meio do trabalho em equipe, que foi visto em um sentido de ação individualizada da equipe multiprofissional e também em uma ótica de integração dos múltiplos saberes existentes.

A equidade e universalidade se complementam e, quando acrescidos do ideal da integralidade, necessariamente devem ser concretizados interdisciplinariamente. Todos os depoimentos relacionados às duas categorias carregaram imbricados uma noção de disseminação do direito a saúde, sendo constituído este como um aspecto de extrema relevância para a sociedade e também para trabalho na ESF.

O fato dos participantes quando questionados sobre as suas percepções acerca da ESF trazerem elementos que norteiam os princípios filosóficos do SUS, nos remete a pensar a Saúde da Família como uma estratégia estruturante para reordenação do modelo de atenção e também de lócus de fomento e de garantia do direito a saúde, e conseqüentemente de participação e controle social.

Por outro lado, os participantes tiveram outra percepção sobre a ESF: prevenção em saúde. O fato reforça-se por meio de ações que visam ao afastamento da doença mediante a realização de consultas, exames e vacinas. Muito discretamente também apresentaram práticas que tangem à promoção da saúde, esta pautada em uma educação bancária com foco na doença, e adoção de hábitos de vida saudáveis. Essas duas formas de entendimento desmerecem o conhecimento do sujeito, não conspirando para emancipação do mesmo.

Apesar das percepções terem um foco predominante relacionado à prevenção de doenças, e também em elementos que de certa forma ainda são fragilizados teoricamente acerca da promoção da saúde, sustentamos que estas percepções interferem diretamente no incentivo à participação e ao controle social em saúde, pois fragmentam o sujeito e não caminha no sentido de empoderá-lo ou instrumentalizá-lo a uma participação cidadã.

Se por um lado temos as percepções da ESF que visam à garantia de preceitos do SUS, e também uma luta para o rompimento de um sistema com foco na doença, por outro, temos percepções que fortalecem este modelo de saúde. Isto nos dá indícios para entender a ESF como um modelo em transição que objetiva gerar um outro modo de fazer e pensar saúde.

Este outro modo de ver a ESF repercute entendê-la muito mais do que um local para prevenir doenças, mas sim como uma ferramenta para a conquista do direito a saúde no locus da assistência, o que transcende em muito a lógica do exercício deste direito somente nos espaços formativos de participação e controle social em saúde.

Quanto a **participação em saúde** os sujeitos estudados expressaram sua percepção de várias maneiras, sobretudo pautadas em duas categorias, as quais estão relacionadas às experiências que os mesmos têm com o sistema de saúde. Estas fortalecem o modelo de saúde vigente por meio da exigência da passividade na participação nas palestras, que visam atender às solicitações dos serviços de saúde; outras vezes de modo a interferir na gestão do sistema através do diálogo e escuta e todas as interfaces que cercam tal discussão.

A passividade da participação em saúde na ESF traz elementos mais tradicionais e simplistas da participação como a simples presença física de pessoas em um determinado local. Enfatizam a necessidade desta participação ser de todos atores envolvidos, entretanto, com vistas ao reforço do modelo de saúde, pautado nas ações que o sistema exige, bem como na doença, reforçando a percepção fragmentar como algo alheio a própria ação do trabalhador em saúde.

Os sujeitos também têm percepções de suas limitações e ineficiências, frutos da forma bancária como as palestras são realizadas, uma vez que a população expressa insatisfação em participar das atividades por eles propostas. Entretanto, não apresentam caminhos para rever tais fatos e os princípios ao quais estão ancorados, a fim de colaborar na construção de mecanismos que legitimem uma prática participativa mais democrática e emancipatória.

Apesar da identificação desta situação pelos profissionais, os mesmos continuam a reproduzir tal postura, o que nos leva a pensar na necessidade de revisão das práticas de saúde que são muitas vezes impostas aos trabalhadores de forma unilateral e descendente.

Um importante instrumento para inverter esta lógica foi a comunicação, assim a ESF mostrou-se como mais um espaço constante de garantia de participação, esta se materializando por meio da legitimidade do ecoar da voz do sujeito assistido nas práticas dos serviços. Essa participação concretiza-se no rompimento da não escuta e na possibilidade de saber falar e escutar de todos os atores envolvidos. Deve ser encadeado por um processo comunicacional congruente, pautado em uma postura de empatia e respeito ao diferente, para que, através das informações trocadas neste processo dialógico se legitime a participação em saúde no micro espaço do encontro.

Outro achado que surpreendeu referente a esta percepção foi a não vinculação da participação em saúde aos fóruns constitucionalmente garantidos [conselhos e conferências]. Se pensou inicialmente que os sujeitos estudados atribuiriam a participação em saúde a estes espaços, o que não foi possível identificar após a apreciação da análise.

Já com relação à percepção sobre **controle social em saúde**, confirmou-se nesta pesquisa o que muitos estudos trazem com a vinculação do controle social em saúde aos mecanismos de representação de interesse, principalmente as relacionadas aos conselhos de saúde. Mas também, os atores apresentaram percepções de certa forma inéditas, atreladas ao monitoramento de doenças, o que denotam uma certa fragilidade teórica sobre a temática delegando responsabilidade às instituições formadoras de rever a estruturas teóricas de ensino e ou até mesmo reforçar agregações desta temática nos seus currículos.

A maneira como foram apresentadas as falas em torno dos mecanismos de representação de interesse, expressa que estes têm um funcionamento de certa forma limitado e deficiente, por isso reforçam a necessidade de fortalecimento deste espaço, através de uma participação ativa de todos os atores, não pautada exclusivamente na fiscalização, mas exigindo-se atuação mais solidária ao invés de investigativa.

