

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA- UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Patrine Paz Soares

**CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL
EM SAÚDE: PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Santa Maria, RS
2021

Patrine Paz Soares

**CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL EM
SAÚDE: PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde**, Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientador(a): Profa. Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Co-orientador(a): Profa. Elenir Fedosse

Santa Maria, RS
2021

Patrine Paz Soares

**CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL EM
SAÚDE: PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde**, Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovado em 18 de março de 2021

Fernanda Alves Carvalho de Miranda, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Marco Aurelio Da Ros, Dr (UFSC)

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Dra (UFSC)

Santa Maria, RS
2021

RESUMO

CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL E SAÚDE: PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

AUTORA: Patrine Paz Soares

ORIENTADORA: Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Controle Social em Saúde é um tema relevante de ser abordado na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente, junto aos trabalhadores deste nível de atenção. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e analítica, de natureza quanti-qualitativa, cujo objetivo foi analisar o conhecimento e a participação de Trabalhadores das Equipes Mínimas das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria (RS) sobre e no Controle Social em Saúde. O estudo contou com a participação de 62 profissionais que integram as 19 ESF do município. Através da análise dos dados qualitativos, foram elaboradas as seguintes categorias: 1- Compreensão do conceito de Controle Social em Saúde; 2- Principais espaços para o conhecimento; 3- Características e limitações do Controle Social no território; 4- Atuação e participação no Controle Social; 5- Importância do Controle Social em Saúde. A pesquisa revelou diferentes percepções acerca da compreensão do Controle Social em Saúde, havendo disparidade de falas, inclusive, distanciamento do real significado do conceito; os trabalhadores destacam espaços que contribuíram na conquista e ampliação do conhecimento sobre o assunto. Também, evidenciou-se limitada ou ausência de participação dos profissionais das ESF no Controle Social e, ainda, a importância deste para a garantia de direitos e desenvolvimento adequado do SUS. Logo, faz-se necessário ampliar a abordagem desta temática em diferentes espaços de formação e de qualificação profissional, discutindo-se o conceito, as possibilidades de instituição e a importância do Controle Social, principalmente, dos chamados “Conselhos Locais de Saúde”, viabilizados no território, próximos dos usuários e dos profissionais.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Controle Social. Participação Social. Profissionais da Saúde.

ABSTRAT

KNOWLEDGE AND PARTICIPATION IN SOCIAL CONTROL IN HEALTH: PERSPECTIVE OF PRIMARY CARE WORKERS

AUTHOR: Patrine Paz Soares

ADVISOR: Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Social Control in Health is a relevant topic to be addressed in Primary Health Care (PHC), especially with workers at this level of care. This is an exploratory, descriptive and analytical research, of a quantitative and qualitative nature, whose objective was to analyze the knowledge and participation of the Workers in the Minimum Teams of Family Health Strategies (FHS) in the city of Santa Maria (RS) on and in Social Control in Health. The study included the participation of 62 professionals who are part of the 19 FHS of the municipality. Through the analysis of qualitative data, the following categories were elaborated: 1- Understanding the concept of Social Control in Health; 2- Main spaces of knowledge; 3- Characteristics and limitations of Social Control in the territory; 4- Performance and participation in Social Control; 5- Importance of Social Control in Health. The research revealed different perceptions about the understanding of Social Control in Health, with disparity of speeches, including real distance from the meaning of the concept; workers highlight spaces that contributed to the conquest and expansion of knowledge on the subject. It was also evidenced the limited or lack of participation of FHS professionals in Social Control and also its importance for the guarantee of rights and adequate development of the SUS. Therefore, it is necessary to expand the approach to this theme in different spaces of training and professional qualification, discussing the concept, the possibilities of institution and the importance of Social Control, especially of the so-called Local Health Councils, made possible in the territory, close to users and professionals.

Keywords: Primary Health Care. Social Control. Social Participation. Health professionals.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO | 6 |
| MÉTODOS | 7 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO | 9 |
| CONCLUSÃO | 24 |
| REFERÊNCIAS | 26 |

INTRODUÇÃO

A participação da população em busca de condições adequadas de saúde, de forma universal e democrática, desenvolveu-se ao longo dos anos e foi marcada pelo movimento da Reforma Sanitária no século XX, fortalecendo-se em 1986 com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (L'ABBATE, 2018). Esta importante luta por um novo modelo de saúde refletiu-se na Constituição Federal de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que a saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado (Art. 196). Outro reflexo da Reforma Sanitária foi a delimitação de diretrizes quanto à participação da comunidade nesse processo. Pela Constituição Federal de 1988, o controle social diz respeito à participação dos cidadãos na construção, implementação, gestão e fiscalização das políticas sociais e do SUS, atuando sobre as ações do estado de forma democrática (SILVA, 2011; BRASIL, 2019).

O SUS, regulamentado pela Lei Orgânica 8080/90 (BRASIL 1990a), aborda as condições de proteção, promoção e recuperação da saúde; a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b) trata da participação popular na gestão do SUS, destacando as Conferências e os Conselhos de Saúde como principais espaços destinados à participação e ao controle social. Como forma de qualificar o SUS, o controle social torna-se a demonstração mais sólida da sociedade de conhecer, participar e controlar as ações do Estado, buscando fortalecer a promoção de saúde e prevenção de doenças (FARIA, 2016). Pode-se dizer que o engajamento de diferentes atores da sociedade, nesse processo, demonstra representação popular de uma luta coletiva (OLIVEIRA et al, 2017).

Com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 453, maio de 2012 – atualizam-se e aprovam-se as diretrizes para definir, instituir, organizar e estruturar os Conselhos de Saúde com o objetivo de fortalecer e ampliar espaços democráticos para o exercício da participação da sociedade no SUS. Esse órgão colegiado, deliberativo e permanente possui sua composição de 50% de usuários, paritária em relação aos outros segmentos, sendo eles: 25% de representantes do governo e prestadores de serviços e 25% de trabalhadores da área da saúde (BRASIL, 2014).

