

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

**Camila Gomes Nazario**

**CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÃO E  
PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE E NA GESTÃO DE UM  
SISTEMA PÚBLICO/MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Santa Maria, RS  
2021**

**Camila Gomes Nazario**

**CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÃO E PARTICIPAÇÃO  
DOS USUÁRIOS SOBRE E NA GESTÃO DE UM SISTEMA PÚBLICO/MUNICIPAL  
DE SAÚDE**

**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**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elenir Fedosse  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Carvalho de Miranda**

**Santa Maria, RS  
2021**

**Camila Gomes Nazario**

**CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÃO E PARTICIPAÇÃO  
DOS USUÁRIOS SOBRE E NA GESTÃO DE UM SISTEMA PÚBLICO/MUNICIPAL  
DE SAÚDE**

**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**

---

**Elenir Fedosse, Dr<sup>a</sup> (UFSM) – Orientadora**

---

**Marco Aurélio da Ros (UNIVALI) - Avaliador Titular**

---

**Helenice Yemi Nakamura (UNICAMP) - Avaliador Titular**

**Santa Maria, RS**

## RESUMO

### **CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE E NA GESTÃO DE UM SISTEMA PÚBLICO/MUNICIPAL DE SAÚDE**

AUTORA: Camila Gomes Nazario

ORIENTADORA: Elenir Fedosse

Este estudo teve como objetivo analisar as concepções de usuários da Atenção Básica sobre saúde e controle social, bem como o potencial de e/ou o envolvimento destes nas instâncias de participação popular - espaços de negociações, produzidos no diálogo/na linguagem, condição humana que potencializa a interação social e a produção de vida saudável. Buscou-se compreender como se colocam enquanto cidadãos frente às questões da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que envolveu 18 usuários adscritos em duas unidades com equipes de Estratégias de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul, as únicas que possuem Conselhos Locais de Saúde. Os critérios de inclusão foram: usuários das Estratégias de Saúde da Família, maiores de 18 anos, que estavam na sala de espera desses serviços nos dias de coleta. Os dados, resultantes da Análise de Conteúdo, encontram-se organizados em quatro categorias: Concepção de Saúde; Conhecimento e Percepção do Funcionamento do Setor Saúde; Identificação das Mudanças Necessárias e Possibilidades de Contribuição; Concepção sobre Controle Social e Interesse na Participação Popular. O conceito de saúde predominante ainda se assenta sobre aspectos orgânico-fisiológicos; não houve entendimento da saúde como um direito fundamental e universal. A maioria não conhecia, com propriedade, o sistema de saúde municipal e, inclusive, o serviço que utilizava (apenas uma usuária - participante do Conselho Local de Saúde - soube caracterizá-los adequadamente). As mudanças indicadas ficaram no nível da responsabilidade individual, ou seja, sobre a situação particular de saúde dos participantes; muitos usuários não se identificaram como agentes de transformação. Há que se investir na (in)formação dos usuários e, sobretudo, na comunicação/no diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários para ampliação do conceito de saúde e efetivação do controle social.

**Palavras-Chave:** Controle Social. Atenção Básica. Condições de Vida. Comunicação em Saúde.

## **ABSTRACT**

### **SOCIAL CONTROL IN PRIMARY HEALTH CARE: CONCEPTION AND USER PARTICIPATION ON AND IN THE MANAGEMENT OF A PUBLIC/MUNICIPAL HEALTH SYSTEM**

This study aimed to analyze the users' conceptions of Primary Health Care (PHC) about health and social control, as well as the potential of them and/or their involvement in instances of popular participation /spaces for negotiations, produced in dialogue in language, a human condition that enhances social interaction and the production of healthy life. We sought to understand how they stand as citizens in the face of health issues. It is a qualitative research that involved 18 users registered in two units with Family Health Strategies teams in a city in the interior of Rio Grande do Sul, the only ones that have Local Health Councils. The inclusion criteria were: users Family Health Strategies, over 18 years old, who were in the waiting room for these services on the collection days. The data, resulting from the Content Analysis, are organized into four categories: Health Conception; Knowledge and Perception of the Health Sector Functioning; Identification of Necessary Changes and Possibilities for Contribution; Conception on Social Control and Interest in Popular Participation. The predominant concept of health is still based on organic-physiological aspects; there was no understanding of health as a fundamental and universal right. Most did not know, properly, the municipal health system and even the service they used (only one user - a member of the Local Health Council - was able to characterize them properly). The changes indicated were at the level of individual responsibility, that is, regarding the particular health situation of the participants; many users have not identified themselves as agents of transformation. It is necessary to invest in the (in) training of users and, above all, in communication / dialogue between managers, workers and users in order to expand the concept of health and implement social control.

**Keywords:** Social Control. Basic Attention. Life conditions. Health Communication.

## **Introdução**

O Brasil é um Estado democrático de Direito e de Bem Estar Social; isso significa dizer que o Estado brasileiro reconhece todos os cidadãos e cidadãs como iguais e merecedores de vida plena e que, quando cidadãos e cidadãs não dispõem de condições dignas para viver, o Estado deve promovê-las e/ou complementá-las. Neste sentido, a saúde é um direito garantido por meio de políticas públicas que visam o acesso universal e igualitário da população brasileira (BRASIL, 1988) por meio de um sistema nacional – o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990).