Vale ressaltar ainda que os depoimentos não contemplaram os profissionais inseridos nestes espaços instituídos. O fato dos profissionais não se enxergarem dentro dos conselhos e conferências nos indica que um dos pilares para um SUS melhor esta fragilizado, ou seja, a inserção dos trabalhadores como sujeitos no processo de construção de políticas e defesa do SUS. Assim, a luta por melhores condições de trabalho nos serviços, por exemplo, tem sido delegada a população, sem que os trabalhadores se vejam como sujeitos na defesa de seus interesses.

Ao término deste estudo importa enfatizar também que o arcabouço bibliográfico e principalmente o metodológico foram fundamentais para o alcance dos objetivos do mesmo. O desenvolvimento desta pesquisa pautado em um método de obtenção de informações não

muito utilizado em estudos desta temática mostrou-se positivo na conquista dos alvos almejados no início deste trabalho, além de favorecer a integração dos sujeitos do estudo [pesquisador e pesquisados] tornando esta pesquisa mais humana, amorosa e não mecanizada.

Apesar das oficinas incluídas na metodologia deixarem os participantes à vontade para expressar suas percepções, as principais dificuldades deste estudo se deram em relação a um discreto quantitativo de verbalizações, fator este que impossibilitou avançarmos ainda mais no estudo.

Isso levou-nos a concluir que, mesmo a participação e controle social em saúde serem temas efervescentes nas discussões sobre saúde no campo teórico, nos cotidianos dos serviços de saúde ainda se tem certo receio de discuti-los. Os motivos são diversos, mas talvez uma das condições limitantes são os reflexos da centralidade de um modelo de saúde ainda focado na doença, fator este que impede a progressão de outras discussões. A relação que se tem entre a participação em saúde, o controle social em saúde e a ESF, são relações próximas, indissociáveis, e implicitamente encadeadas.

O estar em uma ESF não é fomentar uma prática fragmentária e opressora, mas atuar em uma ESF é conseguir vislumbrar possibilidades de contribuir para os usuários dos serviços serem cidadãos, protagonista das suas decisões, e isso perpassa pela reflexão constante do exercício da participação e controle social em saúde. O estudo nos mostrou que este tripé [ESF, participação e controle social em saúde] precisa estar em consonância e em constante reflexão, para invertermos uma lógica hegemônica de saúde, e conseqüentemente visualizarmos um sistema de saúde mais humano e ético.

Este estudo não se conclui, pois não pretendeu ter a capacidade de apreender a total realidade que a dimensão do tema apresenta. Assim, não nos afastamos de sua possibilidade exatamente por não se concluir, mas por esta pesquisa ser um processo, e como tal, sempre pode ser re-inventado, corrigido e conseqüentemente aprimorado.

6 RECOMENDAÇÕES DA PESQUISA

O estudo permitiu conhecer as percepções dos trabalhadores de uma ESF sobre três temáticas pertinentes para o avanço teórico e prático da enfermagem na saúde coletiva, ou seja: O espaço propriamente denominado ESF; a Participação em Saúde e o Controle Social em Saúde. Diante do exposto, descreveremos algumas dessas indicações:

Contribuições para o ensino: Possibilitar discussões, nas diferentes disciplinas que integram os cursos técnicos, graduação e pós-graduação em enfermagem sobre a participação e controle social em saúde, temas este que são muito citados nos cotidianos dos serviços de saúde, porém, pouco enfatizados nos ambientes acadêmicos;

Contribuições para pesquisa: Desenvolver outros estudos que tenham como foco entender a percepção de outros atores sobre a participação e controle social em saúde, tais como: gestores, conselheiros, professores e alunos universitários;

Socializar os achados desta pesquisa para que outras pessoas possam ter subsídios para fortalecer uma prática de saúde pautada da luta pelo direito da mesma e também para discutir problemáticas de contextos diferentes;

Contribuições para extensão: Fortalecer e ampliar projetos que visam o trabalho sobre estas temáticas dentro do ambiente acadêmico bem como nas comunidades;

Desenvolver projeto de extensão que tratem da participação em saúde não somente vinculados aos espaços constitucionalmente garantidos;

Contribuições para assistência: Incorporar discussões sobre estas temáticas nas rotinas dos serviços principalmente nas reuniões de equipe da ESF.

Essas são algumas possibilidades de avanço teórico e prático deste estudo. A final, fazer uma pesquisa simplesmente por fazer não faz nenhum sentido se esta não contribuir para melhoramento de um determinado espaço de atuação e das pessoas que ali atuam .

Esperamos com essas indicações despertar possibilidades para que os sujeitos percorram seus próprios itinerários, com escolhas livres, responsáveis. Já para as instituições de saúde representadas pela gestão e profissionais, esperamos uma postura mais democrática que ouça as verbalizações do próximo e que na medida do possível consiga atendê-las.

Fica aqui o convite para invertermos a lógica dominante e contribuirmos para uma ciência mais humana, mais ética que tenha o ser humano na sua totalidade como ator protagonista do avanço científico.

REFERÊNCIAS

1. Côrtez SMV. Participação na área da saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado. In: Saúde: Revista do NIPESC. Porto Alegre: UFRGS, IFCH, NIPESC; 1996. p. 51-69.
2. Valla VV, Assis M, Carvalho M. Participação Popular e os Serviços de Saúde: O Controle Social como Exercício da Cidadania. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1993.
3. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.
4. Assis MMA. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços participativos. Saúde em debate. 2003;27(65):324-35.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
7. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 dez 1990; Seção 1:25694-5.
8. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima, NT, Gerchman S, Edler FC, organizadores. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 59-81.
9. Côrtez SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias [internet]. 2002 [citado 2010 mar 29];4(7):18-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a02n7.pdf>.
10. Côrtez SM. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública [internet]. 2009 [citado 2010 mar 23];25(7):1626-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/22.pdf>.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília (DF); 2002.

12. Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury S, organizador. Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 93-112.
13. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc saúde coletiva [internet]. 2009 [citado 2010 ago 23];14(3):743-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>.
14. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública [internet]. 1998 [citado 2010 Jun 19];14(2):429-35. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v14n2/0121.pdf>.
15. Acioli S. Participação Social na Saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ªed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 299-300.
16. Fernandes AR, Medeiros IS, Soratto J, Silva RC, Vieira RS. Saúde pública e participação popular: CPS da quarta linha. In: 8º Congresso Ibero-Americano de Extensão Universitária. Rio de Janeiro: Pró-Reitoria de Extensão, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005. p. 562-68.
17. Soratto J, Faria EM. O diálogo como alternativa à participação popular e controle social em saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos. Brasília (DF); 2008. p. 90-93.
18. Brodersen G. Participação e controle social: concepções teóricas na saúde [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
19. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. Rev Texto Contexto Enfermagem [internet]. 2007 [citado 2010 abr 12]; 16(3):470-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a13v16n3.pdf>.
20. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. Rev Texto e Contexto Enfermagem. 2007; 16(2):271-79.
21. Cabral IE. O método criativo e sensível. In: Cabral IE. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Ana Nery; 1999. p.57-117.
22. Cabral IE. Uma abordagem criativo e sensível de pesquisa a família. In: Althoff CR, Elsen I, Nietschke RG, organizadores. Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-livros; 2004. p. 127-40.
23. Gadotti M. Lições de Freire. Rev Fac Educ [internet]. 1997 [citado 2010 jan 19].23(1-2): Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-25551997000100002&script=sci_arttext.

24. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
25. Freire P. *Pedagogia da Autonomia. Saberes Necessários à Prática Educativa*. 36^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
26. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem, trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 24-27.
27. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 1998 [citado 2010 Nov 14];14 Supl 2:7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>.
28. Lee K, Mills A. *Policy-making and planning in the health sector*. London: Croom Helm; 1985.
29. Cortes SMV. Conselhos municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1998;3(1):5-17.
30. Carvalho AI. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase-Ibam; 1995.
31. Côrtez SMV. Fóruns participatórios na área de saúde: Teorias do estado, participantes e modalidades de participação. *Revista Saúde em Debate*. 1996;49(50):73-79.
32. Barros E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. *Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde*. Brasília (DF); 1994. p. 29-37.
33. Correia MVC. *Que controle social: os conselhos de saúde como instrumento*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
34. Bravo MIS, Matos MC. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: Bravo MIS, Potyara AP, organizadores. *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ; 2002.
35. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [internet]. 2003 [citado 2009 dez 10];8(1):9-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a02v08n1.pdf>.
36. Ministério da Saúde (BR). 9^a Conferência Nacional de Saúde. Relatório final [internet]. Brasília (DF); 1992. [citado 2009 dezembro 18]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf.
37. Guizardi FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidades formativa das relações institucionais. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 369-84.

38. Côrtez SMV. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 401-25.
39. Gerschman S. A democracia inconclusa, um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
40. Wendhausen, A. Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde [tese]. Florianópolis: Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
41. Dallari SG, Adorno RCF, Faria MM, Shuqair NSMSAQ, Trewikowski S. O Direito à Saúde na visão de um Conselho Municipal de Saúde. Cad Saúde Pública [internet]. 1996 [citado 2009 nov 29];12(4):531-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n4/0245.pdf>.
42. Ramos CL. Conselhos de Saúde e controle social In: Eibenschutz C, organizador. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 315-43.
43. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília (DF); 2001.
44. Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana. Temático Saúde da Família. Brasília (DF); 2008.
45. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997.
46. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. Physis. 2010;20(4):1227-1243.
47. Guizardi FL, Pinheiro R, Machado FRS. Vozes da participação: Espaços, resistências e o poder da informação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 227-40.
48. Oliveira JA, Teixeira SMF. (IM)Previdência Social. 60 Anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1986.
49. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
50. Cohn A. Saúde na previdência social e seguridade social: antigos e novos desafios. São Paulo: Cortez, 1996.
51. Jacobi P. Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde. São Paulo: Cortez; 1989.
52. Gohn MG. Movimentos sociais e luta pela moradia. São Paulo: Edições Loyola; 1991.
53. Chaui M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 1997.

54. Perna PO. O controle social na ponta do SUS: o caso de Pontal do Sul [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2000.
55. Teixeira SME. Reforma sanitária: em Busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; 1989.
56. Teixeira SMF. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: Ministério da Saúde (BR). Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1986. P. 91-112.
57. Diniz E. As elites empresariais e a Nova República: corporativismo, democracia e reformas liberais no Brasil dos anos 90. Ensaio FEE [internet]. 1996 [citado 2010 abr 30];17(2):55-79. Disponível em: <http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/viewFile/1857/2228>.
58. Ministério da Saúde (BR). 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final [internet]. Brasília (DF); 1986 [citado 2009 dezembro 18]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
59. Machado FA. Participação social em saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1986. p. 299-305.
60. Mendes EV. Reordenamento do sistema nacional de saúde:visão geral. In: Ministério da Saúde (BR). Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1986. p. 265- 298.
61. Cordoni JL. Participação social em saúde: a experiência do Paraná. In: Ministério da Saúde (BR). Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986. P. 306-11.
62. Diogenes MFPN. O conselho estadual de saúde do ceará na definição das políticas de saúde: discursos e práticas [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2003. p. 92.
64. Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de Política. 12ª ed. LGE/UnB. Brasília; 2004.
63. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Relatório final da oficina de trabalho incentivo a participação e controle social em saúde. Brasília (DF); 1993.
65. Kelsen H. A Democracia. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
66. Bonavides P. Teoria do Estado. 3ª ed. São Paulo: Malheiros; 1995.
67. Bobbio N. O futuro da democracia. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
68. Ortega y Gasset J. A Rebelião das Massas. São Paulo: Martins Fontes; 1987.
69. Bobbio N. A Teoria das Formas de Governo. 10ª ed. Trad. Sérgio Bath. Brasília: Universidade de Brasília; 1998.
70. Dornelles S, Locks MT. Controle social : de quem? Para o quê? Saúde em debate. 2003;27(65):348-57.
71. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília (DF); 2002.

72. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
73. Sigerist HE. The University at the crossroads. New York: Henry Schumann Publishers. 1946.
74. Leavell H, Clark EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
75. Buss P. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000;5(1):163-77.
76. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS; 1996. p. 367-72.
77. Ministério da Saúde (BR). Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília (DF); 2001b p.26,43.
78. Terris M. Public health policy for the 1990. *Ann. Review of Public Health*. 1990;11(1):39-51.
79. Junqueira RGP. A intersectorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública*. 1998;32(2):79-91.
80. Mello DA, Rouquayrol MZ, Araújo D, Amadei M, Souza J, Bento LF, et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular. *Cad. Saúde Pública*. 1998;14(3):583-95.
81. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira Júnior M, Tonon LM. *Cadernos de Saúde. Planejamento e gestão em saúde I*. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. p. 11-26.
82. Roncolleta AFT. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa; 2003.
83. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2007 [citado 2010 Fev 13];16(1):57-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>.
84. Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2001 [citado 2010 jul 22];5(9):143-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414.
85. Merhy EE, Júnior HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
86. Koster I. Toolkit para o trabalho na estratégia saúde da família (ESF). Informe-se em promoção da saúde [internet]. 2006 [citado 2010 fev 09];2(2):11-12. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>.

87. Crevelim MA. A Participação da comunidade no Programa Saúde da Família na perspectiva do trabalho em equipe [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
88. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 648, de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2006 mar 3; Seção 1:71.
89. Minayo MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
90. Minayo MCS. Pesquisa Social. Teoria, Método, Criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
91. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia Científica. 4ª ed. São Paulo: Makron Books; 1996.
92. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
93. Queiróz MIP. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: Lang ABSG organizador. Reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos; 1992. p. 13-29.
94. Triviños ANS. Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
95. Santos R. Metodologia Científica: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&L; 1999.
96. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Contagem Populacional. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. 2010 [citado 2011 mar 20]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/I%C3%A7ara>.
97. Freire P. Extensão e comunicação. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
98. Resta DG. Adolescer e o cuidado com a saúde: a voz de jovens e familiares [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
99. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
100. Murad P. Riso e aniquilação: a comicidade em Bérqson e Pirandello. Rev Comum [internet]. 2007 [citado 2010 mar 15];13(29):117-28. Disponível em: http://issuu.com/imperiodokaus/docs/riso_e_aniquila_o_falando_sobre_henry_bergson.
101. Cabral IE. O método criativo sensível: alternativa de pesquisa em enfermagem. In: Gauthier JHM, et al organizadores. Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 177-203.

102. Motta MGC. Ensinar a prevenção contra a violência em oficinas de criatividade. In: Luz AMH, Mancia JR, Motta MGC, organizadores. *As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2004. p. 95-102.
103. Issi HB, Motta MGC, Ribeiro NRR. Método Criativo Sensível: Uma alternativa para pesquisar famílias. In: *Anais do 3º Congresso Íbero-Americano de Investigação Qualitativa em Saúde*. Porto Rico; 2008. p. 8-9.
104. Barbour R, Kitzinger J. *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London (UK): Sage Publications; 1999.
105. Oliveira DLLC. Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky sex. What implications for health promotion? [tese]. London (UK): Institute of Education, University of London; 2001.
106. Ministério da Saúde, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. *Políticas de saúde no Brasil. Um século de luta pelo direito a saúde*. Direção Renato Tapajós. Brasília (DF); 2006. DVD.
107. Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Assis SG, Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2005. p. 157-184.
108. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [internet]. Brasília (DF); 1996 [citado 2007 setembro 15]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.
109. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
110. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. *Escola Anna Nery Rev Enferm* [internet]. 2009 [citado 2010 out 27];13(3):500-507. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20093/artigo%205.pdf.
111. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO; 2001. p. 113-126.
112. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(4):323-33.
113. Costa AM, Lionço T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde e Sociedade*. 2006;15(2):47-55.
114. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(2):449-58.
115. Freire P. *Cartas a Cristina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994.

116. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
117. Machado FRS, Pinheiro R, Guizardi FL. O direito a saúde e a integralidade no SUS: exercício da cidadania e o papel público do Ministério Público. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 49-65.
118. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2007 [citado 2009 out 24];12(2):455-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>.
119. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO; 2001. p. 39-64.
120. Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO; 2003. p. 45-59.
121. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
122. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública [internet]. 2001 [citado 2010 nov 10];35(1):103-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.
123. Gomes RS, Pinheiro R, Guizard FL. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 107-18.
124. Leopardi MT. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: Leopardi MT, organizadora. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. p. 71-81.
125. Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(4):548-56.
126. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.
127. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública [internet]. 2004 [citado 2010 mar 23];20(2):438-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2004000200011&lng=en.
128. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
129. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2001;8(1):48-70.