Como um dos grupos citados na composição dos Conselhos de Saúde, os profissionais da saúde, pertencentes à Atenção Primária à Saúde (APS) e, em especial, os das equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), são compreendidos como atores importantes na busca por melhorias na e para a saúde, pois possuem maior proximidade com a população e bem conhecem as necessidades do território (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016). Assim, possuem grande

potencial para contribuir na educação popular em saúde, fortalecendo as relações com a comunidade, possibilitando construção e compartilhamento de conhecimento, estimulando a autonomia, emancipação e a participação nas decisões de saúde (PINHEIRO; BITTAR, 2016). Baseando-se na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2017, uma equipe mínima das ESF deve ser composta no mínimo por Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e médico. Também pode fazer parte da equipe os profissionais de Saúde Bucal - cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal (ASB) e/ou técnico em saúde bucal (TSB) - e o agente de combate às endemias (ACE). A PNAB reforça em uma das suas diretrizes a participação da comunidade, sendo os profissionais da saúde atuantes desse espaço agentes motivadores da população para o exercício do controle social, estimulando o protagonismo e a autonomia das pessoas, pela busca de seus direitos e melhorias na saúde (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, é inegável a importância dos profissionais de saúde da ESF como agentes atuantes e promotores da participação social na APS. Desta forma, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: “Como se expressa, nas perspectivas de trabalhadores da ESF, o conhecimento sobre controle social” e, “Como ocorre a participação de trabalhadores da ESF no controle social?”. Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento e a participação dos Trabalhadores das equipes mínimas das ESF do Município de Santa Maria sobre e no Controle Social em Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e analítica, de natureza quanti-qualitativa (KNECHTEL, 2014), desenvolvida nas unidades que comportam equipes de ESF do município de Santa Maria. Ressalta-se que a escolha por unidades de ESF deu-se por ser o âmbito de atuação de parte das autoras, no período de Residência do Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS). Nesse sentido, a pesquisa que gerou este estudo, configura-se como um modo de estimular maior integração ensino-serviço e transformação da realidade social e de saúde da população assistida durante o aprimoramento da formação profissional.

O município de Santa Maria possui mais de 270 mil habitantes, com 93% de sua população residente na área urbana; faz parte da 1ª região de saúde, pertencente a 4ª Coordenadoria Regional de saúde (4ªCRS) e possui gestão plena em APS. Integram a estrutura assistencial da APS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Agentes Comunitários de

Saúde (eACS), Equipes Saúde da Família (eSF). Atualmente Santa Maria possui atualmente 19 ESF. Vale destacar que, por ocasião da elaboração do Plano Municipal de Saúde, de 2018, o município constava com 17 ESF (FARIAS, 2018). As ESF atuam com território definido ou população adscrita atendendo aproximadamente 25,5% da população residente na área urbana.

A amostra foi por conveniência e os critérios de inclusão dos participantes foram: profissionais de saúde que compunham as equipes mínimas; os de exclusão foram profissionais que estavam afastados, em licença ou férias. Os participantes desta pesquisa foram primeiramente informados da pesquisa durante as reuniões de equipe das ESF que ocorriam em plataforma de conferência *online* devido a condição imposta pela Pandemia COVID-19. Ressalta-se que considerando a realidade da pandemia COVID-19, os profissionais presentes na reunião eram convidados a disponibilizarem o endereço de e-mail ou contato telefônico para que fosse encaminhado o *link* de acesso ao instrumento de coleta de dados. Assim, os dados foram coletados por meio de respostas ao questionário, desenvolvido para este estudo, via Google Forms®.

O questionário visou coletar dados quantitativos, para caracterizar o perfil dos participantes, e dados qualitativos em questões fechadas (f) e abertas (a). As questões (f) foram: 1) você sabe o que significa controle social em saúde?; 2) você sabe como se estrutura o controle social?; 3) você acha que tem controle social no território da ESF que você atua?; 4) você participa do controle social? As questões (a) foram: 1) o que é controle social em saúde?; 2) o que você acha que pode ser?; 3) onde você adquiriu esses conhecimentos?; 4) como você caracteriza o controle social que existe?; 5) de que forma você participa do controle social?; 6) qual a importância do controle social para você?

O período de coleta aconteceu entre os meses de agosto e outubro de 2020; foram realizadas de duas a três tentativas de envio do *link* para acesso ao questionário, para cada participante, com espaço de uma semana entre as tentativas, para obter o maior número de respostas.

Os dados quantitativos dizem respeito à caracterização dos participantes e compõem parte das respostas à investigação principal deste estudo. Foram digitados, organizados, armazenados e analisados por meio de estatística descritiva de frequência simples; tais resultados estão apresentados no texto e por meio de gráficos. Todo o processo foi realizado utilizando-se o programa Microsoft Excel® 2019.

Para os dados qualitativos foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (2016), de modo que se cumpriu as seguintes etapas: (a) pré-análise, quando foi realizada a organização e leitura flutuante dos materiais; (b) exploração do material: processo

de codificação, enumeração, classificação e agregação dos dados, utilizando-se frases, palavras ou temáticas significativas, agrupando-se as informações comuns; (c) tratamento dos resultados, realizando-se a categorização, descrição e análise, ou seja, realizando-se a inferência e a interpretação dos dados.

Para manter o anonimato dos participantes desta pesquisa e o sigilo de suas falas, eles foram identificados pela primeira letra que representa a profissão, seguidos de um número arábico. A pesquisa foi realizada seguindo as recomendações da Resolução CNS nº 466/12 e, portanto, obedeceu aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (CEP-UFSM), sob o parecer de número 4.154.333.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

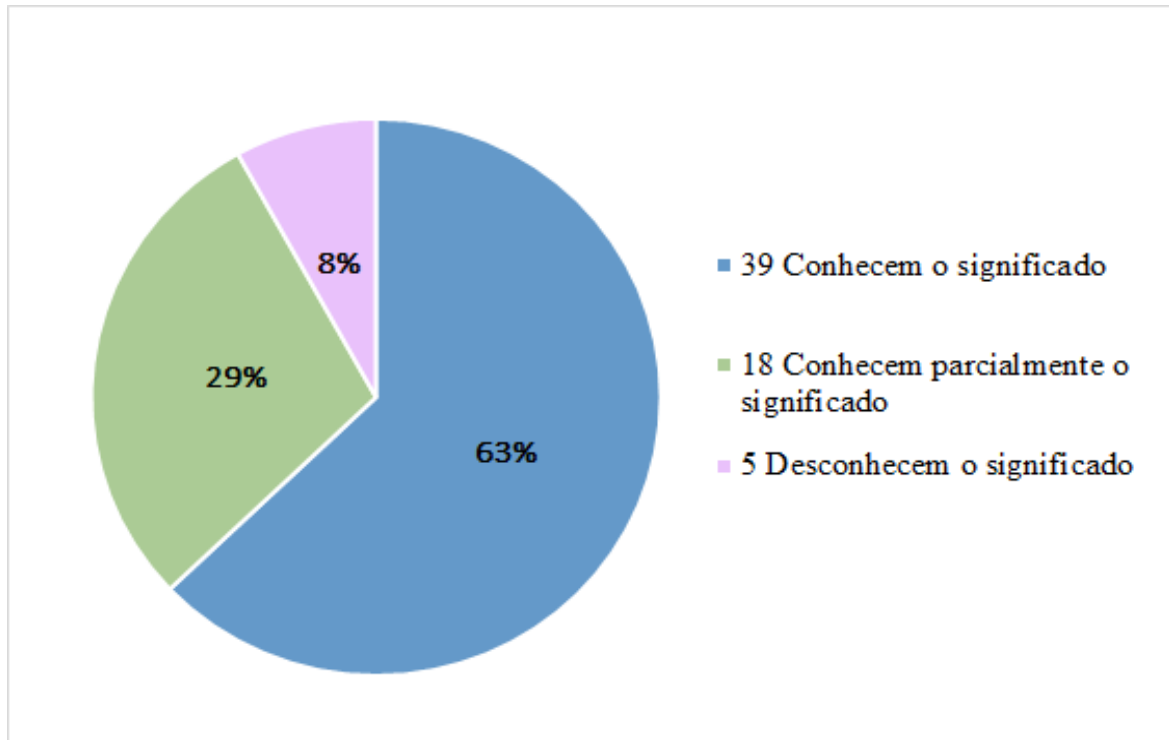
O estudo contou com a participação de 62 profissionais das 19 Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Município de Santa Maria. Dentre estas há 14 compostas por equipe única e cinco por equipe dupla. Dentre os profissionais desta pesquisa, destaca-se que 27 eram ACS, 14 Enfermeiros, nove Médicos, oito Técnicos de Enfermagem e quatro Cirurgiões Dentistas. Não participaram deste estudo os ACE, devido ao distanciamento com as ESF do município e os ASB e TSB, devido a não disponibilidade para participação deste estudo.