O SUS está organizado enquanto uma rede de ações e serviços de saúde; foi regulamentado a partir das suas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, configurando-se como a primeira política pública brasileira a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios (BRASIL, 1990; BRASIL, 1986; CONASS, 2003). Desta forma, tem-se legalmente definido o alinhamento do Estado com a sociedade na organização da vida e saúde neste país, legitimando-se o exercício da cidadania e da democracia.

Conforme Oliveira et al (2017), a participação popular possibilita a realização da cidadania; é por meio de coletivos organizados, com direitos e deveres reconhecidos, que se pode avançar na implementação das regras democráticas. Os direitos orientam a proteção e proporcionam dignidade aos indivíduos; os deveres efetivam o compromisso comunitário de responsabilização e cooperação. Assim, a participação popular é um exercício que permite a promoção e a destituição de centros de poder, contribuindo para a instalação e o fortalecimento da democracia, que somente sobrevive na organização e empenho coletivos (OLIVEIRA, 2017).

Particularmente, a Lei 8.142/90 configura-se como o marco legal da participação da comunidade no setor saúde; por meio dela foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e da federação, caracterizados como espaços vitais para o exercício do controle social no SUS (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006). Note-se que a participação popular e o controle social em saúde destacam-se como elementos de grande relevância ética e política, pois se constituem na garantia de que a população participa(rá) do processo de formulação e do controle das políticas públicas de saúde.

Porém, ainda que se tenha a prerrogativa legal, interrogou-se: quem são os cidadãos que se colocam como participantes do controle social? O que os mobiliza e de que forma se

mobilizam para tal? Participar do controle social implicaria, necessariamente, senso do bem comum? A habilidade comunicacional seria uma exigência?

De acordo com Maturana (2009), os humanos se constituem nas relações; relacionam-se por meio da linguagem e à medida que as interações vão acontecendo, vão se modificando os modos de ser e de estar das pessoas, criando-se espaços físicos e sociais, mais ou menos propícios para o viver. Tais asserções remetem a Franchi (2002) que explica a flexibilidade do Homem dada pela linguagem, atividade constitutiva, eminentemente humana, que ao mesmo tempo a constitui, constitui o sujeito e suas interações sociais.

Segundo Maturana, a constituição individual relaciona-se com a constituição coletiva, e, conseqüentemente, com a constituição de uma nação/de um país. Assim, está implicado o desejo de convivência, ou seja, a aceitação mútua. Portanto, a democracia se faz em espaços políticos de cooperação, com a reflexão e a aceitação do outro e, principalmente, na aceitação das diferentes ideologias políticas (MATURANA, 2009).

O entendimento dos ditos acima, coloca a Atenção Básica (AB), especialmente as unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), mais que a principal porta de entrada para o SUS, mas como local muito propício para o desenvolvimento do controle social e da participação popular, pois a capilaridade dos serviços e, conseqüentemente, a proximidade dos profissionais com a comunidade possibilitam maior visibilidade do funcionamento e das necessidades do sistema de saúde à medida que estão bem expostas as condições e as necessidades de saúde dos usuários. Além disso, considerando-se que o planejamento e a organização da Saúde Pública necessitam ocorrer de forma ascendente, é de grande importância que profissionais e usuários da AB estejam engajados no processo de construção/debates para as melhorias do Sistema (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Humanização (2004), uma política de saúde transversal, também reforça os aspectos da informação, comunicação e, mais do que isso, preconiza, assim como a Constituição Federativa do Brasil, que todos sejam reconhecidos como iguais, tratados de forma horizontal, respeitados como sujeitos e protagonistas de sua própria história (BRASIL, 2004). Nesta perspectiva, impõem-se aos profissionais da saúde (especialmente aos fonoaudiólogos que adotam a noção franchiana de linguagem) o dever de se colocarem como agentes de transformação social, esta possível de ser praticada na AB, local potente de grande vinculação entre a comunidade e os profissionais da saúde. Acredita-se, assim, que é possível, nos territórios da AB, favorecer a autonomia e a emancipação das pessoas, impelindo-as à condição de participantes do controle social, garantindo (in)formação em e sobre saúde e podendo agir sobre seus determinantes e condicionantes.

Considerando as perspectivas acima, este estudo teve como objetivo analisar as concepções dos usuários da AB sobre saúde e controle social, bem como o potencial de e/ou o envolvimento destes nas instâncias de participação popular.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, que faz parte da pesquisa intitulada “Controle Social na Atenção Básica: um Estudo da Participação de Diferentes Atores na Gestão do Sistema Público de Saúde”, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o parecer de número 34527020.7.0000.5346.

Este estudo foi realizado em Santa Maria, município de médio porte (área territorial de 1.780,194 km<sup>2</sup>), com população estimada de 283.677 pessoas (IBGE, 2020). O sistema de saúde local é pleno em AB e conta atualmente com 25 ESF.

A amostra foi por conveniência (Gil, 1999), já que os participantes deste estudo foram usuários adscritos em duas EESF, escolhidas por serem as únicas que possuíam Conselhos Locais de Saúde (CLS), previstos pelo Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 3355, 1991). Os critérios de inclusão dos participantes foram: usuários das ESF, maiores de 18 anos, que estavam na sala de espera desses serviços nos dias de coleta. Os critérios de exclusão foram usuários que estavam na ESF apresentando situações agudas de saúde e visivelmente sem condições físico psíquicas de serem entrevistados. Visando-se a manutenção do anonimato e sigilo, os sujeitos foram identificados por número cardinal seguido da unidade de saúde, também, identificada cardinalmente, por exemplo, S1/ESF1. A coleta foi realizada de agosto a setembro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio Mp3, com duração de cinco a 10 minutos cada uma. O roteiro de questões aplicado foi composto pela caracterização do usuário, seus conceitos, percepções e conhecimentos a respeito de saúde, sua implicação com ela, com o serviço, bem como participação e percepção sobre controle social (ANEXO 1). Deste modo, buscou-se compreender se os usuários estão se colocando como participantes do controle social; se sim, de que forma.

As informações coletadas foram transcritas e tratadas por Análise de Conteúdo contando com três momentos: i) pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados; ii) inferenciação e iii) interpretação (BARDIN, 2011). Os dados estão organizados em quatro categorias analíticas: i) Concepção de Saúde; ii) Conhecimento e Percepção do funcionamento do Setor Saúde; iii) Mudanças Necessárias no sistema e Possibilidades Individuais de Contribuição; iv) Concepção sobre Controle Social e Interesse na Participação Popular.

## **Resultados e Discussão**

Foram entrevistados 18 usuários das duas unidades com ESF (nove de cada uma); 13/18 eram do sexo feminino e 5/18 do masculino, com idades entre 23 e 52 anos (média de idade = 37,5). Quanto à cor, 7/18 se referiram brancos, 6/18 pardos e 5/18 pretos. No que se refere à escolaridade obtiveram-se as seguintes categorias: ensino médio completo (8/18), sendo um deles com formação técnica; ensino médio incompleto (3/18); ensino fundamental completo (3/18); ensino fundamental incompleto (3/18); e ensino superior completo (1/18). Por fim, em relação a suas ocupações, 9/18 eram autônomos (uma enfermeira, um pintor de paredes, uma cuidadora de idosos, duas faxineiras e quatro do lar), 5/18 trabalhadores formais (fiscal de caixa, auxiliar de cozinha, atendente, estoquista e empregada doméstica) e 4/18 estavam desempregados.

Note-se que a maioria dos usuários entrevistados era do sexo feminino e se autodeclarou pardos e pretos. Conforme o estudo de Guibu et al (2017), a maioria dos usuários que acessam a AB eram do sexo feminino, pardos e pretos (58,3%). Tais dados foram corroborados pelos achados deste estudo.

Quanto aos tipos de ocupações desempenhadas pelos usuários, pode-se observar que metade dos entrevistados estavam empregados e, segundo portal de pesquisa de cargos e salários do Brasil, organizado de acordo com dados oficiais (Ministério do Trabalho, e Social e Empregador Web) divulgados pela Secretaria da Previdência e Trabalho do Ministério da Economia (salário.com.br), desempenhavam ocupações remuneradas com faixa salarial próxima a de um salário mínimo (cuidador de idosos, fiscal de caixa, auxiliar de cozinha, atendente, empregada doméstica). Também foi observada a tendência de renda instável e/ou ausente (muitos trabalhavam sem vínculo empregatício formal e outros estavam desempregados). Tais condições caracterizam uma população de baixa e/ou instável renda salarial – um dos fatores que explicam a busca por serviços da AB, sobretudo a coberta por unidades com ESF (BRASIL, 2011).

Caracterizada a população pesquisada, parte-se, agora, para a apresentação e discussão dos dados sobre concepção de saúde e de controle social, bem como potencialidade da participação popular. Seguem, portanto, as quatro categorias elaboradas a partir das respostas dos usuários presentes nas salas de espera das unidades de saúde pesquisadas neste estudo.

### **Categoria 1: Concepção de Saúde**

Constatam-se divergências quanto à concepção de saúde expressada pelos entrevistados; a partir disto, esta categoria foi subdividida em duas subcategorias ordenadas da maior ocorrência para a menor: concepção de saúde ampliada ainda incompleta e concepção tradicional.

A maioria dos usuários tem uma concepção ampliada incompleta de saúde, ou seja, consideram saúde como bem estar físico e psíquico; destacaram alimentação saudável, tranquilidade, atividade física, emprego/renda, assistência à saúde, prevenção de agravos. Mas, também, foram evidenciadas incorporação de alguns aspectos discutidos no movimento sanitário que tensionou mudanças de paradigmas quanto ao modelo de saúde, por exemplo, o reconhecimento de que saúde é direito fundamental relacionado a fatores ambientais dependentes de outros setores que não o da Saúde (dentre eles - Meio Ambiente e Infraestrutura), conforme pode ser visto nas falas a seguir:

*“Se eu fosse descrever ... É ... Em toda ênfase: é o equilíbrio entre os dois, entre o corpo e a mente, né? O físico e o psicológico. Para mim, saúde é isso!”*

(S4/ESF1)

*“Saúde é tu estar cem por cento bem, tanto mental, psicologicamente, fisicamente. Pra mim saúde é tudo, né?! Se tu não tem saúde, não consegue fazer nada na vida. Tendo uma alimentação saudável, uma vida tranquila, sem muito stress, né? Fazendo algum tipo de exercício... Que não é o meu caso..”*

(S4/ESF2)

*“Acho que é o básico, é o mínimo né, que toda população teria direito. O mínimo! Para poder, sei lá eu, pra trabalhar direito, pra poder cuidar dos seus. É o mínimo que o povo merece: é saúde. Acho que começa com saneamento, tem que ter um saneamento razoável. Quanta doença vem pelos lugares que não tem um saneamento básico, né? Pela água... Os hospitais também tem! Então, eu acho que tem que melhorar bastante, porque falta muito, muito mesmo ... Principalmente pelo Sistema Único de Saúde, né? Eu acho que ainda tem que melhorar bastante pro povo ter o mínimo de... [...] reconhecimento. Não, não é essa palavra... mas o mínimo de atendimento razoável, o respeito, pelo menos, né? Então, eu entendo assim ... pelo que eu entendo, tem que valorizar os médicos, os enfermeiros pra eles poderem ... e dar assistência para eles, remédios, todas as máquinas pra pode dar um bom atendimento para população.”*

(S3/ESF1)

Sabe-se que a Saúde, em seu sentido ampliado, é consequência das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde e, mais que isso, ela é dada pela determinação social, ou seja, a forma com que a sociedade organiza-se com a produção de seus bens. (BRASIL, 1986; DA ROS, KIELING, 2019).

Convém dizer que a concepção ampliada de saúde, registrada na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, possibilitou que a Saúde, no Brasil, fosse considerada como um direito fundamental assegurado na constituição cidadã de 1988 (BRASIL, 1988), embora não tenham sido incorporados importantes aspectos das discussões e proposições da referida Conferência de Saúde.

De certo modo, as falas dos entrevistados adotam a integralidade (associação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais) como condição de saúde, ultrapassando os limites de uma concepção biomédica, na qual saúde é ausência de doença. Esta forma de conceber Saúde respeita as pessoas e as coletividades em seus processos de vida (CUTOLO, 2018).

Diferentemente das falas acima destacadas e discutidas, alguns usuários, ainda consideram saúde como ausência de doença, evidenciando o modelo tradicional, voltado apenas para o acesso a consultas, exames e medicamentos.

*“Saúde é estar bem, se cuidar, ir ao médico. Isso é saúde, ter saúde.”*

(S5/ESF1)

*“Saúde é... tá complicado, né? Complicado mesmo, mas eu acredito que a gente indo no posto, podendo ser atendida, já nos ajuda bastante né? Na situação que tá, não tá fácil. Tem que ter o atendimento, se não a gente não vai nunca saber se tu tá bem ou não tá. Às vezes, a gente pensa: ah eu tô com isso, tô com aquilo, mas não sabe. [...] eu acho que a gente tendo saúde hoje em dia é o que importa pra nós, né? Mas eu ainda acho que a gente tem que procurar um médico.”*

(S7/ESF1)

*“Pra mim saúde é tá tudo bem, né? Com os exames em dia... Coisa assim, tá sempre procurando, né? Ver como é que está.”*

(S8/ESF1)

Note-se a afirmação do modelo biomédico cujo centro da atenção é o indivíduo doente. Neste modelo são priorizadas as ações de recuperação e reabilitação da doença, não contemplando ações de promoção e proteção à saúde. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento e o processo fisiopatológico que ganham espaço. Deslocam-se a saúde, sua promoção e proteção, do diagnóstico comunitário e das intervenções e determinações sociais do processo saúde/doença (CUTOLO, 2018).

## **Categoria 2: O conhecimento e percepção sobre o funcionamento do Setor Saúde**

Conforme o entendimento da maioria dos usuários, o serviço mais próximo - a unidade de ESF - funciona bem quando atende suas demandas individuais; no entanto, os usuários desconhecem a potência que as ESF têm enquanto serviços promotores de ações coletivas e de desenvolvimento humano e social. Desta forma, também não os reconhecem como espaços para construção compartilhada de saúde.

*“Funciona bem. Eu acho que funciona bem. Pra mim, a princípio funciona.”*

(S9/ESF1)

*“Aqui é bom, sempre eu fui bem atendido aqui. Sempre quando eu chego no acolhimento me passam pro médico se é urgente. O atendimento aqui é bom.”*

(S1/ESF1)

*“É aqui eu sempre fui muito bem atendida, todas as vezes fui muito bem atendida. Eu não tenho do que reclamar... né? Sempre fui... é, eu acho que funciona muito bem. [...] A enfermeira daqui é muito boa também, faz muito tempo que ela está aqui.”*

*Então, se ela está aqui há bastante tempo é porque deu certo. Então, a população, eu creio, que não tenha do que reclamar do que está sendo feito aqui.”*

(S3/ESF1)

*“Aqui é bom. Eu não tenho o que reclamar, pelo menos todas as vezes que eu precisei vir, sempre fui atendida, bem atendida, o que eu precisei fazer também, seja exame...”*

(S3/ESF2)

As falas acima revelaram o não conhecimento dos usuários sobre a lógica de funcionamento do serviço de seu território. Concorda-se com as considerações de Arruda e Bosi (2016, p. 326) - “é preocupante que, a esta altura, persistam, no sistema de saúde brasileiro, lacunas no que se refere à divulgação de programas, políticas e serviços que os constituem”.

Também, estas falas demonstram a satisfação dos usuários com o serviço de saúde pelo fato de receberem atendimento oportuno quando o procuram, fato também constatado no estudo de Arruda e Bosi, recém-referido. Por outro lado, uma das usuárias, participante do Conselho Local de Saúde (CLS), demonstrou compreensão mais apropriada sobre o funcionamento do serviço de saúde disponível em seu território.

*“Então, inclusive a ESF é uma estratégia, é uma prevenção. Não tem que tratar depois que está doente. Tem que fazer uma estratégia para prevenir. As estratégias servem pra isso. Mas, na realidade não é assim que funciona... A estratégia só trata depois que está doente. A estratégia é tu marcar, tu cuidar da saúde... é tu usar os agentes de saúde, né, pra investigar pra trazer o que precisa ser tratado primeiro. Usar quem trabalha para estratégia...”*

(S7/ESF2)

Vê-se, na fala de S7, a compreensão de que o SUS organiza-se em rede (de forma regionalizada e hierarquizada em diferentes níveis de complexidade), tendo como principal porta de entrada a AB, (constituída por ESF ou Unidades Básicas tradicionais [(UBS) (BRASIL, 2010), que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde (ainda pouco conhecida pela população no geral), a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos.

Outro aspecto, ainda pouco explorado (inclusive pela conselheira local de saúde), claramente evidenciado neste estudo, é o de que a AB tem como princípios, diretrizes e responsabilidade o estímulo da participação dos usuários como forma de promover autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde das pessoas e das coletividades do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, centrando a lógica dos serviços de saúde no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2011). A percepção crítica sobre o funcionamento do sistema pode levar um usuário a se posicionar com propriedade, inclusive, a procurar participar dos espaços colegiados e, assim, colaborar com proposições e

deliberações. Em outras palavras, conhecer a lógica do sistema pode levar um usuário à participação popular, sendo os CLS espaços propícios para esse exercício.

### **Categoria 3: Mudanças necessárias no sistema e possibilidades individuais de contribuição:**

Mesmo se mostrando satisfeitos com o funcionamento do serviço de saúde que frequentam, conforme discutido na categoria anterior, quando questionados sobre a necessidade ou não de mudanças no serviço ou na rede de serviços de saúde, os usuários levantaram demandas importantes, conforme o que segue:

*“Sim, várias mudanças. Tanto [...] na infraestrutura... Muitos lugares, como aqui mesmo, né? Não tem um posto próprio, um local próprio, tem que ficar indo vários lugares, né? Isso daí também prejudica bastante quem trabalha, e [...] a população.”*  
(S4/ESF1)

*“As especialidades, né? É muito defasada aqui. Não tem as especialidades que a gente precisa, a gente necessita, né? Como dentista, essas outras coisas que eram pra ter dentro de uma unidade, [...] de atendimento tem o básico... Às vezes, nem o básico tem, em outros lugares, que é o médico. Às vezes, falta o médico, falta o enfermeiro, né.”*  
(S4/ESF1)

*“Ah tem que melhorar a saúde, né? Fazer mais posto, mais médico.”*  
(S5/ESF1)

*“Eu acredito que poderia haver uma mudança na demora. Poderiam agilizar, eu sei que a demanda é muito grande, mas a questão do tempo que, muitas vezes, ficam aguardando uma cirurgia ou pra ser chamada para um exame.”*  
(S4/ESF2)

*“[...] não por ser má atendimento, mas eu digo em questão de ser mais rápido, mais ágil, entendeu? Atender as pessoas mais, precisa assim, né? E ter aquela concepção, - bah eu vou lá e vou ser atendido lá. Vou ser bem recebido, eu acho que na questão disso aí, eu acho. [...] Questão de atendimento, de agilidade, porque, às vezes, muita gente precisa e, às vezes, ficam assim embromando, tipo- ah vem na outra semana; - não tem mais ficha; - não tem mais horário.”*  
(S8/ESF2)

Note-se claro reconhecimento de problemas quanto à infraestrutura e de acesso aos especialistas (demora para ser atendido por médicos e não médicos), assim como no estudo de Mendes e Bittar (2014).

Outra demanda importante trazida pelos usuários foi a necessidade de acesso à informação sobre os serviços e o sistema de saúde como um todo:

*“Eu acho que a falta de informação para a população. É eu acho que isso aí faz com que a população meio que, ‘perca as esperanças’, porque eu acho que deveria ter mais informação, para facilitar pelo menos pra pessoa entender o que está sendo feito, o que está sendo apresentado, o que está sendo oferecido.”*  
(S3/ESF1)

*“Esse é o papel, o dever deles, [...] é pesquisar... é passar uma informação correta pro resto da população que não tem, né? Esse meio de fazer essas pesquisas.”*  
(S4/ESF1)

*“Às vezes, eles dão as oportunidades e o povo não vai atrás. E aí ... quando vão ... é sem informação. Acho que um pouco mais de informação seria bom.”*

(S6/ESF1)

*“Eu acho que tendo informação. Porque, às vezes, as pessoas não têm informação, não têm saúde, né?”*

(S9/ESF1)

Tais dados contrariam os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), prevista há mais de 15 anos, que recomenda, entre outras ações, a utilização da informação e da comunicação na construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004). De acordo com D’Avila e Saliba (2017), o acesso ao conhecimento e à informação permite que o cidadão busque e exija seus direitos enquanto usuário do sistema público de saúde, exercendo de forma plena a sua autonomia e desenvolvendo a participação social.

Sabe-se que as pessoas se tornam participantes dos processos político-sociais na medida em que vão tendo acesso às informações; a qualidade e o aproveitamento das informações podem colocar as pessoas como produtoras de saber (CHAUÍ, 1993). Portanto, os Conselhos de Saúde, colocam-se como espaços para exercício de cidadania, e a informação adquire importante caráter estratégico e político; é de forma democrática e participativa que se superam barreiras historicamente existentes no setor Saúde (SILVA, CRUZ, MELO 2007).

Apesar de terem a compreensão das mudanças necessárias, os usuários demonstraram não conhecer o CLS como espaço possível para levarem suas ideias e, quando perguntados de que forma poderiam contribuir para efetivação das mudanças, trouxeram para si a responsabilidade de cuidarem de sua saúde, ou seja, responderam de modo particularizado:

*“[...] eu acho que sim, de uma certa forma, né? Porque, a gente tá sempre perguntando ... Sim, se informando, eu acho que já é uma contribuição [...] Procurar atendimento, né? Não são os médicos que vão aos doentes, tem que ser os doentes que tem que procurar, né?!”*

(S1/ESF2)

*“Pois é... cada um tem que cuidar de si, né? Eu cuido, sei o que é bom pra mim. Então, vou fazer o que é bom pra mim, tipo em termos de saúde, em termos de tudo, né? Acho que é isso aí: o papel de cada um cuidar de si.”*

(S9/ESF2)

*“Acho que cada um cuida da sua saúde. Fazer as coisas assim pra ter uma saúde melhor, né? Tomar os medicamentos certinho, se tiver que tomar alguns.”*

(S8/ESF1)

Conforme exposto na Categoria 1, acredita-se que, pelo fato de a maioria dos usuários não ter desenvolvido uma concepção mais ampliada e completa de saúde, especialmente, não

visualizar a saúde como um direito, os usuários acabam voltando-se para suas necessidades de saúde em particular e consideram que a contribuição ao sistema é não estarem ou ficarem doente. Ressalta-se a fala de S1/ESF2, a qual reafirma a discussão sobre o processo saúde/doença: cada um cuida de si e os profissionais da saúde são seres sublimes, que apenas recebem a demanda dos usuários. Porém, na perspectiva das políticas públicas existentes, especialmente da PNH, tem-se a previsão da corresponsabilização - gestão, profissionais assistenciais e usuários (BRASIL, 2004), de tal sorte que, no cotidiano dos serviços e da gestão, bem como dos que recebem cuidados em saúde ocorram buscas ativas, de mão dupla, permeadas por discussões sobre os determinantes e condicionantes para que se possa avançar na produção da saúde.

#### **Categoria 4: Concepção sobre controle social e interesse na participação popular:**

Todos os entrevistados responderam que não tinham conhecimento sobre Controle Social em Saúde. Inclusive, a maioria respondeu não ter conhecimento sobre o CLS existente em seu território; apenas quatro usuários já tinham ouvido falar dos CLS, associando-os às "reuniões" mensais que as unidades de ESF realizavam na e com a comunidade, conforme as falas que seguem:

*“Sim, sobre as reuniões do Conselho grande, né? A gente fala que é o encontro... Então, é uma reunião que todos da comunidade podem participar... leigos... dar sua opinião: o que falta na infraestrutura, na saúde, na educação, para uma junta levar lá pra cima, né? É discutido, é colocado no papel, assinado uma pauta, tudo direitinho. Isso é muito importante porque é a participação da população, é a voz da população dentro da comunidade.”*

(S4/ESF1)

*“Tem, eu vi pelo aplicativo do posto, pelo site do posto que tem aqui. Até não estava tendo as reuniões, né? Mas agora parece que voltou a ter as reuniões. Eu nunca participei, mas eu sei que tem.”*

(S1/ESF2)

Quando os usuários foram perguntados se tinham interesse em participar do CLS, esperando-se que, a partir do momento que tivessem conhecimento da existência, passariam a considerar sua participação, obtiveram-se, da maioria dos usuários, respostas de que não se disponibilizariam para tal compromisso. A justificativa para as respostas foram suas prioridades pessoais como: trabalho, família, afazeres domésticos, entre outros.

*“Sim, se eu tivesse tempo, sim. Se eu tivesse tempo, eu gostaria sim. [...] Pra saber o que tá acontecendo. Opinar é bom.”*

(S1/ESF1)

*“Poderia se tivesse no meu tempo disponível, poderia participar sim.”*

(S2/ESF1)

*“É que pra mim fica ruim por causa dela [filha], né? Ainda mais no meio de uma Pandemia. Então, pra mim tá indo ... eu não tenho com quem deixar ela.”*

(S3/ESF1)

*“Não, agora no momento, não tenho interesse devido ao meu serviço, né? Mas é importante, para melhorar o posto pra nós. Por que a ESF daqui é o posto pra nós. Porque nós, pra consultar em outro lugar, não dá. É longe e muita gente também.”*

(S6/ESF2)

Alguns usuários referiram que já participaram das reuniões e demonstraram maior interesse em se envolver com os espaços de controle social em saúde, de acordo com as falas a seguir:

*“Sim, eu acho que todo mundo deveria participar, né? [...]É um dever também; é uma coisa cidadã, de cidadania, porque não é só pra ti, é pra todo mundo, é pra tua família, é pros teus amigos. É uma melhora geral.”*

(S4/ESF1)

*“Acho interessante, é importante. Muito importante, até pra ter conhecimento ... a comunidade e os órgãos de saúde.”*

(S5/ESF2)

*“Isso aí, eu acho que é bom pra gente ficar bem informada ... tem muitas mudanças também, né? Mudam muitas coisas no posto, muitas regras... até para agendar uma consulta ... quando tu vê, tu chega ali e não sabe de nada. Então, tu tem que participar. A gente vai ali dar nossa opinião, né? O que tu acha que tem que melhorar, o que que falta. Acho que precisa disso! A gente precisa fazer a nossa parte, pelo menos tá ali presente, comparecer, e dar as nossas ideias, né? Pra melhorar sempre.”*

(S7/ESF1)

*“Sim, eu acho interessante, né? Pra gente poder melhorar mais as coisas. Eu acho bem interessante sim essa participação de nós pacientes tá se envolvendo nisso junto.”*

(S8/ESF1)

*“Eu acho que tudo melhora conversando um com outro; acho que tudo pode melhorar. Não precisa só o Agente, os médicos... Tudo melhora com a comunidade. Tudo que tá errado, que tá certo... tu conversando tudo vai melhorar.”*

(S2/ESF1)

Na fala do S4/ESF1, verifica-se a concepção da coletividade, do bem comum e do exercício da cidadania, bem como a compreensão de que todos devem ocupar este lugar de participante do controle social. Nas falas do S5/ESF2 e S7/ESF1 é reafirmada a necessidade do acesso ao conhecimento e à informação em saúde, legitimando o CLS como espaço principal para esse processo. Neste sentido, Dallari (2005) explica que a percepção de que saúde pode ser alcançada por meio da participação popular, aproxima-se do direito e da ideia de justiça. Além disso, a participação popular pode gerar políticas que considerem riscos, benefícios e interesses clínicos, bem como parâmetros econômicos, sociais e políticos de sua delimitação (D’AVILA, SALIBA, 2017).

Já na fala do S2/ESF1, destaca-se o papel primordial das interações, dadas pela linguagem, enquanto produtoras de transformações e mudanças coletivas. Ao afirmar que “conversando tudo pode melhorar”, a usuária deixou implícito a capacidade que o ser humano tem de modificar-se e modificar o contexto pelo diálogo (SANTANA, 2001; ARENDT, 1993). É na interação que há a produção de linguagem e, conseqüentemente, dos sujeitos que se constituem e por ela. A práxis política é intrínseca às práticas discursivas que se efetivam nos contextos sociais, os quais, por sua vez, determinam a atuação de cada sujeito (MATURANA 2009, FRANCHI, 2002, SANTANA, 2001).

Destaca-se, aqui, a concepção de que a linguagem é atividade constitutiva dela própria, dos sujeitos e das interações sociais (FRANCHI, 2002; FEDOSSE, 2010) e, neste sentido, a sua potencialidade de produzir Capital Social - tal como afirmado na Declaração de Jacarta (1997, p. 5) “aprender sobre saúde fomenta a participação. O acesso à instrução e à informação é essencial para conseguir a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades”. E, dessa forma, afastar-se do explicitado na fala de S2/ESF2 - *“Não! O que que a gente vai fazer [nos encontros dos CLS] se não entende, né!?”*

Tal fala explicita o não interesse no controle social devido ao desconhecimento, possivelmente, pela falta de oportunidade de aprendê-lo no território onde vive; isso reforça a importância da informação sobre o sistema e os serviços, necessidade apontada pelos participantes deste estudo e já discutida na Categoria 3.

Por fim, pode-se dizer que os dados desta Categoria 4, demonstraram que a concepção de controle social em saúde ainda não foi desenvolvida suficientemente pela maioria dos usuários entrevistados, da mesma forma que não se tem conhecimento e envolvimento nos CLS. Porém, aqueles que participavam do CLS afirmaram a importância da participação popular no desenvolvimento do controle social em saúde na AB e, ainda, ressaltaram a necessidade de mais pessoas se envolverem. Portanto, extrai-se das falas, apresentadas ao longo deste estudo, que uma das formas de fortalecer a participação popular e aumentar o interesse das pessoas é investindo na informação e comunicação em saúde, potencializando espaços de mais interação e diálogo nos serviços de saúde e na comunidade.

### **Considerações finais**

Este estudo entrevistou 18 usuários, de duas ESF de um município gaúcho de médio porte, pesquisando a concepção de saúde e a percepção desses usuários sobre controle social e sobre o potencial de se desenvolverem enquanto sujeitos participantes da gestão do sistema público possível de acontecer, por exemplo, por meio dos chamados Conselhos Locais de Saúde.

Constatou-se que a concepção de saúde da maioria dos usuários ainda não é ampliada; ou seja, ainda não são reconhecidos os determinantes e condicionantes implicados na saúde;

também não há o entendimento da saúde como um direito fundamental e universal. Quanto aos serviços da Rede Municipal de Atenção à Saúde e respectivo funcionamento, constatou-se que, mesmo aqueles mais próximos, a maioria dos usuários demonstrou desconhecimento; apenas uma usuária - participante do CLS - revelou propriedade a respeito do funcionamento da ESF da qual pertence.

Os dados relativos ao conceito e interesse em participar de espaços de controle social revelaram-se diminutos e podem ser considerados consequência do entendimento incompleto sobre saúde e sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços da AB, sobretudo, das ESF. Os usuários reconhecem a necessidade de mudanças no sistema de saúde, porém não se identificaram como agentes de transformação. Ficou claro que os poucos usuários que estão inseridos nos CLS têm uma concepção de saúde mais completa que aqueles que apenas usam as unidades de saúde; os conselheiros conhecem os serviços da comunidade e se colocam enquanto cidadãos com direito e dever para com a saúde desenvolvida em seus territórios.

Pode-se dizer, então, que o interesse e o envolvimento popular no controle social, somente ocorrerão a partir de uma concepção ampliada de saúde; acredita-se que desta surgirão implicações (subjetivas e coletivas) na gestão do sistema. Neste sentido, apesar de este estudo ter envolvido poucos usuários, os dados revelaram que o fortalecimento do controle social na Atenção Básica passam pelo investimento na (in)formação, ou seja, na comunicação entre os envolvidos no sistema - gestores, trabalhadores e usuários - já que os seres humanos constituem-se nas relações viabilizadas pela linguagem/pelo diálogo. São as conversações cotidianas que podem modificar o nosso modo de ser e estar no mundo. Concordando com Maturana, pode-se afirmar que a constituição individual se relaciona com a coletiva que, por sua, constitui uma nação. É na comunicação, no uso vivo da linguagem e nos territórios singulares que se alcança saúde em seu pleno sentido.

## **Referências**

ARENDDT, H. *A condição humana*. Tradução Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

ARRUDA, C. A. M., & Bosi, M. L. M. (2016). **Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil**. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 321-332.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**, n. 8.080 e n. 8.142/90. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Relatório Final da 8a. Conferência Nacional de Saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União. Brasília. 21 de outubro. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília. 31 de dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**– Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Informação e Gestão da Atenção Básica. 2020. <https://egestorab.saude.gov.br> Acesso em agosto de 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília; 1988.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria (CMS)**. Instituído pela Lei Orgânica do município (Art.158), criado a partir da Lei municipal nº 3355, de 19 de setembro de 1991, alterada pela vigente Lei municipal nº 5.875 de 30 de maio de 2014, aprovado na Segunda Reunião Plenária Extraordinária ocorrida em 27 de setembro de 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, p.248, 2003.

CUTOLO, Luíz Roberto Agea; Antônio, G. D., Nilson, L. G., & Oliveira, I. A. **A concepção de saúde e a organização da atenção básica**, p.13. 2018.

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

DA ROS, M. A.; KIELING, M.G. O conceito de saúde e a determinação social do processo saúde-doença. In: Da Ros, M.A. (Ord.). **Como Pensa a Contra-hegemonia na Área da Saúde**. Volume I, 2019. Cap. 4, p. 39.

- DALLARI, Sueli Gandolfi. A participação popular e o direito à saúde no sistema nacional de saúde brasileiro. **Revista de direito sanitário**, v. 6, n. 1-3, p. 9-24, 2005.
- D'ÁVILA, L. S.; SALIBA, Graciane Rafisa. A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 3, p. 15-38, 2017.
- FEDOSSE, E. **Afasia e criatividade da e na linguagem implicações para o acompanhamento fonoaudiológico** Disponível em : <http://www.discursividade.cepad.net.br/EDICOES/07/Arquivos/04%20Elenir.pdf>, 2010.  
Acessado em: 16 de abr. de 2021.
- FRANCHI, Carlos. Linguagem-atividade constitutiva. **Revista do GEL**, p. 37-74, 2002.
- Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo Atlas, 1999.
- GUIBU, I. A.; Moraes, J. C. D., Guerra Junior, A. A., Costa, E. A., Acurcio, F. D. A., Costa, K. S., Álvares, J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 17s, 2017.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2020. Acessado em : <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/santa-maria.html>>
- JACARTA. World Health Organization. **Declaração de Jacarta**, 1997.
- MATURANA, H. R. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. **Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014.
- OLIVEIRA, V. C. da Silva; Keinert, T. M. M., Miranda, A. R. A., & Gonçalves, S. F. C. Participação social em saúde no Brasil: elementos para compreensão de sua dinâmica. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, p. 153-161, 2017.
- Salario.com.br - Salários das Profissões. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.salario.com.br/busca-salarial/>. Acesso em: 16 de abr. 2021.
- SANTANA, Ana Paula. A linguagem na clínica fonoaudiológica: implicações de uma abordagem discursiva. **Distúrbios da Comunicação**, v. 13, n. 1, 2001.
- SILVA, A. X. D., Cruz, E. A., Melo, V. (2007). A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 683-688.

## ANEXO 1 - ROTEIRO DE QUESTÕES

### I- Dados de identificação

**Iniciais do Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** ( ) F; ( ) M

**Raça** (autorreferida): ( ) branca; ( ) preta; ( ) amarela; ( ) parda; ( ) indígena

**Grau de instrução:** ( ) Analfabeto/menos de um grau de instrução; ( ) Ensino Fundamental Incompleto; ( ) Ensino Fundamental Completo; ( ) Ensino Médio Incompleto; ( ) Ensino Médio Completo; ( ) Ensino Técnico/ Profissionalizante; ( ) Ensino Superior Incompleto; ( ) Ensino Superior Completo(Graduação)

( ) Especialização/Residência \_\_\_\_\_; ( ) Mestrado \_\_\_\_\_

( ) Doutorado \_\_\_\_\_; ( ) Pós-Doutorado \_\_\_\_\_

**Ocupação:** \_\_\_\_\_

( ) Servidor público; ( ) Empregado/assalariado com carteira de trabalho; ( ) Autônomo; ( ) Estudante.

### II- Dados Específicos acerca do tema da pesquisa:

1. O que é saúde para você?
2. Como se alcança saúde?
3. Qual o papel individual de cada cidadão em relação à saúde?
4. Qual o papel do Estado (governo) em relação à saúde ?
5. Como funciona o serviço de saúde de sua comunidade?
6. Na sua opinião, é necessário alguma mudança nos serviços ou na rede de serviços de saúde, Sim ou Não. Se sim, qual(is);
7. Qual a sua necessidade enquanto usuário do serviço de saúde?
8. Você já ouviu falar em controle social? Se sim, o que sabe?
9. Você contribui para mudar o que considera necessário no serviço de saúde da sua comunidade. Se sim, de que forma?
10. Você já ouviu falar em Conselho Local de Saúde? Se sim, o que sabe?
11. Tem Conselho Local de Saúde na sua comunidade?
12. Teria interesse em participar do conselho local de saúde e por quê?