130. Nogueira RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface Comunicação Saúde Educação* [Internet]. 2003 [citado 2010 nov 24];7(12):185-90.
131. Bunton R, Nettleton S, Burrows R. *The sociology of health promotion: critical analysis of consumption, lifestyle and risk*. London (UK): Routledge; 1995.
132. Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-59.
133. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.
134. Cerqueira MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. *La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial*. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico; 1997. p. 7-48.
135. Oliveira, DLLC. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2005;13(3):423-31.
136. Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de Política*. 12ª ed. Brasília: LGE/UnB; 2004.
136. Bordenave JED. *O que é Participação*. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1995.
137. Durkheim E. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1972.
138. Rousseau JJ. *Do contrato social ou princípios do direito político*. Tradução Pietro Nassetti. 2ª ed. Martin Claret; 2000.
139. Freire P. *Educação e mudança*. Tradução de Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martin. 10ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
140. Cueto M. *O valor da saúde: história da organização pan-americana da saúde*. Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
141. Ferreira ITRN, Veras MASM, Silva RA. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*[internet]. 2009 [citado 2010 jan 20];25(12): 2683-2694. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n12/15.pdf>.
142. Kleba E. *Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento*. Chapecó: Argos; 2005.
143. Freire P. *Pedagogia da tolerância*. São Paulo: Unesp; 2004.
144. Meyer DE, Kruse MHL. *Acerca de Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: um início de reflexão*. *Rev Brasileira de Enferm*. 2003;56(4):335-39.

145. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2004 [citado 2010 abr 27];20(3):780-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>.
146. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2003. p. 89-111.
147. Faria EM. *Comunicação na saúde: fim da assimetria?* Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.
148. Raichelis R. *Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez; 1998.
149. Raichelis R. *Desafios da gestão democrática das políticas sociais*. In: *Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3*. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância; 2000. p. 48-85.
150. Hall PA, Taylor R. As três versões do neo-institucionalismo. *Revista de Cultura e Política*. 2003;58(1):193-223.
151. Rios ERG, Franchi KMB, Silva RM, Amorim RF, Costa NC. *Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde*. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2007; [citado 2009 Mar 23];12(2):501-509. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a26v12n2.pdf/>
152. Ceccim RB. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. *Interface Comun Saúde Educ* [internet]. 2005 [citado 2010 out 23];9(16):161-77. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>.
153. Freire P. *Política e educação: ensaios*. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
154. Dornelles S, Locks MT. Controle social : de quem? Para o quê? *Saúde em debate*. 2003;27(65):348-57.
155. Luz M. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

APÊNDICE A – Ficha de caracterização profissional

1- Nome: _____ Código: ESF ____

2- Idade: _____ anos.

3- Grau de instrução estudantil:

Ensino básico (1° a 8° série) ; _____

Ensino fundamental (2° grau); _____

Ensino superior.

Possui pós-graduação (em que? E aonde?): _____

4- Tempo de exercício da profissão: _____;

5- Tempo de atividade na ESF:

Menor de um ano;

De 1 a 3 anos;

De 3 a 5 anos;

De 5 a 10 anos;

Acima de 11 anos;

6- Possui atividades de capacitação profissional? Cite as principais?

7- Possui curso de sensibilização sobre a ESF?

Sim;

Não.

APÊNDICE B – Roteiro de observação das oficinas

Oficina da:

- Estratégia Saúde da Família
- Participação em saúde
- Controle social saúde

Data: ___/___/___

Local: _____

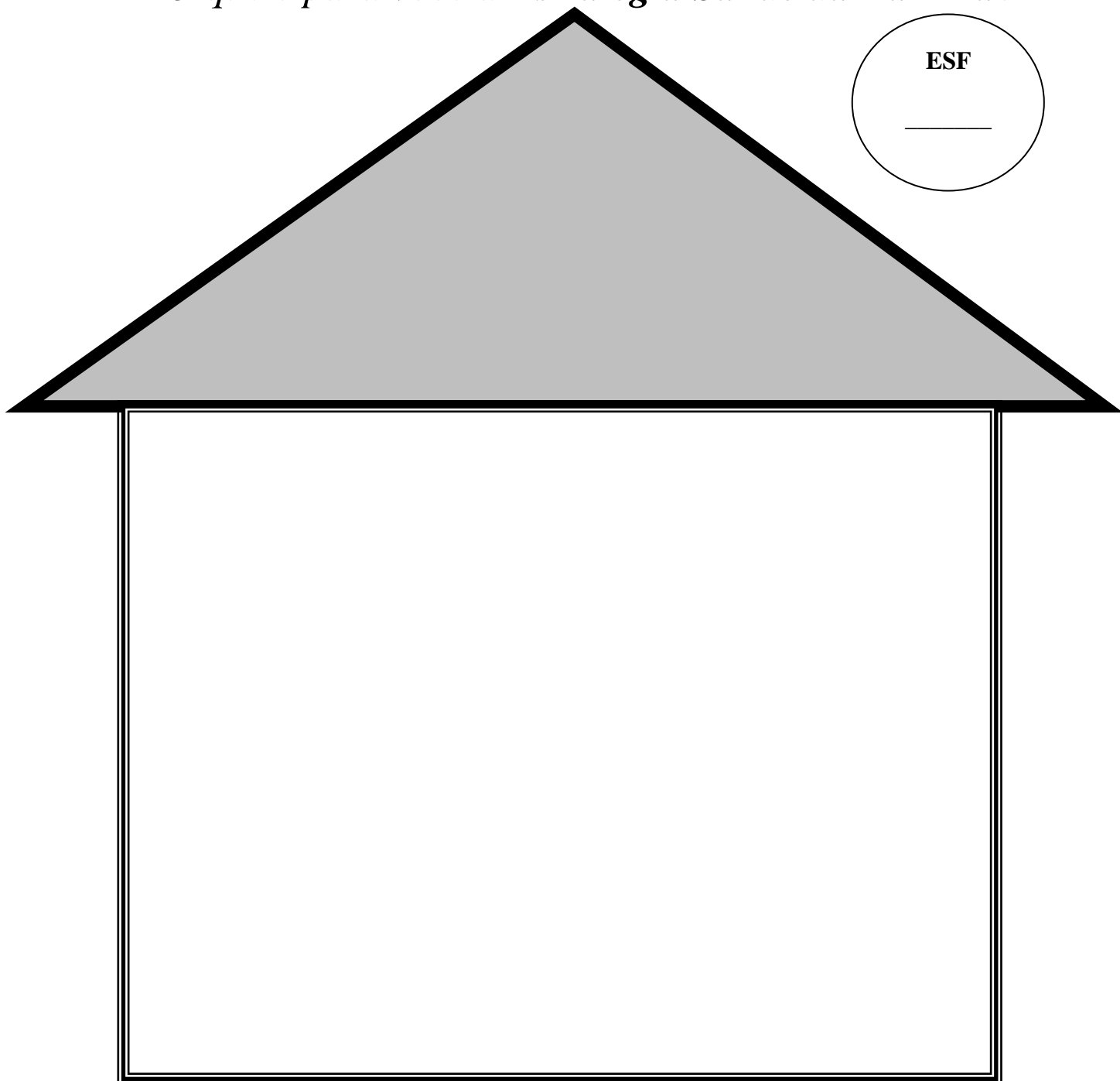
Hora de início: ___:___h e de término: ___:___h.

