

# PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

## INTRODUÇÃO

O foco principal deste estudo foi a identificação de como se processa a construção da participação popular e do controle social em saúde, especificamente, na Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual tivesse como modelo de atenção a Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste sentido foi realizado um estudo que teve por objetivo geral construir um processo de participação popular e controle social em saúde, em um território da ESF de um município da região sul de Santa Catarina.

## CAMINHOS METODOLÓGICOS

Diante da proposta que tínhamos para o território referido, adotamos um estudo do tipo pesquisa-ação (TOBAR e YALOUR, 2001). Nesta pesquisa, tivemos um olhar fundamentado na pedagogia crítica e libertadora (FREIRE, 1987, 1997). A abordagem metodológica é de natureza qualitativa (MINAYO, 1999).

Os participantes foram a população da área adstrita, esta usuária do serviço de saúde, inserida ou não nos movimentos sociais organizados, neste estudo identificados como Espaços Participativos Locais (EPLs) tais como: clube de mães, clube de idosos, pastoral da saúde, pastoral da criança, associação de moradores, associação de pais e professores, juntamente com os trabalhadores da ESF.

O processo de construção desta pesquisa ocorreu durante um período de quatro meses. Paralelo a isso, utilizou-se de observação participante (BRANDÃO, 1999) e de (59) entrevistas não estruturadas (SILVA e MENEZES, 2001), sendo selecionadas algumas falas para este estudo. A entrevista foi utilizada para complementar e fazer um contra-ponto com os dados obtidos na prática da assistência e observação. Esse processo foi mediado por anotações em diário de campo (BECK, HUNGLER e POLIT 2004).

Já a análise das informações foi permeada pela análise de conteúdo temática (MINAYO, 2008). Os dados das observações foram relacionados aos dados da entrevista no sentido de compreender o tema em questão.

O presente trabalho respeitou resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007). O projeto de pesquisa foi apreciado pelo comitê de ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), tendo parecer favorável com o nº 254/2005. Para fins de apresentação dos resultados e visando preservar o anonimato dos participantes, adotamos nomes de frutas para com os entrevistados descritos neste artigo.

## RESULTADOS

A construção do processo de participação popular e controle social se deu em três momentos: conhecimento situacional, diálogo emancipador e momento “D”. Para tanto, apresentaremos uma síntese dos resultados obedecendo essas etapas.

**Conhecimento situacional:** A aproximação e o conhecimento da realidade foram fundamentais para o conhecimento e entendimento das demandas da população. Assim o principal resultado desta etapa foi a criação de um vínculo com os sujeitos do estudo, e reconhecimento das concepções de saúde existentes.

Esse processo de aproximação nos proporcionou identificação das concepções dos aspectos que norteiam a saúde. Se por um lado identificamos a população ressaltando que o SUS é “*o negócio que aposenta a gente [...] (Caqui)*”, pelo lado dos profissionais, ao se referir ao SUS, vislumbramos a centralidade em definições curativistas: “*Temos a vigilância, [...] realizamos atendimentos especializados, fizemos suturas, curativos [...]. (Abacate)*”.

Pôde se perceber que apesar da forte representatividade social em diferentes segmentos, ainda há a carência de um canal participativo voltado diretamente à saúde. “É, nós temos um monte de locais para discutir os problemas da comunidade menos um local voltado para saúde”. (Uva). A partir desta detecção, todos os processos posteriores desta pesquisa caminharam para concretização desta demanda.

**Diálogo emancipador:** Para ilustrar melhor essa proposta, trazemos um exemplo do processo dialógico entre um usuário que queria agendar uma consulta médica e o pesquisador.

“ \_ Não dá. A gente está doente, vai para o posto para ser atendido, tem ainda que marcar número que demora uma semana [...] Então, se é para morrer, a gente morre mesmo, né!, [...] pois quando precisa ser atendido não dá, né! (Pêra).

\_ Você já conversou com os trabalhadores da ESF? (Pesquisador).

\_ Não adianta falar. Eles só pensam neles! (Pêra).

\_ Já pensaram em organizar um grupo para falar com eles? (Pesquisador).

\_ Não! (Pera).

\_ Lembre-se que um grupo de pessoas tem mais força que um sozinho. (Pesquisador).