A caracterização dos entrevistados, quanto à idade, sexo, cor e escolaridade/formação profissional, mostrou que 26 dos trabalhadores apresentavam-se entre 29 e 39 anos, 21 entre 40 e 49 anos, 12 entre 50 e 59 anos e três possuíam 60 anos ou mais. Dentre os entrevistados 48 eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino. Em relação a Raça, 53 responderam ser da raça branca, quadro negra, cinco da raça parda, indígena e amarela não apresentaram respostas nesse estudo. Em relação ao grau de instrução, um dos participantes possui ensino fundamental completo, 14 ensino médio completo, nove ensino técnico, quatro superior incompleto, dez graduação, 23 especializações/residências e cinco possuem mestrado. Destaca-se que no nível instrucional considerou-se mais de uma resposta.

O tempo de atuação na função exercida na ESF variou de cinco meses a 30 anos. Sobre a carga horária, 61 (98,4%) participantes trabalhavam 40 horas/semanais e um (1,6%) cumpria 32 horas/semanas. Ao questionar a atuação em outros serviços de saúde, 53 (85,5%) profissionais relataram que não atuavam fora da ESF e nove (14,5%), sendo três médicos, dois ACS, dois dentistas e dois técnicos de Enfermagem, possuíam vínculo em outros serviços de saúde, como: consultórios, clínicas, hospitais e atendimentos domiciliares.

Com base no questionamento realizado aos profissionais acerca do conhecimento que tinham sobre controle social em saúde, destacam-se os dados apresentados na Figura 1.

Figura 1: Conhecimento dos Profissionais acerca do Controle Social (n=62), Santa Maria, RS.



Fonte: Autora, 2021.

Note-se o alto percentual de profissionais que disseram conhecer o conceito e dinâmica do controle social. Possivelmente os profissionais da saúde tiveram formação e/ou oportunidades de participação em Conselho e/ou Conferências Municipais de Saúde.

Ressalta-se também, que 25 (40,3%) identificaram que há controle social no território onde atuam, 19 (30,6%) responderam que talvez exista e 18 (29%) afirmaram que não há. Sobre a participação dos profissionais no controle social, 33 (53,2%) responderam que sim e 29 (46,8%) que não participavam. Pesquisa realizada junto a profissionais de saúde de uma equipe de ESF, no município de Itajaí (SC), demonstrou o desconhecimento dos participantes sobre os Conselhos Locais de Saúde (CLS) e a pouca participação nesse espaço. A referida pesquisa também demonstrou que poucos souberam citar as ações do conselho local. Diante disso, os autores mencionaram os CLS como a principal ferramenta para o controle social e sugeriram a necessidade de formação e estímulo para que os profissionais se apropriem do tema e participem desses espaços de participação social, para, assim, estimularem a comunidade e, inclusive, mediarem esse processo e garantirem a efetivação do controle social no território, de certa

forma, os dados desta pesquisa concordam com os de Ariño et al (2016). A propósito, tais autores também sugeriram introduzir essa temática durante a graduação dos profissionais, para proporcionar essa vivência e conhecimento. Ressalta-se que as considerações dos autores citados são partilhadas pelas autoras deste estudo; de fato, acredita-se que profissionais atuantes no controle social são exemplos para a ampliação da atuação comunitária nos espaços de discussão e deliberação de aspectos importantes para se alcançar maior qualidade no setor saúde.

Segundo estudo realizado por Ferretti et al (2016), há desconhecimento de parte da população acerca do controle social e pouca participação popular/da comunidade; os autores inferem alguns aspectos que possam estar ligados a essa limitação, como, por exemplo, a forma de gestão e o conhecimento sobre cidadania e direitos. Desta forma, justifica-se o distanciamento da população em exercer a democracia e estar presente nas decisões. Essa situação exige mudanças na cultura de participação popular nos setores que influenciam a vida da sociedade. Em concordância com esses autores, considera-se que a promoção de maior comunicação entre os usuários, trabalhadores dos serviços e gestores de saúde é fundamental e urgente - a sociedade, no geral, ainda carece de senso participativo (somente conhecerá e participará das discussões e deliberações sobre saúde se convocada pelos atores diretamente envolvidos com a questão).

Segue a análise dos dados qualitativos, organizada em cinco categorias, para melhor descrição e compreensão deles.

1- COMPREENSÃO DO CONCEITO DE CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Segundo o documento da 9ª Conferência Nacional de Saúde, “o Controle Social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde” (BRASIL, 1993, p.33). Esta afirmação foi reiterada, recentemente, por Ottobelli, Cargnin, Caezar-Vaz (2016), os quais ressaltam que o Controle Social pode ser compreendido como a forma de mobilização da sociedade civil, resultante da participação popular, que busca planejar, efetuar e analisar ações e políticas públicas assegurando sua concretização e execução, conforme as necessidades sociais e pactuação realizadas.

Os resultados deste estudo demonstraram que alguns profissionais compreendem que o Controle Social viabiliza a identificação de ações prioritárias para as ações de saúde junto à comunidade, incluindo o melhor aproveitamento dos recursos financeiros.

Poder das pessoas pertencentes à comunidade de influenciar nas decisões de saúde através de atuação de acordo com interesses e necessidades da mesma [comunidade]. (A1)

A participação da comunidade nas decisões em saúde baseada em problemas. (M3)

Participação social, integração entre usuários e profissionais de saúde, visando a solução de problemas de modo compartilhado. (E10)

É a participação da comunidade e dos profissionais da saúde nas discussões acerca dos assuntos que interferem no processo de saúde doença. (E14)

Reconhecendo que as necessidades reais de um território devem ser compreendidas individual e coletivamente, Silva e Tavares (2016) afirmam que convém garantir os saberes e interesses das pessoas e das comunidades. Fortalecendo a autonomia através da organização da comunidade é possível adequar as ações sanitárias e as demandas da população, mediante o controle e a participação social, possibilitando mudanças nos determinantes que afetam o processo saúde e doença. Logo, o profissional de saúde deve estimular a comunidade, aproximando o usuário do serviço e, com isso, possibilitar o seu empoderamento para participar e fiscalizar os serviços de acordo com suas diretrizes, intervindo na qualidade de vida e proporcionando práticas efetivas de cuidado com o indivíduo, família e comunidade (SANTIAGO et al, 2017).

Outros profissionais destacaram o Controle Social como um dos instrumentos utilizados, pela sociedade/comunidade, na criação, implementação e fiscalização de políticas públicas; inclusive destacaram as instâncias de participação popular, ou seja, citaram os Conselhos e as Conferências de Saúde como as principais formas de atuação.

Controle social é a participação e atuação da população no controle das ações de saúde desenvolvidas na comunidade/território/localidade/cidade, que corroboram para o planejamento, criação e execução de políticas públicas de saúde. (E3)

A participação da comunidade na construção, implementação e fiscalização das políticas e ações em saúde, prioritariamente através dos conselhos e conferências de saúde. (E5)

Controle social é a ferramenta a partir da qual a sociedade e seus representantes podem intervir/sugerir/gerenciar/supervisionar o funcionamento dos serviços de saúde, deliberando e ajudando na criação, implementação e aperfeiçoamento de novas políticas e novas abordagens no âmbito dos serviços do SUS. (M9)

Ações da população para sugerir, planejar e interferir na criação de políticas públicas por meio da participação popular nos conselhos de saúde. (D2).

A participação da sociedade nas políticas públicas, seja na sua construção, fiscalização, implementação ou efetivação, implica a existência de espaços democráticos e participativos. Neste sentido, proporcionam o exercício de cidadania e do controle social, permitindo que o cidadão exerça seus direitos, mas também seus deveres, contribuindo nas decisões relativas à saúde (DUBOW et al, 2017).

Segundo Delamuta et al (2015), a ausência da participação e do conhecimento sobre as políticas públicas de saúde causam retrocessos na luta por democracia e nas conquistas obtidas pela Reforma Sanitária. Tende-se a limitar os serviços de saúde e ampliar a exclusão da população, assim como acredita-se que os serviços e políticas públicas atendem apenas à parcela mais carente.

Segundo o conhecimento de alguns participantes deste estudo, o Controle Social é atribuído à participação civil na gestão das verbas públicas e ações do governo, administrando e fiscalizando o destino desses recursos, garantindo adequadamente sua aplicação nos serviços e áreas prioritárias da saúde, atribuindo melhorias ao SUS, às questões sociais, à promoção de saúde e à prevenção de doenças. Para muitos, o Controle Social configurar-se como a busca por melhorias na saúde através da união da comunidade e dos profissionais da saúde, discutindo sobre as necessidades do território, os problemas de saúde, questões sociais e estruturais.

Entendo que Controle Social é a participação da comunidade (sociedade) na administração pública, tendo como objetivo acompanhar e fiscalizar as ações da gestão (Governo,) tentando diálogo para solucionar os problemas e assegurar a manutenção dos serviços de atendimento ao usuário. (A6)

É gerir, fiscalizar, controlar os recursos públicos vindos para a Saúde, se estão sendo aplicados de maneira correta através dos conselhos, comissão de Saúde, Câmara de Vereadores. (A7)

Acredito que seja a participação da população no controle de verbas para a saúde no SUS e como será realizada a distribuição e o controle das doenças. (A11)

Integração da sociedade com a administração pública, com intuito de solucionar ou amenizar as deficiências sociais, buscando um maior empenho [...] (A17)

Controle Social em saúde é a forma da população deliberar sobre os investimentos financeiros e as áreas mais sensíveis de sua região que necessitam de apoio ou desenvolvimento. (T3)

Note-se que as respostas dos participantes deste estudo articulam-se com a literatura à medida que, em suas perspectivas, o Controle Social proporciona a participação da sociedade na gestão pública, como forma de integrar o cidadão nas decisões de saúde e nas discussões das políticas e estabelecimento de demandas prioritárias. Por isso, a participação dos diferentes segmentos da sociedade torna-se extremamente importante - busca-se coletivamente melhorias e o cumprimento das necessidades da população (OLIVEIRA et al, 2017) e do sistema de saúde.

Segundo o participante T2, o Controle Social é pouco abordado, tornando-se, assim, um assunto desconhecido, por isso as limitações de sua compreensão.

Sempre falamos pouco sobre Controle Social, mas pelo pouco que sei é a equipe saber todos os dados da sua população com suas vulnerabilidades e principais necessidades e com isso buscar juntamente com a comunidade melhorias em diversos setores como melhoria em infraestrutura, saneamento entre outros. (T2).

De acordo com o estudo de Santos e Miranda (2016), o vínculo construído entre os profissionais e usuários possibilita trocas muito importantes, possibilitando ao profissional conhecer o indivíduo e sua família, identificando tanto os aspectos físicos como emocionais, suas necessidades e demandas de saúde. Na ESF esse vínculo torna-se presente a partir do contato desses atores nas suas relações, sendo uma ferramenta potente para o fortalecimento da confiança, comunicação e cuidado. No entanto, a concepção de Controle Social relatado acima,

confunde-se com a definição de territorialização, estes conceitos podem se complementar, porém, não são iguais. A territorialização da saúde pode ser definida como um instrumento de vinculação entre a população e os serviços e organização dos processos de trabalho, proporcionando o conhecimento e delimitação dos territórios e das condições e necessidades de saúde da comunidade (FARIA, 2020; SILVA et al, 2019).

2- PRINCIPAIS ESPAÇOS PARA O CONHECIMENTO

Segundo os participantes deste estudo, os principais espaços que propiciaram o desenvolvimento do conhecimento acerca de Controle Social em Saúde, foram: os cursos técnicos, de graduação, de especialização, bem como as capacitações em serviço, participação nas Conferências e nos Conselhos de Saúde. Também se destacou, como fonte de informações, a *internet* e leitura autônoma dos documentos do SUS, especialmente, da Lei 8.142-90 (BRASIL, 1990b).

Na graduação; através de leituras e acompanhamento da legislação; participando de conselhos e conferências de saúde. (E5)

Graduação, pós-graduação, capacitações. (E10)

[...] pesquisando na internet para exercer no trabalho. (A19)

É um conhecimento que se adquire no dia a dia e, também, porque tenho um histórico de alguns anos de estudo, atuação como residente em gestão de sistema público de saúde. Participação em Conferências de Saúde e agora como enfermeira atuante no município. (E3)

No contexto atual, os profissionais precisam estar qualificados para atuarem de forma ampliada, demonstrando conhecimento acerca da gestão, sendo capazes de agir diante das necessidades de saúde dos usuários do SUS e, sobretudo, conhecendo os princípios operacionais, em especial, o do Controle Social. Assim, é possível superar o mero saber técnico (PONTE et al, 2019). A formação deve ser organizada conforme padrões curriculares e especificações políticas, econômicas e culturais das instituições formadoras, visando capacitar os profissionais a atuarem de maneira humanizada, prestando assistência qualificada, atuando com conhecimento do sistema público de saúde, inclusive, na gestão e, também, exercendo o

ensino e a pesquisa (TAVARES et al, 2016). Ainda assim, alguns profissionais relataram não ter adquirido conhecimentos sobre Controle Social durante a formação e outros aprenderam através da sua vivência na APS.

Ainda não adquiri. (A4)

Não tenho conhecimento. (D4)

O envolvimento dos profissionais com o Controle Social possibilita o conhecimento acerca do conceito, promovendo a organização e a realização de ações de saúde que visem garantir direitos sociais, culturais e econômicos aos usuários, famílias e comunidades. Assim, viabiliza vivenciar os desafios do setor saúde que precisam ser enfrentados (PONTES et al, 2019).

Segundo Silva et al (2020), também do ponto de vista das autoras deste estudo, a formação de novos profissionais deve ir além do modelo tradicional (desenvolvimento de conhecimentos e habilidades técnicas), deve ser voltado à transformação da sociedade, construindo um olhar ampliado, novos saberes e práticas que envolvam não só o individual, mas, também, o coletivo. Deste modo, a formação deve ser voltada a atender as necessidades das pessoas e das comunidades, para isso, o Controle Social é um agregador importante nas instituições formadoras e nos sistemas de saúde, já que ambos estão atrelados aos interesses públicos.

3- CARACTERÍSTICAS E LIMITAÇÕES DO CONTROLE SOCIAL NO TERRITÓRIO

Nas falas, a seguir, os profissionais caracterizaram o Controle Social em Saúde existente nos territórios onde atuam.

Se caracteriza por meio de reuniões da comunidade (usuários) com a equipe da ESF para definir metas e compactuar opiniões para termos uma saúde de qualidade. (A15)

Organização/ gestão/ reuniões de equipe frequentes. (M4)

No acesso ao Serviço de Saúde, no que é ofertado a eles, nas especialidades, consultas, exames, medicações, tratamento, etc. (A7).

As perspectivas acima demonstraram significativas diferenças na compreensão acerca do Controle Social existente nos territórios das ESF de Santa Maria. Há extrema concordância quando se compara as distinções e as limitações referentes às percepções expressas com os dados quantitativos, anteriormente apresentados, visto que os profissionais mencionaram a ausência ou a parcial existência do Controle Social nos territórios onde atuam. Convém destacar que foram obtidas poucas respostas a essa pergunta, fato, aqui interpretado, como mais uma evidência do pouco envolvimento dos profissionais no Controle Social em seus territórios de atuação.

O estudo de Oliveira et al (2016), realizado com enfermeiros de uma ESF, evidenciou fatos compatíveis aos encontrados nesta pesquisa. O referido estudo revelou a participação social como sendo a utilização e a adesão dos usuários às ações e serviços ofertados pela equipe demonstrando-se a fragilidade do conhecimento desses profissionais acerca do Controle Social nos territórios, realçando um conhecimento direcionado principalmente para as ofertas de serviços de saúde. Tal constatação causou preocupação e questionamentos sobre o processo de formação desses profissionais (OLIVEIRA et al, 2016).

Destacam-se, a seguir, falas dos profissionais indicativas dos espaços que possibilitam o exercício do Controle Social.

Atuante, temos Conselho e participação da população, principalmente para questionar coisas erradas. (E11)

Temos um Conselho Local bastante forte, pois conseguimos muitas coisas através dele. Ainda, assim, a adesão da comunidade se dá através de seus representantes; poucas pessoas participam de forma contínua. (E5)

Existe um controle informal, em que as pessoas fazem suas críticas, geralmente não construtivas. Acredito que não deixa de ser uma participação, mas sem formalidade e representatividade. (E13)

Segundo Ariño (2016), os Conselhos Locais de Saúde possuem grande autonomia em seus funcionamentos; suas atividades são garantidas pelos governos a partir de diretrizes legais que regimentam suas propostas, estruturações e organizações. Assim, nesse espaço destinado à participação da sociedade, usuários e profissionais, propicia a democratização e expande as

decisões na área da saúde e que podem repercutir em outras áreas. Porém, ainda que existam os Conselhos de Saúde como os principais meios para desenvolver o Controle Social, muitos usuários que buscam os serviços de saúde desconhecem tal ferramenta, decorrente muitas vezes da falta de informações sobre esses espaços, suas finalidades, atribuições e como ocorrem as reuniões.

Quando os participantes foram questionados sobre os possíveis motivos para a ausência ou limitação do Controle Social em Saúde nos territórios de atuação, foram obtidas respostas relacionadas à carência de discussões sobre o assunto e ao conhecimento insuficiente da comunidade, bem como à falta de motivação dos profissionais e usuários, conforme apresenta-se a seguir.

Porque pouco se fala. (A11)

Não há um Controle Social estabelecido formalmente pela comunidade, ficamos com ciência das demandas através de conversas [...] (D3)

É um problema local de desmotivação dos usuários e trabalhadores, não acreditam que controle social seja efetivamente importante. (T4)

Falta de conhecimento e apoio da gestão sobre a importância de cada profissional neste processo, bem como da ausência de atuação em rede. (M5)

A falta de compreensão dos profissionais e dos usuários sobre Controle Social, a desinformação e o desconhecimento sobre os espaços destinados a esse exercício tornam-se um grande problema para o exercício da democracia. Assim, é necessária a discussão sobre o assunto e a sensibilização quanto à participação social como ferramenta fundamental para a existência dos Conselhos e Conferências de Saúde para luta e garantia de direitos e melhorias na saúde (OTTOBELLI; CARGNIN; CAEZAR-VAZ, 2016).

Para um dos participantes, a principal limitação para a não participação da população do seu território é decorrente das dificuldades de acesso, visto que se trata de uma comunidade residente em área rural.

No nosso território de área rural fica difícil a participação da comunidade devido ao acesso. (E14)

As ESF nos territórios rurais precisam trabalhar com as particularidades, as características e as necessidades da comunidade, organizando ações em saúde e processos de trabalho coerentes com tais realidades. Se, ainda hoje, encontram-se dificuldades em garantir atenção integral aos usuários e suas famílias, a fragilização da participação comunitária é maior ainda, limitando-se significativamente o exercício dos direitos por essa população (COSTA et al, 2019). Segundo Arruda, Maia e Alves (2018), historicamente há uma desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais em comparação às urbanas, refletindo em fatores que dificultam a transformação e as mudanças desses espaços.

Segundo os profissionais, os momentos de reunião com a comunidade ocorrem irregularmente e, portanto, a participação em reuniões e nos conselhos de saúde ainda é ausente ou insuficiente:

[...] não conseguimos adesão dos usuários em reuniões para a comunidade e nem formar um conselho local. (T1)

Não há representação em conselhos locais ou municipais. Nas reuniões comunitárias realizadas, em conjunto com a ESF, houve pouca presença da comunidade não garantindo representatividade. (M3)

Não há adesão dos usuários, e quando ocorre, eles demonstram dificuldades em comunicar e compartilhar as necessidades do território, bem como para identificar das mudanças nos serviços de saúde.

Porque por mais que a gente chame, a população tem dificuldade de aderir e se sentir participante. Eles só vêm se têm problema. (E7)

Não há exatamente controle social porque dificilmente conseguimos nos reunir com a comunidade para ouvir diretamente as suas demandas de forma organizada, sendo que a única experiência que tive durante meu tempo na ESF em que estou, foi de uma reunião em que estiveram apenas 3 usuárias, que não souberam ou não se sentiram à vontade em apontar sugestões ou melhorias que poderiam ser implementadas no nosso serviço. (M9)

Note-se que as falas dos profissionais demonstram baixa participação comunitária na organização do cotidiano dos serviços, no entanto, segundo Lavor et al (2017), o profissional

da APS possui um importante papel em estimular a participação dos usuários no controle social, envolvendo a comunidade e orientando para que todos possam buscar juntos melhorias para os serviços e para a saúde, não dependendo exclusivamente dos gestores para essa decisão, para isso, é fundamental utilizar estratégias para esse comprometimento, incentivar o protagonistas através do compartilhamento de conhecimento com o usuário, garantindo a prática correta desse instrumento social.

4- ATUAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL

Para a maioria dos participantes desta pesquisa, a atuação deles no Controle Social dá-se no cotidiano do trabalho na APS, coletando as necessidades do território e compartilhando com a equipe, para assim buscarem juntos melhorar a qualidade da saúde e as condições de oferta de serviços no município.

[...] ouvindo a comunidade levantando as demandas e levando ao conhecimento da equipe, levantamento de dados no território. (A19)

Atendendo as demandas de saúde dos usuários, verificando o acesso e acompanhamento nas redes de saúde, entre outros. (M5)

Porque por meio do meu trabalho e durante algumas reuniões de equipe norteamos e decidimos ainda que minimamente algumas ações que de alguma forma interferem na saúde do nosso município. (A18)

Sabe-se que a implementação da ESF como proposta de melhorar o desempenho da APS contribuiu para qualificar e ampliar as ofertas de serviços nos territórios, possibilitando a integralidade e a equidade, a construção de vínculo com a comunidade, beneficiando a educação e promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos à saúde. Este espaço possui muitos desafios e requer profissionais qualificados, que busquem desenvolver atividades conforme necessidade e demanda da comunidade, juntamente com a participação social, como também o apoio da gestão e um correto financiamento dos serviços de saúde, enfrentando os determinantes sociais e superando o modelo voltado apenas à doença (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

No sentido acima, a participação dos profissionais para efetivação do Controle Social pode se dar a partir da orientação aos usuários, criação de vínculo e confiança mútua para

compartilhar conhecimento sobre os direitos e deveres enquanto cidadãos, conforme constatado na fala que segue:

Com certeza, uma das formas de participação no controle social é orientando e informando o usuário, no cotidiano do serviço, com relação aos seus direitos e deveres como cidadãos para a melhoria da qualidade do SUS. (E3)

A participação no Controle Social também foi citada a partir da atuação nos Conselhos e Conferências de saúde, conhecendo as ações dessas instâncias e suas propostas referentes à saúde.

Conselho Local da ESF, Conferências de Saúde (todas desde 1998, incluindo uma estadual). Conselho Regional de xUBS. Já fui do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Local da região Oeste. (E5)

Como trabalhadora e cidadã procura estar ciente das ações dos Conselhos e atualização das políticas públicas em relação aos assuntos relacionados à saúde. (M3)

Em Formação de Conselho Locais de Saúde. (A15)

De fato, o Controle Social pode ser exercido por meio da participação da sociedade nos Conselhos de Saúde, espaços deliberativos responsáveis na elaboração, estruturação e fiscalização de políticas públicas, bem como nas Conferências de Saúde que possuem um papel fundamental na deliberação de diretrizes e necessidades para melhoria do SUS (OTTOBELLI, CARGNIN, CAEZAR-VAZ, 2016). Tais autores, também as autoras deste estudo, consideram a participação da comunidade nesses espaços como um fator decisivo, assim como a participação de trabalhadores de saúde é indispensável para a execução do controle social.

5- IMPORTÂNCIA DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Como última categoria de análise, discute-se, aqui, a importância dada pelos trabalhadores da APS ao Controle Social - uma das formas de garantir os direitos da comunidade e o desenvolvimento adequado do SUS - que implica acompanhamento da saúde, no território e de forma contínua, priorizando as necessidades e levando os conhecimentos necessários para reivindicar as garantias de promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa compreensão foi demonstrada pelos participantes, conforme os relatos abaixo:

Defender e lutar pela garantia dos nossos direitos como cidadãos, em defesa do SUS. (E9)

O controle social é primordial para que sejam efetivados os princípios e diretrizes do SUS. Para que as políticas públicas em saúde sejam efetivas e o cuidado em saúde seja integral e longitudinal. Corroborando com a promoção, prevenção e proteção da saúde. (E3)

Crucial para ver como prioridade os direitos que todo cidadão tem, mas não exige por desconhecimento. (A14)

O Controle Social proporciona muitas mudanças na sociedade; estimulando a comunidade a participar e se envolver nas decisões que influenciam direta ou indiretamente a saúde, rompendo a cultura passiva de aguardar por melhorias a partir de iniciativas dos serviços, gestão e Estado, possibilitando que a sociedade civil se envolva e atue nas discussões do poder público, buscando coletivamente por melhorias nas questões prioritárias (SILVA et al, 2018).

Seguindo os relatos acima, alguns profissionais trouxeram a relevância do Controle Social como condição que possibilita respeito e oferta, a todos os cidadãos, de saúde adequada, integral e de qualidade, sem qualquer tipo de discriminação, sempre respeitando a singularidade das situações. Nas palavras dos participantes deste estudo, o Controle Social traz:

Equidade e igualdade no acesso aos serviços de saúde como um todo. (M5)

É fundamental, imprescindível, indispensável. Sem ele não há SUS de verdade, pois o SUS é para todos, é universal, é integral e equânime. [...] É a legitimação do respeito ao usuário enquanto cidadão e da saúde como direito. (E5)

Essencial para todos que usam a saúde pública (SUS) porque sem controle social não podemos compactuar e organizar uma SAÚDE DE VERDADE. (A15)

Segundo Silva e Oliveira (2020), quando se aborda os princípios doutrinários do SUS - Universalidade, Equidade e Integralidade -, juntamente com o Controle Social, estrutura-se e articula-se efetivamente o sistema de saúde. Em outras descrições, o Controle Social apareceu como importante na busca por melhorias na saúde através da aplicação correta de verbas públicas, criando e desenvolvendo serviços para suprir as necessidades das comunidades, melhorando a assistência e gestão:

Uma maneira eficaz para que os recursos, as verbas sejam realmente aplicados de maneira correta; assim podendo ser ampliados mais serviços à população, sendo melhor assistidos, ganhando com isso mais cuidado, mais saúde. (A7)

Manter os serviços funcionando adequadamente, com qualidade e com a participação do cidadão, através das verbas públicas investidas adequadamente. (T1)

É muito importante para decidir o rumo dos investimentos em saúde, em qual lugar será melhor aproveitado os recursos. (A18)

A participação social na fiscalização de recursos públicos, tem o poder de influenciar a gestão a exercer as ações prioritárias para a população. Com o Controle Social, exercido pelos cidadãos nas atividades do governo, as melhores decisões podem ser tomadas, já que são articuladas entre os usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços (DUBOW et al, 2017). Portanto, as percepções dos participantes deste estudo aproximaram-se do que afirma Silva (2017): o controle social e a participação da população ao opinar na administração pública, são atos de democracia, que buscam a garantia da aplicação correta de recursos que atendam as demandas sociais das pessoas, adotando medidas necessárias para controlar e fiscalizar os interesses públicos, através de debates e comunicação em prol da redução das desigualdades, utilizando a ferramenta da gestão pública para facilitar o acesso e segurança dos serviços ofertados à população.

Os relatos dos participantes demonstram que o Controle Social em Saúde é umas das formas de aproximar os profissionais da APS a suas comunidades e de apresentar a maneira que é realizado o trabalho da ESF e as necessidades desse serviço. Com essa união, é possível buscar melhorias no cuidado e nos serviços ofertados ao território, através de educação em saúde, conhecendo as necessidades e prioridades.

Muito importante, pois através disso podemos ter contato direto com as necessidades da população. (A12)

Uma aproximação com a comunidade, pois com ele [o controle social] explicamos e demonstramos nosso trabalho e expomos também nossas necessidades como Saúde e assim, pensar junto com eles quais as melhorias que eles pensam que

deveriam ter prioridade e que deveriam ser revistas, sempre com o intuito de melhorar o território onde atuamos e eles onde moram. (T2)

Garantir controle das ações de saúde, visando garantir melhores condições de saúde para a população. (E1)

O reconhecimento e envolvimento do profissional de saúde com o Controle Social é fundamental para a execução e planejamento das ações no âmbito da promoção de saúde, por exemplo, uma forte aliada para o desenvolvimento de um olhar integral, considerando questões políticas, organização e estruturação dos serviços, visando a participação comunitária e as habilidades dos indivíduos (TAVARES, 2016). Considerando a ampliação no conhecimento acerca do conceito e da utilização do Controle Social, pelos trabalhadores da saúde, pode-se, de forma efetiva, com o apoio dos usuários, garantir o fortalecimento das políticas e a gestão pública (PONTES et al, 2019).

Diante da necessidade de formar profissionais da saúde qualificados para atuarem no SUS e nas políticas públicas de saúde que se fundamentam nas diretrizes do nosso sistema de saúde e buscam por mudanças nos processos educativos, a Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta indispensável para viabilizar a análise crítica, na construção de conhecimento e na produção de mudanças, incorporando o ensino, a gestão, a participação e o controle social conforme necessidades cotidianas do território. Possuindo o objetivo de aperfeiçoar os profissionais e seus processos de trabalhos, qualificando e humanizando os serviços (BRASIL, 2018).

CONCLUSÃO

Essa pesquisa trouxe as percepções dos profissionais da APS acerca da compreensão do Controle Social em Saúde, bem como dos espaços destinados para a construção desse conhecimento, das características e limitações da sua aplicação e da importância do mesmo para a sociedade.

De um modo geral, evidenciou-se limitada participação dos profissionais de saúde da APS no Controle Social; muitos até demonstraram desconhecimento do conceito/do real significado do Controle Social. Muitos participantes não responderam a alguns questionamentos ou responderam de forma breve, demonstrando a fragilidade na compreensão do controle social e seu desenvolvimento. No entanto, pode-se afirmar que, embora não possuam esse saber, reconheceram a importância do Controle Social.

Reconhecendo-se que o Controle Social se apresenta como ferramenta fundamental na luta pelo SUS, na garantia dos direitos da sociedade e da melhoria na saúde, destaca-se a necessidade de investir na formação sobre a participação comunitária e controle social como espaços democráticos e, inclusive, incentivar a participação nos Conselhos e Conferências de Saúde, destacando os seus objetivos de fiscalizar, construir e implementar políticas de saúde, ou seja, realçando o seu papel na supervisão dos interesses públicos e na gestão de recursos. Nesse contexto, os profissionais de saúde, principalmente aqueles das ESF, por estarem presentes nos territórios e nas relações com as comunidades, possuem potencial para educar os usuários a respeito do Controle Social, estimulando a autonomia e o empoderamento coletivo; porém, para isso acontecer é necessário que esses profissionais possuam conhecimento, comprometimento e envolvimento com o controle social, participando, dos espaços próprios de Controle Social.

Com isso, faz-se necessário ampliar a abordagem da temática em diferentes espaços de formação, qualificação profissional e educação permanente, disponibilizando, por exemplo, oficinas com os profissionais da APS, principalmente com as equipes de ESF, que alinhem o conceito e a importância de espaços de discussões resultando, inclusive, na instituição de Conselhos Locais, possíveis pelo fato de atuarem próximos dos usuários, nos territórios.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1499-1509, 2016.
- ARIÑO, D. O.; BEIRÃO, M. C.; TAVARES, V. H. R.; LANGE, F.; FINGER, T.; OLIVEIRA, I. C. A participação de profissionais que trabalham em uma Unidade Básica de Saúde do município de Itajaí no Conselho Local de Saúde (CLS). **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.6, n.2, p.82-87, 2016.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n. 6. 2018.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. **São Paulo: Edições 70**, 2016.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. — Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019.
- BRASIL. **Lei Federal 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. Brasília, DF: Casa Civil, 1990a.
- BRASIL. **Lei Federal nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **9ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília-DF, 1993. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 01/11/2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453**, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União 2017**.
- BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

COSTA, L. A.; CARNEIRO, F. F.; ALMEIDA, M. M.; MACHADO, M F. A. S.; DIAS, A. P.; MENEZES, F. W. P.; PESSOA, V. M. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v.43, n.Especial 8, p.36-49, Dez 2019.

DELAMUTA, K. G.; DIAS, F. A.; SILVA, M.; GIL, C. R. R. Em defesa do sistema único de saúde: discursos de vereadores, conselheiros e profissionais de saúde. **Semina: Ciências educação pBiológicas e da Saúde**, Londrina, v.36, n.1, p.137-148, ago 2015.

DUBOW, C.; BORBA, T. T.; SANTOS, C. R.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Participação Social na Implementação das Políticas Públicas de Saúde: uma revisão crítico reflexiva. **Sau. &Transf. Soc.**, Florianópolis, v.8, n.2, p.103-111, mai-ago 2017.

FARIA, M. O papel do controle social na gestão da saúde [Instrumentos de Gestão e Planejamento]. **Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)**, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3766>.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.11, p.4521-4530, 2020.

FARIA, R. A territorialização da atenção primária à saúde do SUS: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do Brasil. **Hygeia**, v.14, n.29, p.89 - 104, set, 2018.

FERRETTI, F.; FERRAZ, L.; KLEBA, M. E.; BOCCALON, B.; AMORIM, D. C.; COMERLATT, D. Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.10, n.3, p.51-67, set, 2016.

KNECHTEL, M. R. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. **Curitiba: Intersaberes**, 2014.

L^oABBATE, S. A trajetória da Saúde Coletiva no Brasil: análise das suas dimensões políticas e educativas em articulação com a Análise Institucional. **Mnemosine**, v.14, n.2, p.236-262, 2018.

LAVOR, T. B. S. L.; MARQUES, J. S.; LIMA, L. S.; PRUDÊNCIO, F. A. A percepção de profissionais de saúde sobre o controle social no município de Teresina/PI. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research– BJSCR**, v.19, n.1, p.81-86, jun-ago 2017.

OLIVEIRA, A. B. M.; BOAVENTURA, C. F.; RODRIGUES, E. M.; ALMEIDA, M. C.; SANTOS, J. R. O.; GADÉA, S. F. M.; PORTO, E. C. L. Controle social e gestão da saúde. **Estação Científica**, Juiz de Fora, n.18, jul-dez 2017.

OLIVEIRA, D. M.; DEUS, N. C. P.; CAÇADOR, B. S.; SILVA, E. A.; GARCIA, P. P. C.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Saberes e práticas de enfermeiros sobre a participação social na saúde. **RevBrasEnferm** [Internet], v.69, n.3, p.421-7, mai-jun 2016.

OTTOBELLI, C.; CARGNIN, M. C. S.; CAEZAR-VAZ, M. R. Controle social na saúde do trabalhador: uma abordagem socioambiental. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, Supl. 2, p.887-93, fev 2016.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v.18, n.1, p.77-82, jan-mar 2016.

PONTE, H. M. S.; SILVA, A. V. J. G.; PINTO, F. R. M.; AGUIAR, F. A. R.; AVIZ, A. L. M.; AIRES, S. F.; MORAIS, C. H. N.; GOMES, F. M. A. Ser enfermeiro, ser conselheiro: despertando para o controle social e saúde pública. **RevBrasEnferm** [Internet], v.72, n.1, p.142-7, 2019.

SANTIAGO, D.S.L.; BERNARDINO, C. N.; ALMEIDA, N. R.; MORAIS, P. C. S.; SILVA, M. F. S. Controle social como prática de cuidado em saúde: experiência de implementação de conselhos de saúde no seridó-potiguar. **RSC online**, v.6, n.1, p.64-76, 2017.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **RevEnferm UFSM**, v. 6, n.3, p.350-359, jul-set 2016.

SILVA, A. X. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. **Seguridade social e saúde: tendências e desafios [online]**, Campina Grande: EDUEPB, 2 ed, p.117-146, 2011.

SILVA, C. A. L.; CARVALHO, R. V. S.; ÂNJOS, Â. M. C.; OLIVEIRA, M. M.; FORTALEZA, L. M. M.; LIMA, A. C. G. Territorialização como instrumento de planejamento de ações de saúde de residentes da atenção básica. **Revista interdisciplinar**, v. 12, n. 2, p.115-120, 2019.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, out-dez 2016.

SILVA, L. G. O controle social como instrumento de defesa da democracia. **Revista Jurídica**, Curitiba, v. 4, n.49, p.207-230, 2017.

SILVA, M. N. P.; VAL, A. M. S.; ABDALLA, C. M.; ALENCAR, G. C. A.; CARVALHO, L. R. B.; COELHO, L. S.; SILVA, L. M. M. O. E.; CARVALHO, M. M.; MELO, T. M. T. C. Formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Archives of Health**, Curitiba, v. 1, n. 5, p. 178-182, set-out 2020.

SILVA, N. C.; OLIVEIRA, H. D. Reflexões sobre a equidade e sua aplicabilidade ao processo de trabalho em enfermagem. **RevBrasEnferm**, v. 73, n.3, 2020.

SILVA, R. M. P.; GONÇALVES, A. O.; SANTOS, A. C.; PIRKIEL, E. C. Controle social: a atuação dos conselhos municipais na região nordeste. **Gestão & Regionalidade**, v.34, n.101, maio-ago 2018.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M.; BITTAR, C. M. L.; PETERSEN, C. B.; ANDRADE, M. A. promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, p.1799-1808, 2016.