Aspectos observáveis
Ambiente:
Participação:
Processo de construção:
Intercorrências:
Ruídos:
Reações:
Outras observações

APÊNDICE C – Dinâmica da introdução (1º oficina)

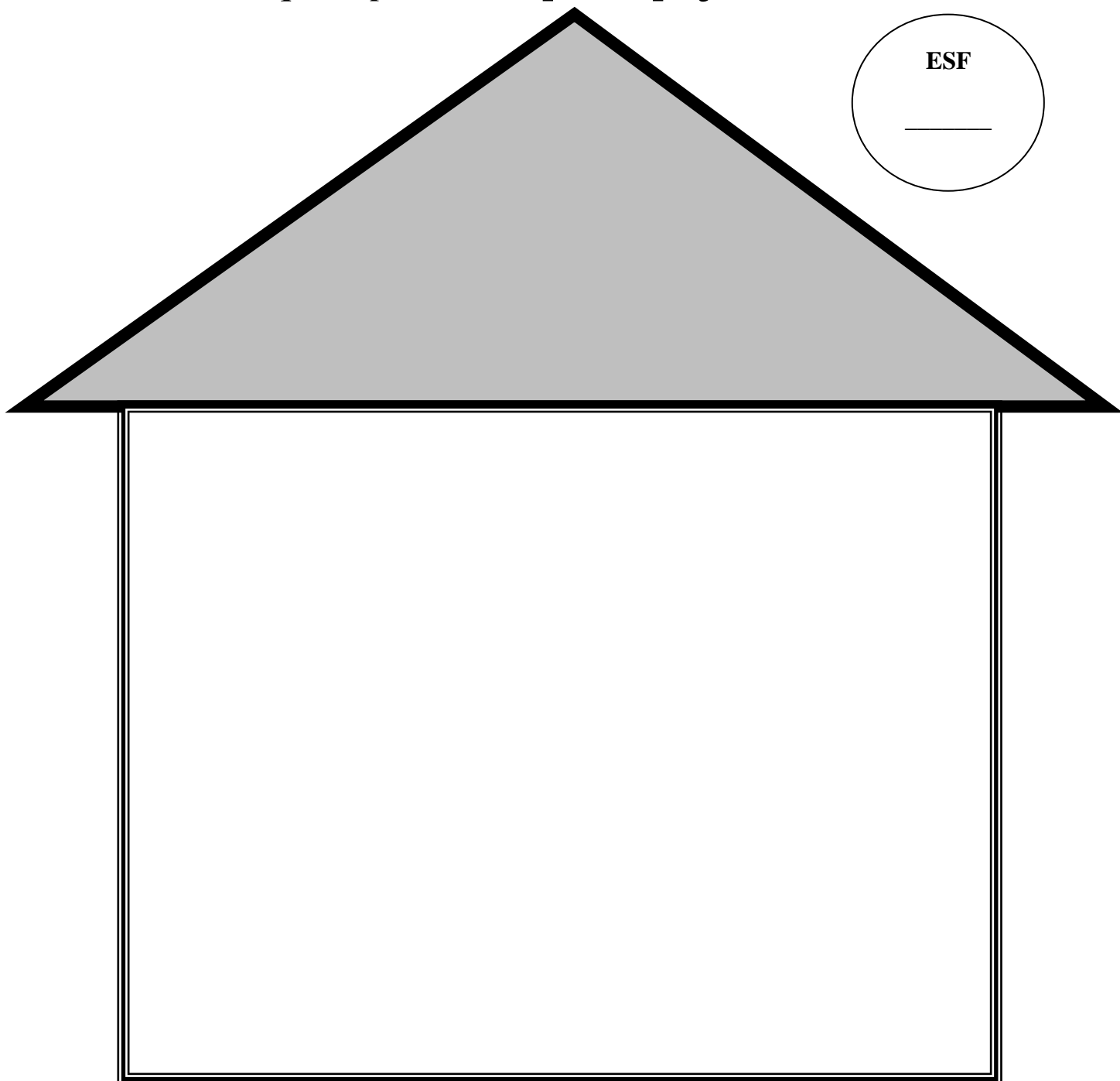
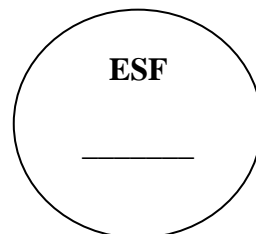
O que é para você a Estratégia Saúde da Família?