\_ É verdade vou levar isto pra associação que participo [...]. (Pera)”.

Dentro dessa lógica libertadora (FREIRE, 1987, 1997), houve um processo de instigação, de mobilização, de sensibilização com todos os atores existentes para se organizarem na luta pelo seu direito à saúde, processo este para o qual a base era o diálogo. O diálogo de que falamos significa criar condições para a explicitação das idéias, dos problemas, do embate democrático.

O diálogo também propõe-se romper com fronteiras do Sistema (centralidade burocrática) e imergir na conversação com os sujeitos, entender os porquês da população, ser analogicamente como uma roda para um automóvel, que não sai do lugar, mas leva a lugares inimagináveis

**Momento “D”:** Esse encontro foi o momento chave, pois foi desencadeado a partir de várias discussões nos EPL específicos, na prática do cuidado, dentro e fora da ESF, com os profissionais de saúde e gestão. Foram reunidos todos os atores envolvidos para uma grande roda de diálogo, a fim de trocar informações e discutir assuntos da saúde do coletivo para o coletivo.

Percebeu-se um discreto vínculo do conceito de controle social ao poder fiscalizatório, de maneira individualizada e com o objetivo de sanar problemas próprios que podem ou não representar problemas coletivos: “Eu reclamo mesmo, se eu vou ao postinho e não sou atendida, eu faço o “escambau”, ligo pra prefeitura, ligo pra Marconi [rádio regional], não tenho partido e não tenho medo (Morango)”.

Esta reunião despertou nas pessoas presentes um sentimento de necessidade de se encontrar pelo menos uma vez por mês para discutir assuntos de interesses coletivos e principalmente socializar informações relacionadas a saúde, tais como: dificuldades da ESF, melhorias no atendimento, propostas de prevenção a saúde entre outras.

O estudo demonstrou também que, abrindo as possibilidades para “o sentar juntos”, trocar informações, compartilhar saberes, a população participa e busca apropriar-se das discussões (como o que ocorreu), embora possa ter sido uma quebra das regras no cotidiano da ESF.

## CONCLUSÃO

Como resultado da construção deste processo, a população tornou-se mais presente nas decisões da ESF, mesmo ainda sem ter um espaço participativo local voltado para a saúde. Observamos que a mobilização desencadeada, possibilitou construir um processo de participação popular e controle social em saúde mesmo sendo

uma necessidade local a construção de um EPL voltado para saúde, isso não se deu de maneira instituinte.

A institucionalização por si só pode não garantir nada (Acioli, 2005), se não existir anteriormente e durante a construção do processo um diálogo libertador, capaz de motivar as pessoas a lutarem pelos seus direitos de cidadania.

O mais importante de todo esse estudo foi perceber que é possível desencadear um processo de participação popular e controle social em saúde, ainda que incipiente, em um micro território de atuação, garantindo assim um Sistema Único de Saúde mais ético e equânime.

Por fim, para que se possa melhor entender e refletir sobre como agir no sentido da efetivação da participação popular e controle social, é preciso rever e reavaliar os papéis que se desempenha; os conceitos que se constrói; as organizações das quais se participa; os atos que se pratica. Afinal, é pela caminhada junto aos atores sociais e entre os diversos caminhos que se constroem possibilidades de mudanças.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sônia. Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaço Público. In: **Participação Social na Saúde: Revisitando Sentidos, Reafirmando Propostas**. Rio de Janeiro, Cepesc-UERJ: Abrasco. 2005. p. 299-300.

BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernadette P.; POLIT, Denise F. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Métodos, avaliação e utilização. 5º ed., Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

BRANDÃO, C.R. (Org.). **Pesquisa participante**. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1999. 212p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 15 de setembro de 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

MINAYO, Maria C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª ed. São Paulo Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social**. Teoria, Método, Criatividade. 27ª. ed., Petrópolis: Vozes, 2008. 110 p.

SILVA, Edna L.; MENEZES, Estera M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3º ed. UFSC, Florianópolis, 2001. p.33.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot R. **Como fazer teses em saúde pública**. Conselhos e idéias para projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro, Ed. Fio Cruz, 2001. p.48.