ESF



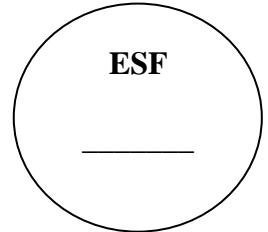
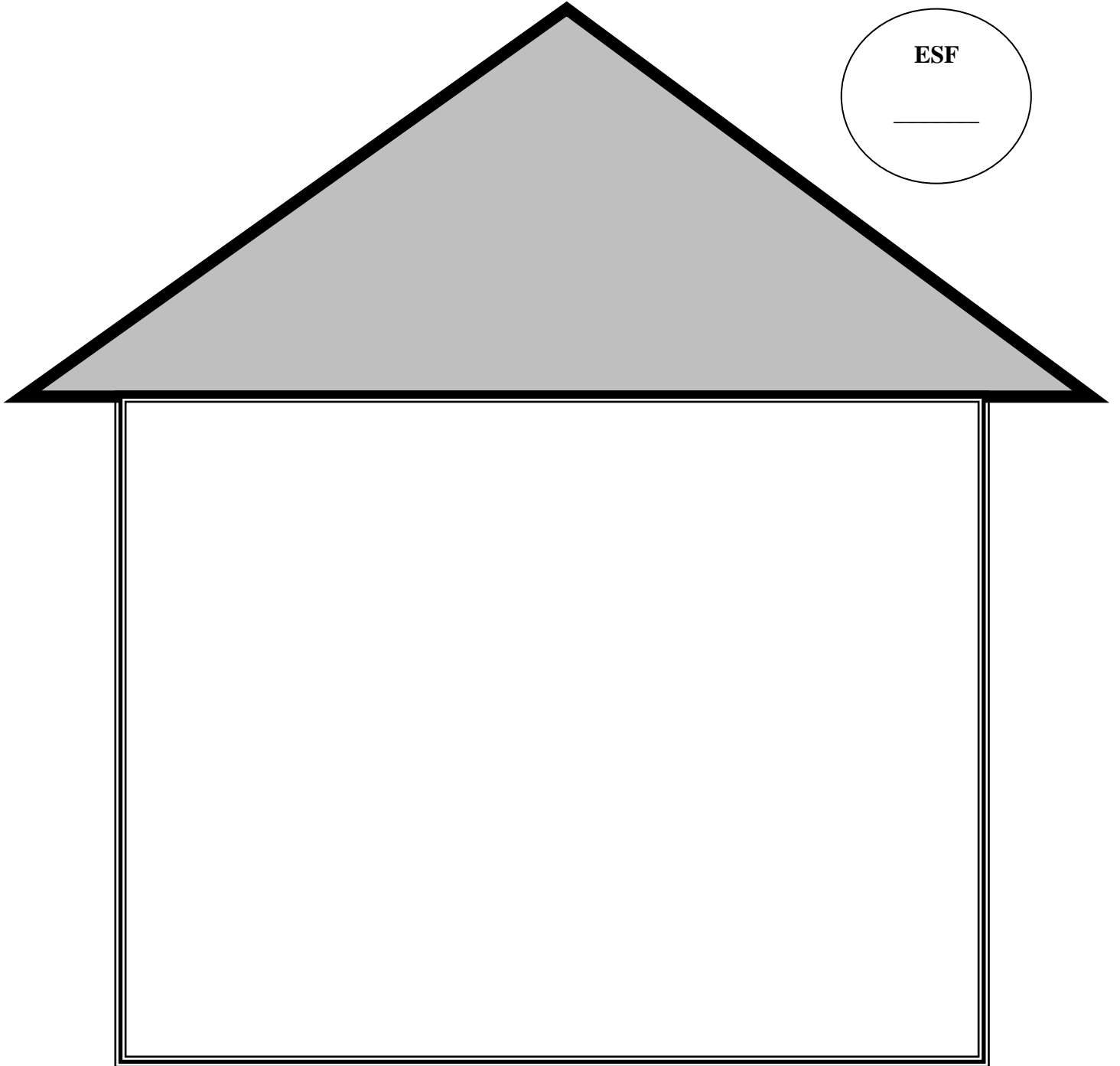
APÊNDICE D – Dinâmica da introdução (2º oficina)

O que é para você participação em saúde?



APÊNDICE E – Dinâmica da introdução (3º oficina)

O que é para você controle social em saúde?



APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa sobre a Participação e Controle Social em Saúde. Esta pesquisa tem por objetivo analisar as percepções atribuídas pelos profissionais desta equipe de Saúde da Família sobre participação e controle social em saúde.

O(A) sr.(a) está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa. Sua participação consiste na presença em três oficinas de aproximadamente de duas horas cada. Estas se consistirão de dinâmicas de criatividade e sensibilidade conforme preconiza o Método Criativo Sensível. Os áudios destes encontros serão gravados e observados por um pesquisador auxiliar.

Por tratar-se de uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr. (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Entretanto, os gastos com horas extras em virtude da realização de grupos fora do expediente de trabalho serão custeados em forma de espécie ou em folgas pela Secretaria Municipal de Saúde conforme acordado previamente com gestor municipal. Caso, em função dos mecanismos de coleta de dados, haja qualquer prejuízo em termos de horário, como gastos com passagem, alimentação o pesquisador assumirá estas despesas.

Esta pesquisa trará benefícios sociais relacionados à compreensão de como estes temas estão sendo percebidos pelos trabalhadores de saúde na ESF e locais ao oportunizar um espaço de discussão e reflexão. A participação da pesquisa também incorrerá em riscos mínimos que se restringirão a possíveis problemas de comunicação no processo grupal.

Os dados referentes ao sr.(a) serão sigilosos e utilizados apenas para fins desta pesquisa. O anonimato será garantido por meio do uso de códigos, preceitos estes assegurados pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados da pesquisa, por se tratar de um estudo de cunho acadêmico, serão publicados em congressos, seminários, revistas entre outros.

Como pesquisador, assumo toda e qualquer responsabilidade durante a pesquisa.

Como participante da pesquisa, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada sobre os objetivos, justificativa, procedimentos, riscos e benefícios do presente estudo. Fui orientado(a) que poderei solicitar esclarecimentos sobre estudo em qualquer fase de sua realização, tendo a liberdade de deixá-lo em qualquer etapa, sem qualquer prejuízo ao meu trabalho nesta instituição de saúde.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar desta pesquisa, estando ciente de todos os procedimentos propostos.

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura do(a) Pesquisador: _____

Assinatura da Orientadora: _____

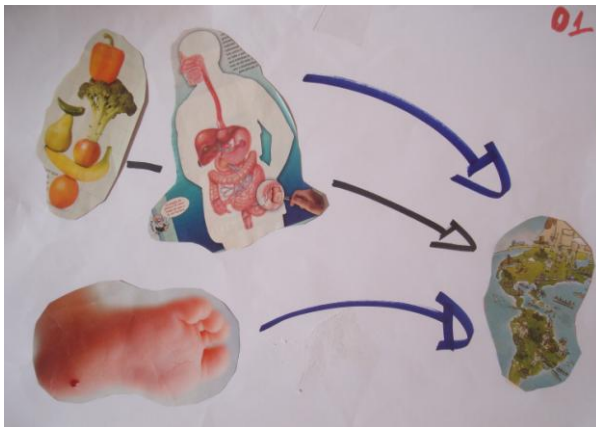
Içara, ____ de _____ de 2010.

Telefones para Contato:

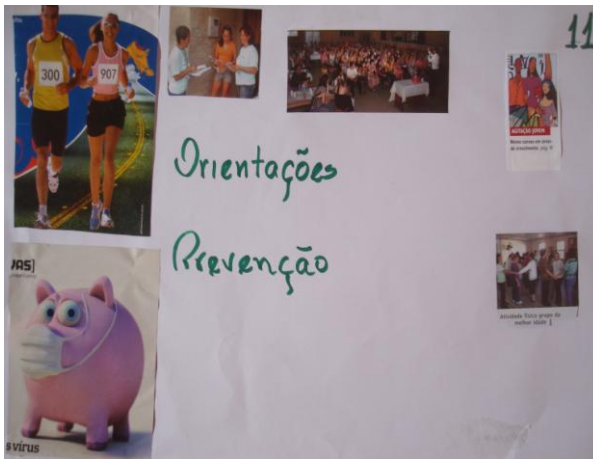
Pesquisador: Jacks Soratto (48) 34341009 ou (48) 88019869.

Orientadora responsável: Profª Dr.(a) Regina Rigatto Witt (51) 93542886.

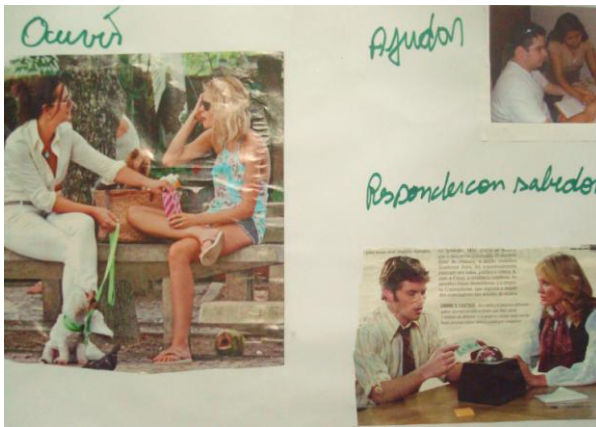
ANEXO A – Dinâmica livre para criar sobre a ESF



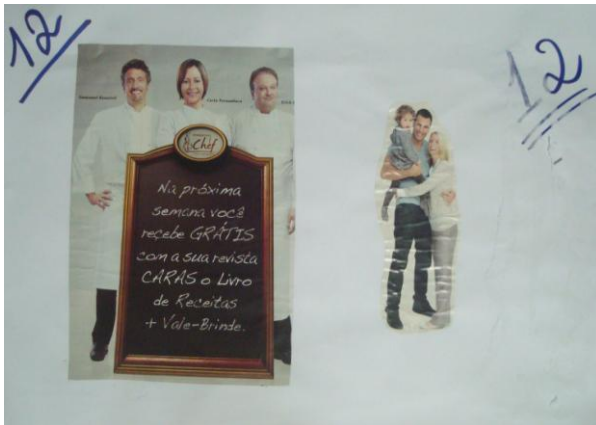
ANEXO A – Dinâmica livre para criar sobre a ESF (cont.)



ANEXO B – Dinâmica livre para criar sobre participação em saúde



ANEXO B – Dinâmica livre para criar sobre participação em saúde (cont.)



ANEXO C – Dinâmica livre para criar sobre controle social em saúde



ANEXO C – Dinâmica livre para criar sobre controle social em saúde (cont.)



ANEXO E – Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: PG MS 27/2010
Versão 10/2010

Pesquisadores: Jacks Soratto e Profa. Regina Rigatto Witt

Título: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 13 de Outubro de 2010.

Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnf - UFRGS

ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

Resolução

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 04/2010

Pesquisador:

Regina Rigatto Witt

Jacks Soratto

Título: "Participação e controle social na percepção da equipe de saúde da família".

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 10 de março de 2010.

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP