UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PRISCILA NORIÉ DE ARAUJO

**Participação e controle social nos Conselhos Locais de Saúde
sob a ótica de alguns conceitos da Análise Institucional**

RIBEIRÃO PRETO

2018

PRISCILA NORIÉ DE ARAUJO

**Participação e controle social nos Conselhos Locais de Saúde
sob a ótica de alguns conceitos da Análise Institucional**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Mestre em Ciências pelo
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde
Pública.

Linha de pesquisa: práticas, saberes e políticas de
saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cinira Magali Fortuna

RIBEIRÃO PRETO

2018

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

Araujo, Priscila Norié de

Participação e controle social nos Conselhos Locais de Saúde sob a ótica de alguns conceitos da Análise Institucional. Ribeirão Preto, 2018.

132 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cinira Magali Fortuna.

1. Participação social. 2. Controle Social. 3. Conselhos Locais de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Análise institucional.

ARAUJO, Priscila Norié de

Participação e controle social nos Conselhos Locais de Saúde sob a ótica de alguns conceitos da Análise Institucional

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Mestre em Ciências pelo
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde
Pública.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico esta obra a todas as pessoas que, em suas lutas diárias, trabalham por
um sistema de saúde gratuito, equânime e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, Carlos e Marina, que me proporcionaram a vida, o crescimento e o desenvolvimento; incentivando-me a caminhar longe do ninho.

Às minhas amadas irmãs, Pamy e Paloma, que, na irmandade, apoiaram-me e incentivaram-me neste caminhar, entendendo a distância necessária nesses anos.

À minha querida e pequena luz, Sarah, que me proporciona alegria com seu olhar cintilante e esperto.

A toda minha família, mas, em especial, aos meus avós maternos, Tatsunori e Takako, pela criação, pelo incentivo, pelos ensinamentos e por sempre compartilharem momentos ricos e singulares comigo. Aos meus avós paternos, Gentil e Ana, pelo exemplo de simplicidade, humildade e luta.

À Prof.^a Dr.^a Cinira Magali Fortuna, por ter, há 8 anos, proporcionado minha inquietação pelo pesquisar; pelas palavras amigas, pelos conselhos, por compreender as inconstâncias que perpassam nossas vidas e que tanto nos afetam. Ainda, por transmitir essa força de trabalhar por melhorias no SUS.

Ao meu querido companheiro Henrique, pelo apoio, pelo respeito, pela cumplicidade e pelo amor que tanto faz-me refletir sobre a vida. Aos seus pais, Márcia e Waldemar (Cuca), a à sua avó Wilman (Vilma) pelo acolher.

Aos queridos companheiros e amigos desta jornada, que não finda aqui, Sandra Viviana, Karen, Thalita, Fernanda, Isabela, Vanessa, Bragagnollo, Marcela, Luana, Maristel e Gláucia. Em especial, Fabiana, Poliana e José Renato, por dividirem as angústias, pelo café da tarde, por encorajarem-me e iluminarem as ideias. Serei eternamente grata por esta parceria.

Aos participantes da pesquisa e aos demais servidores, que propiciaram o encontro, rico e único. Por partilharem tempo e saberes. Dedico esta dissertação a vocês.

Ao grupo de pesquisa GEPAI, que proporcionou o estudo do referencial teórico metodológico da Análise Institucional; pelas ricas contribuições e ensinamentos para a vida junto aos demais pesquisadores da equipe PPSUS e InovaSUS, Prof.^a Dr.^a Adriana, Prof.^a Dr.^a Márcia, Prof. Flávio, Mônica, Gabriela, Rosinéia, Siliane, Karemme, Carlos e Thatiane.

À Universidade de São Paulo, pelo Programa de Apoio à Permanência Estudantil, e ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pois na ausência destes programas, sem dúvida, não teria realizado esta etapa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo, por meio do auxílio financeiro, que contribuiu com a realização desta obra. Muito obrigada.

“De sonhaço
O SUS é feito;
Com crença e luta
O SUS se faz.”

(Canção: Caravana SUS - Johnson Soares, Ray Lima)

RESUMO

ARAUJO, P. N. **Participação e controle social nos Conselhos Locais de Saúde sob a ótica de alguns conceitos da Análise Institucional**. 2018. 132f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo medidas governamentais que dificultam sua implementação como, por exemplo, seu desfinanciamento. Consideramos a participação e o controle social como uma força na luta pela melhoria e manutenção da saúde como direito de todos e dever do estado. Um dos espaços legitimados da participação e do controle social são os Conselhos Locais de Saúde (CLS), que visam atender as demandas e necessidades de saúde da população que reside na área de abrangência das unidades básicas de saúde. Para os trabalhadores de saúde, em especial o profissional enfermeiro, que tem ocupado espaços de gerência, é importante seu conhecimento sobre esta temática, para a defesa do SUS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva-exploratória, que utilizou alguns conceitos da análise institucional, linha sócio analítica, tais como: instituição, instituinte e processo de institucionalização. Teve por objetivo geral analisar os modos de funcionamento dos CLS em um município do estado de São Paulo sob a ótica do referencial teórico; e como objetivos específicos caracterizar os CLS em relação ao perfil dos participantes e duração das reuniões, bem como analisar se os achados em pesquisa realizada nas escolas francesas iluminam o modo de funcionamento dos CLS. Foram selecionados dois CLS, por meio dos critérios de inclusão e foram eles os dois mais antigos, com reuniões mensais e em vigor durante a produção dos dados. Para essa produção foram utilizadas a observação nas reuniões e atividades dos CLS, contato com as atas e entrevistas com questões semiestruturadas, afim de identificar os modos de funcionamento dos CLS. Foram entrevistados 28 participantes, dentre eles, 24 membros do CLS e 4 informantes-chave; as entrevistas foram gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas na íntegra. Foi utilizado registro de impressões, sentimentos e expectativas no diário de pesquisa. Os dados foram organizados pelas proposições de Paille e Mucchielli, seguindo as etapas inter-relacionadas: transcrição, transposição e reconstituição. O material foi analisado confrontando os objetivos e o referencial teórico. Os resultados foram apresentados em categorias e subcategorias, sendo elas: I- Os Conselhos Locais de Saúde: composição,

atividades realizadas e livros-ata; II - Relações no conselho, como subcategorias à relação do conselheiro com a função, a visão dos conselheiros e gerentes, representar e ser representado, e a relação entre gestores e conselheiros; e III - Controle Social explícito e implícito. Os CLS surgiram com um movimento instituinte e ao serem institucionalizados conjugam os modos instituídos de participação como a hierarquização e os jogos de interesse. Concluimos que os CLS funcionam na perspectiva mais de satisfazer os projetos individuais aos coletivos, há valorização de sua permanência para benefício da unidade de saúde, do gerente e para atender aos requisitos de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Foi observada a materialização das relações hierárquicas presente na sociedade brasileira e que reproduzem relações históricas servindo a interesses restritos. A pesquisa na França ilumina os achados nos CLS brasileiro com a questão da proximidade sociocultural entre os gerentes, trabalhadores e os conselheiros.

Palavras-chave: Participação Social. Controle Social. Conselhos Locais de Saúde. Sistema Único de Saúde. Socioanálise. Análise Institucional.

ABSTRACT

ARAÚJO, P. N. **Participation and social control in Local Health Councils from the perspective of some Institutional Analysis concepts.** 2018. 132f. Dissertation (Master in Science) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Some governmental measures, such as underfunding, have made it harder to implement the Unified Health System (UHS). However, social participation and control are powerful weapons in the fight for a better public healthcare and its maintenance as a right to every citizen and a duty of the State. The Local Health Councils (LHC) are one of the legal places for social participation and control that seeks to attend the demands and health needs of the population residing in the area of coverage of the basic health units. Health professionals, especially nurse practitioners, who occupy management positions, must have an understanding of these organizations in order to defend SUS. The present study is a qualitative and descriptive exploratory research that used some concepts of institutional analysis, socio-analytic line, and institutionalization process. The general purpose of this study was to analyze the modes of operation of the LHC in a city of the State of São Paulo under the perspective of the theoretical reference. The specific objectives was to characterize the LHC (concerning the profile of the participants and duration of the meetings) as well as to analyze if findings of researches carried out in French schools would help to understand the way that the LHC works. Two LHC were selected using the inclusion criteria: the oldest with monthly meetings during the production of the data. Data were collected by the observation of meetings and activities of the LHC, evaluation of documents and interviews with semi-structured questions, in order to identify the modes of operation of the LHC. 28 participants were interviewed, including 24 LHC members and 4 key informants. The interviews were recorded on digital media and later completely transcribed. Impressions, feelings and expectations were registered and used in the research diary. The data were organized by the propositions of Paille and Mucchielli, following the interrelated stages: transcription, transposition and reconstitution. The material was analyzed confronting the objectives and the theoretical reference. The results were presented in categories and subcategories, as follows: I- The Local Health Councils: composition, activities and documents; II - Relationships in the council, as subcategories the relationship of the advisor with the function, the vision of the advisors and managers, to represent and be represented, and the relationship between managers and advisors; and III - Explicit and implicit Social Control. The LHC emerged as an institutional movement and when they were institutionalized, they combine some modes of participation like hierarchy and games of interest. It was found that the CLS works more in the perspective of individual projects than collective projects. There is an interest of its permanence to benefit the health unit, the advisor and to meet the evaluation requirements of the National Program for Improving Access and Quality. It was also observed the materialization of

hierarchical relations present in Brazilian society that reproduce a historical relation of serving personal interests. The research made in French schools helps to understand the Brazilian LHC concerning sociocultural proximity between managers, workers and advisors.

Keywords: Social participation. Social Control. Local Health Councils. Unified Health System. Social analysis. Institutional analysis.

RESUMEN

ARAUJO, P.N. **Participación e control social en los Consejos locales de Salud sobre la óptica de algunos conceptos de Análisis Institucional**. 2018. 132f. Disertación (Maestría em Ciencias) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de San Pablo, Ribeirao Preto, 2018.

El Sistema Único de Salud (SUS) viene sufriendo medidas gubernamentales que dificultan su implementación como por ejemplo el recorte en su financiación. Consideramos la participación y el control social como una fuerza en la lucha por la mejora y el sostenimiento de la salud como derecho de todos y deber del Estado. Uno de los espacios legitimados de participación y control social son los Consejos Locales de Salud (CLS) que señalan en atender las demandas y necesidades de la salud de la población que reside en el área de cobertura de las unidades básicas de salud. Para los trabajadores de salud, en especial el profesional Enfermero, que viene ocupando espacios de gestión, es importante su conocimiento acerca de esta temática para la defensa del SUS. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva-exploratoria que utilizó algunos conceptos de análisis institucional, línea socio analítica, tales como institución, instituyente y proceso de institucionalización. Tuvo por objeto general analizar los modos de funcionamiento de los CLS en un municipio del Estado de San Pablo sobre la óptica de referencial teórico, y como objetivos específicos caracterizar los CLS en relación al perfil de los participantes y duración de las reuniones, igualmente analizar si los hallazgos en la investigación realizada en las escuelas francesas iluminan el modo de funcionamiento de los CLS. Fueron seleccionados dos CLS por medio de criterios de inclusión; los dos más antiguos con reuniones mensuales, en vigor durante la producción de los datos. Para esa producción se utilizaron las observaciones en la reuniones y actividades de los CLS, contacto con las actas, entrevistas con cuestiones semiestructuradas, a fin de identificar los modos de funcionamiento de los CLS. Fueron entrevistados 28 participantes, dentro de ellos 24 miembros del CLS y 4 informantes claves, las entrevistas fueron grabadas en medio digital, posteriormente transcritas en su totalidad. Se utilizó registro de impresiones, sentimientos y expectativas en el diario de campo. Los datos fueron organizados por las proposiciones de Paille y Mucchielli, siguiendo las etapas interrelacionadas: transcripción, transposición y reconstitución. El material fue analizado confrontando los objetivos y el referencial teórico. Los resultados fueron presentados en categorías y subcategorías, siendo ellas: I- Los Consejos Locales de Salud: composición, actividades realizadas y libros de actas; II – Relaciones en el consejo, como subcategorías, la relación del consejero con la función, la visión de los consejeros y gerentes, representar y ser representado, y la relación entre gestores y consejeros; III – Control Social explícito e implícito. Los CLS surgieron con un movimiento instituyente y al ser institucionalizados conjugan los modos instituidos de participación como la jerarquización y los juegos de interés. Se concluye que los CLS funcionan en la

perspectiva más de satisfacer proyectos individuales que colectivos, hay valorización de su permanencia para beneficio de la unidad de salud del gerente y para atender a los requisitos de evaluación del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad. Se observó la materialización de las relaciones jerárquicas presentes en la sociedad brasileira y reproducen relaciones históricas sirviendo a intereses restringidos. La investigación en Francia ilumina los hallazgos en los CLS brasileiros como una cuestión de proximidad socio cultural ente los gerentes y los consejeros.

Palabras claves: Participación social. Control Social. Consejos Locales de Salud. Sistema Único de Salud. Socioanálise, análisis institucional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Análise Institucional
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Associação de Moradores
APS	Atenção Primária à Saúde
APSP	Associação Paulista de Saúde Pública
BDEnf	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAMAR	Centro Acadêmico Marina de Andrade Rezende
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETREM	Central de Triagem e Encaminhamento ao Migrante/Itinerante e Morador de Rua
CidSaúde	Cidades Saudáveis
CLS	Conselho Local de Saúde
CLS 1	Conselho Local de Saúde número 1
CLS 2	Conselho Local de Saúde número 2
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCE	Diretório Central dos Estudantes Alexandre Vannucchi Leme
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DRS III	Departamento Regional de Saúde III
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IF	Informantes-Chave
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde

OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPSUS	Projeto de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
RAM	Representante da Associação dos Moradores
RS	Representante dos Servidores
RU	Representante dos Usuários
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TT1	Treinamento Técnico 1
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	18
2. INTRODUÇÃO	21
2.1 Participação social no Brasil: a saúde como um direito	22
2.2 O Controle social	25
2.3 A busca na literatura: Os Conselhos Locais de Saúde	28
2.4 A representatividade política na democracia	32
2.5 Pesquisa na França sobre participação de pais na escola e aproximações com o controle social na saúde	34
3. JUSTIFICATIVA	37
4. MARCO TEÓRICO	39
5. OBJETIVOS	42
5.1 Objetivo geral	42
5.2 Objetivos específicos	42
6.1 Contexto histórico durante o estudo	43
6.2 A seleção dos Conselhos Locais de Saúde	47
6.3 Caracterização dos locais do estudo	48
6.4 Participantes da Pesquisa	50
6.5 Instrumentos utilizados na produção dos dados	50
6.5.1 Observação	51
6.5.2 Diário de Pesquisa	53
6.5.3 Atas	53
6.5.4 Entrevistas	53
7. ASPECTOS ÉTICOS	55
8. ANÁLISE DOS DADOS	56
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
9.1 Os Conselhos Locais de Saúde: composição, atividades realizadas e livros atas	60
9.1.1 Composição	61
9.1.2 Os conselheiros: ausências e desligamentos	68
9.1.3 Atividades realizadas	72
9.1.4 Livros Ata	83
9.2 RELAÇÕES NO CONSELHO	84
9.2.1 A visão dos conselheiros e dos gerentes	91
9.2.2 Representar e ser representado	99

9.2.3 Relação entre os gerentes e os conselheiros	103
9.3 O CONTROLE SOCIAL IMPLÍCITO E EXPLÍCITO	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE	125
ANEXOS	131

APRESENTAÇÃO

O tema da pesquisa nasceu de minha inquietação, enquanto profissional de enfermagem e ao longo da formação pessoal e acadêmica, participou de alguns movimentos sociais. Desde o cursinho comunitário, que visa auxiliar jovens moradores da periferia de Guarulhos a ingressarem em cursos superiores gratuitos, e no engajamento político para a formação cidadã por meio da participação nos espaços de decisões políticas como, por exemplo, sessões da câmara dos vereadores e o orçamento participativo (OP).

Ao ingressar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), da Universidade de São Paulo (USP), para realizar o Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, considerei ser necessário, como parte da formação, a atuação em espaços sociais. Desta maneira, comecei a atuar no Centro Acadêmico Marina de Andrade Rezende (CAMAR) como secretária (2012); posteriormente, presidente (2013) e, por fim, conselheira (2015). Fui eleita representante discente da moradia estudantil (2012-2013) e representante discente da Congregação da EERP (2015). Participei de congressos estudantis da USP e nacionais, acompanhei encontros dos Centros Acadêmicos do *campus* universitário com o Diretório Central dos Estudantes (DCE).

Durante as disciplinas da graduação houve a aproximação com as questões da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), onde fora abordado sobre o Conselho Municipal de Saúde (CMS), sobre os representantes dos usuários e sobre os direitos e deveres desses e dos trabalhadores.

A aproximação com o referencial teórico metodológico da Análise Institucional (AI), na linha socioanalítica, iniciou-se como bolsista de Treinamento Técnico 1 (TT1) no Projeto de Pesquisa para o SUS (PPSUS) intitulado “Cogestão, apoio institucional e acolhimento na atenção básica: uma pesquisa-intervenção financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)”. Desta pesquisa, elaboramos uma revisão integrativa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), selecionando produções científicas que tratassem sobre a cogestão e o apoio institucional. Posteriormente, os desdobramentos do referido projeto, foram premiados pelo InovaSUS 2015, com o título “Produzindo ações de EPS (Educação Permanente em Saúde) e Apoio Institucional nos municípios do Departamento Regional de Saúde III (DRSIII) Araraquara, financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e

Ministério da Saúde (MS)” (carta acordo número SCON 2017-01505). Atualmente, também participo de pesquisa PPSUS com o tema “Apoio institucional e Educação Permanente em Saúde em uma região de saúde do interior de São Paulo: uma pesquisa intervenção” na linha socioclínica, processo FAPESP de número 2016/15199-5 com vigência de 01 de dezembro de 2016 a 30 de novembro de 2018. Todas as pesquisas citadas foram/estão sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Cinira Magali Fortuna.

Ao participar desses espaços de pesquisa, pude conhecer o professor Gilles Monceau, que esteve no Brasil como professor visitante e apresentou em uma de suas conferências aspectos sobre a participação de pais nas escolas da França. Isso me fez pensar em aproximações e distâncias entre a educação e a saúde e entre países com históricos tão diferentes em termos de lutas coletivas e participação social.

Assim, a presente investigação analisou dois Conselhos Locais de Saúde (CLS) em um Município do interior do estado de São Paulo, a partir da a ótica de alguns conceitos do referencial teórico da AI, dialogando e discutindo com uma pesquisa realizada na França, por Gilles Monceau (2009), sobre representantes de pais de escolares.

A partir das experiências vivenciadas na minha trajetória, indago sobre a força dos movimentos sociais, da participação social dentro do SUS, na inquietude de defender as constantes lutas a favor de suas melhorias, principalmente com relação à participação e o controle social dentro dos espaços conquistados, em um contexto em que o SUS enfrenta ataques como, por exemplo, a redução de investimentos.

A presente dissertação está organizada em partes, na qual descrevemos sucintamente: na introdução, abordamos brevemente sobre os aspectos teóricos e legais segundo a constituição brasileira, a noção de participação social e como ela foi reconhecida legalmente; apresentaremos alguns conceitos de controle social, seguido de revisão de literatura sobre estudos que tratem dos CLS. A seguir, tratamos da questão da representatividade política na atualidade e apresentamos a pesquisa na França realizada por Gilles Monceau, sobre participação de pais de escolares. Em seguida há a justificativa da pesquisa, o marco teórico, o objetivo geral e os objetivos específicos. Apresentamos no ‘Material e Métodos’ os modos como desenvolvemos a investigação. Os resultados e discussão estão dispostos em categorias e abordam os CLS e sua composição, as atividades realizadas e livros-ata; além de relações no conselho e o

controle social implícito e explícito; finalizamos o trabalho com a apresentação das considerações finais.

2. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil é um Estado Democrático e instaura como direitos fundamentais: a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e do pluralismo político (BRASIL, 1988).

Parágrafo único: todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988, p. 1).

Os representantes eleitos pelo povo, dentre eles: presidente, governadores, prefeitos, deputados e vereadores; em grande parte podem não representar socioeconomicamente a maioria da população brasileira que possui a renda per capita domiciliar de R\$ 1.268,00 (IBGE, 2018) corresponde a 1,32 salários mínimos.

Muitas vezes, há o risco de não representarem determinadas classes sociais e culturais por não vivenciarem aspectos importantes dessas populações. Por exemplo, há somente uma mulher negra legislando no Senado (MOREIRA, 2016), sendo a maioria da população brasileira composta por mulheres (51,5%), das quais, metade são negras (BRASIL, 2014).

O Brasil é um país com significativa desigualdade social e vulnerabilidades (FREITAS, 2004), deste modo, as necessidades de saúde são diferentes em cada contexto e, a participação e o controle social realizados nos pequenos espaços, podem identificá-las e atuarem em defesa de direitos.

Acreditamos que a presença de representantes dos usuários nos espaços legitimados, oportunize uma maior identificação com as necessidades dos demais usuários, principalmente em níveis locais como nos CLS, quando houver proximidade com a realidade da maioria e contribuir para o estabelecimento de prioridades em conjunto com os indicadores de saúde, bem como controlar e fiscalizar as ações de saúde em nível local. Deste modo, para que a participação popular caminhe no sentido da participação e do controle social, faz-se necessário que ela corresponda às necessidades dos cidadãos.

O SUS é responsável, diretamente, pela saúde de aproximadamente 209 milhões de brasileiros (IBGE, 2018); destes, 49,2 milhões possuem pelo menos um plano

privado de saúde (IBGE, 2010). A maioria dos indivíduos que utilizam os serviços de saúde do SUS como, por exemplo, consultas com profissionais da saúde e tratamento, não possuem planos privados ou públicos (no caso de servidores públicos) de saúde correspondendo a 80% dos atendimentos (DA SILVA et al, 2011). Há também muitos planos de saúde que não cobrem tratamentos e procedimentos de alto custo e doenças pré-existentes. Nestes casos, recorrem ao SUS (GARCIA, et al, 2015).

As ações do SUS abarcam uma gama de serviços de saúde, sendo uma delas a vigilância sanitária nos municípios, que fiscalizam, controlam e normatizam produtos e serviços de saúde como, por exemplo, todos os estabelecimentos de comércio alimentício (BRASIL, 1999). Desta maneira, a cobertura do SUS é ampla e todos os residentes do Brasil utilizam o SUS, embora nem sempre isso seja visível. A participação e controle social estão propostos desde a fundação do SUS.

A presente investigação aborda o modo de funcionamento nos CLS sob a ótica de alguns conceitos do referencial teórico metodológico da AI, linha socioanalítica. Busca, ainda, realizar um diálogo com uma pesquisa realizada na França, por Monceau (2009), analista institucional, sobre a eficácia dos mecanismos de representação, a qual será abordada em subitem desta introdução.

A seguir, elencamos alguns fatos históricos sobre a participação social e como ela foi legitimada no SUS.

2.1 Participação social no Brasil: a saúde como um direito

Bresson (2014) discutindo a participação, destaca que esse conceito é antigo, mas desperta interesse, pois está relacionado com formas de se pensar a democracia e o exercício de poder. Estuda diferentes modelos de participação atrelados a determinados períodos históricos de cada realidade, sendo eles: a ação pública, a ação coletiva e a mobilização.

A participação como ação pública, apresenta-se como uma injunção a colocar em ação os projetos decididos pelos poderes eleitos e potência política. A participação como ação coletiva, refere-se às lutas urbanas dos anos 60 e 70 e a emergência de movimentos sociais espontâneos e autônomos e, por fim, a participação como mobilização está fundada sobre a ideia de coprodução de projetos entre os que decidem, os

profissionais e as “pessoas desfavorecidas”, mas com uma impulsão dada pelos primeiros. (BRESSION, 2014 p. 1). (tradução livre)

Neste sentido, podemos fazer um paralelo com a história do Brasil, desde sua independência em 1822, é marcada pela participação social, ora como ação pública, ora como ação coletiva e de mobilização. Bresson (2014) exemplifica o Orçamento Participativo¹ em Porto Alegre e em alguns municípios - adesão voluntária - do Brasil é um exemplo de ação coletiva (BRESSION, 2014).

Ocorreram diversos movimentos desencadeados pela participação social, dentre eles, a Revolta da Vacina (1904), o Movimento Sanitarista (início em 1910), a Revolução de 1932, a Intentona Comunista (1935), a Redemocratização (1943), a Reforma Sanitária (1970) e as Diretas já (1984).

O movimento sanitário nasceu da necessidade de um novo modelo de saúde para a população brasileira, desencadeado por instituições acadêmicas, em especial pelos cursos das áreas da saúde, departamentos de medicina comunitária e social, secretarias da saúde e partidos políticos de esquerda; desta construção da medicina comunitária, constituiu-se a base política-ideológica da reforma sanitária brasileira (BRASIL, 2007). Este movimento é considerado um dos marcos na história do Brasil de mobilização social (COELHO, 2007).

O movimento conquistou espaços na discussão do processo constituinte realizando discussões e negociando demandas, destacando a importância da saúde ser considerada uma política econômica e social, como um direito de todos e dever do estado, a partir da criação de um sistema único de saúde descentralizado, com atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 2007).

A Constituição Federal, então, foi promulgada em 1988. Em relação à saúde, entre os artigos 196 e 200, da Ordem Social, foi estabelecido o SUS. No período de 1989 a 1990 foi elaborada a Lei nº 8080 em 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Entretanto, os artigos que tratavam sobre a participação social foram vetados no governo de Fernando Collor de Melo (BRASIL, 2007). Houve novas investidas por parte de mobilizações sociais e

¹ “Instrumento de complementação da democracia representativa, pois permite que o cidadão debata e defina os destinos de uma cidade. Nele, a população decide as prioridades de investimentos em obras e serviços a serem realizados a cada ano, com os recursos do orçamento da prefeitura. Além disso, ele estimula o exercício da cidadania, o compromisso da população com o bem público e a corresponsabilização entre governo e sociedade sobre a gestão da cidade” (BRASIL, 2015).

desta maneira a efetivação da representação social na gestão do SUS foi estabelecida pela Lei 8.142/90. Assim, houve reação da mobilização civil, e o primeiro artigo dessa lei trata da participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Os conselhos têm a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atuando na gestão do sistema, nas três esferas de poder (BRASIL, 1990).

A participação popular é um dos princípios organizacionais do SUS, prevista no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Este artigo estabeleceu a participação da sociedade na gestão do sistema de saúde. A sociedade, a partir da constituição, por meio dos conselhos de saúde, pôde participar do “planejamento das políticas de saúde, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde” (BRASIL, 2013, p. 38).

No âmbito da participação social, existem nos municípios os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e cada município pode promulgar uma lei regulamentando o funcionamento dos Conselhos/Comissões Locais de Saúde (CLS), que são vinculados ao CMS. Desta maneira, os CLS não estão previstos na lei 8.142 de 1990, mas esta estabelece que as conferências e os conselhos de saúde podem organizar-se por meio de regimentos próprios (BRASIL, 2013).

No município onde a pesquisa foi realizada, o regimento interno aprovado pela Lei Municipal nº 5972 de 23 de abril de 1991 organiza e estabelece as normas para o funcionamento dos CLS, têm por competências: a participação no planejamento, na organização e avaliação das ações e serviços de saúde, buscando adequar às necessidades da população da área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e encaminhar as necessidades de recursos em saúde das UBS às instâncias competentes (RIBEIRÃO PRETO, 1991).

A seguir, abordaremos sobre alguns conceitos do controle social para a sociologia, o conceito adotado pelo SUS e como tem ocorrido nos espaços legitimados na saúde.

2.2 O controle social

O conceito de ‘controle social’ é proveniente das ciências sociais, sendo o conceito de ‘fato social’ definido por Emile Durkheim, com o intuito de compreender a ordem e a integração social, que antecipam o termo controle social (ALVAREZ, 2004).

Durkheim trata o fato social como sendo:

toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais (DURKHEIM, 2007, p.13).

O fato social, então, é um modo de disciplinar a sociedade para a manutenção da ordem social e da integração social. O autor buscava compreender as raízes da ordem e da harmonia social (ALVAREZ, 2004).

Hobbes, Locke e Rosseau versam sobre as relações de poder; ora o poder é exercido pelo estado sobre a sociedade civil, ora o inverso. Hobbes considera o poder absoluto Estado para controlar a sociedade, com o intuito de garantir a segurança e a propriedade. Locke defendia o controle do poder civil para cumprir a defesa da propriedade e Rosseau, o controle deve ser exercido pelo povo sobre o estado (CORREIA, 2009).

Na saúde, o conceito foi incorporado com o propósito de fomentar a participação efetiva da sociedade na formulação e acompanhamento das políticas públicas. Para Stotz (2006) essa resignificação refere-se ao fato das ciências sociais considerar que os processos sociais são compartilhados com todas as pessoas (STOTZ, 2006).

Para Guizard et al (2004), a última definição – por assim dizer – do termo controle social no SUS está no relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) como “controle social sobre as políticas e atividades desenvolvidas com a seguridade social e promoção da qualidade de vida da população” sendo “um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania” (BRASÍLIA, 1992, p.33). Esta incorporação ocorreu devido ao receio dos movimentos sociais perderem a autonomia perante os governos vindouros, com o neoliberalismo em curso no mundo. Neste sentido, o controle social passou a ser considerado o controle da sociedade sobre as ações do estado, em relação a área da saúde (STOTZ, 2006).

Segundo esse autor, ainda, na prática, isto não ocorre devido à restrição da participação da sociedade nos conselhos de saúde como fiscalizadora das políticas e da gestão do sistema de saúde e não da construção de políticas de saúde (STOTZ, 2006). Como exemplo, o CNS declara que não foram consultados em relação a algumas mudanças de estratégias ou medidas em relação a saúde como, por exemplo a instauração de uma comissão sem convidar o CNS, sobre a implantação de clínicas populares com valores ditos acessíveis, mas valorizam o setor privado (BRASIL, 2016b).

Alguns programas e políticas de saúde incentivam a participação e o controle social como, por exemplo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o Pacto pela Saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social no SUS. No PMAQ este termo é considerado como um dos “meios” para mensurar a qualidade dos serviços ofertados pela Atenção Básica (AB) no sentido da transparência das ações desenvolvidas. No formulário são questionados tanto os profissionais quanto os usuários sobre a existência de espaços de participação popular e em caso afirmativo deve-se apresentar documento comprobatório (BRASIL, 2015), sendo o CLS considerado um dos espaços nos quais a equipe de saúde deve fomentar.

A portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 divulga e aprova o Pacto pela Saúde em três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Para a adesão o município, responsabiliza-se pelas ações sanitárias de cada eixo. O eixo de participação e controle social é o sétimo que trata sobre as responsabilidades, refere-se a:

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS; 2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente; 3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde; 4. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional; 5. Apoiar o processo de formação dos conselheiros; 6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral; 7. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS; 8. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais (BRASIL, 2006a).

A Educação Permanente em Saúde para o Controle Social propõe a capacitação dos Conselheiros de Saúde, por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e uso de metodologias de educação à distância, considerando as singularidades dos sujeitos sociais envolvidos (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Educação Permanente aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde é precedida pelas Diretrizes para a Educação Permanente para o Exercício do Controle Social no SUS e avançam no sentido de fortalecer os movimentos sociais que atuam e garantem a existência de conselhos de políticas públicas, como os Conselhos de Saúde. É uma Política Nacional que reúne o conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências em torno da capacitação de conselheiros e que agora amplia sua importância elevando sua categoria de Programa de Capacitação para uma Política Nacional Estratégica para o SUS (BRASIL, 2009, p.5).

A adesão dos municípios aos programas e políticas propicia a organização do sistema de saúde e recebimento de recursos financeiros para o desenvolvimento dos aspectos apontados, sendo a participação e o controle social incluídos no sentido de fortalecimento do SUS.

Na presença de várias definições de controle social, para a sociologia, não podemos tomar um único conceito como verdade absoluta (STOTZ, 2006). Não pretendemos, nesta pesquisa, utilizar um único conceito como verdade incontestável, mas a defesa de que a sociedade possa participar efetivamente do SUS, no sentido de elaboração e fiscalização das políticas de saúde. Assim, definimos controle social como uma forma de acompanhamento dos serviços de saúde para atender as necessidades de saúde das pessoas que habitam um dado território, exercido pelos usuários de forma direta (representantes) e indireta. É um dispositivo para aproximar trabalhadores de saúde e população, na construção de um sistema de saúde público e de qualidade.

O subitem seguinte apresenta uma busca de literatura, realizada em bases de dados, com o intuito de elencar produções científicas sobre os CLS e seu modo de funcionamento.

2.3 A busca na literatura: os Conselhos Locais de Saúde

Com o intuito de levantar aspectos apontados na literatura científica realizamos uma busca nas bases de dados sobre pesquisas realizadas em CLS em relação aos modos de funcionamento, a participação e controle social.

A pesquisa foi realizada em março de 2018, nas bases de dados, utilizando as palavras-chave: conselhos locais de saúde OR comissões locais de saúde OR conselhos gestores locais de saúde; na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (SCIELO), nos últimos 5 anos, identificando trabalhos nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cidades Saudáveis (CidSaúde), Coleciona SUS, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine) e Base de dados de Enfermagem (BDEnf). Totalizando 43 artigos disponíveis na íntegra, após a leitura dos títulos e resumos e exclusão dos duplicados, foram selecionados 7 artigos que abordavam os CLS.

Tabela 1 - Seleção final dos artigos

	Autor(es)	Título	Ano	Objetivo/ Observações
1	Busana, J.A.; Heidemsnn, I.T.S.B.; Wendhausen, A.L.P.	Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades.	2015 Artigo LILACS Texto e Contexto Enfermagem	Analisar os limites e potencialidades da participação popular nos conselhos locais de saúde, por meio do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.
2	Simões, A. V.; Prado, F. O.; Nery, A. A.; Sampaio, D. M. N.	Controle Social na Estratégia Saúde da Família: concepções e ações dos usuários e trabalhadores de saúde.	2014 Artigo LILACS Revista Baiana Saúde Pública	Analisar as concepções dos usuários e dos trabalhadores da ESF do município de Jequié-BA sobre o controle social.

Continua

	Autor (es)	Título	Ano	Objetivo/Observações
3	Domitrovic, N.; Araujo, M.D; Quintanilha, B.C.	O papel do mediador no incentivo à participação das comunidades nas ações de promoção da saúde.	2013 Artigo LILACS Psicologia Teórica Prática	Investigar o funcionamento de dois CLS ligados a duas Unidades Básicas de Saúde e verificar como ocorre a participação social nas ações de promoção da saúde. Pesquisa com foco no psicólogo.
4	Amorim, P.E.G.B.	Controle social no município de Vitória da Conquista: uma análise dos temas e assuntos sob a perspectiva legal, abordados pelos conselhos locais de saúde.	2015 Tese LILACS	Analisar os temas e assuntos abordados pelos CLS de Vitória da Conquista no biênio 2012 e 2013, na perspectiva da experiência vivenciada no processo de participação e controle social.
5	Oliveira, A.M.C.; Dallari, S.G.	Participação social no contexto da atenção primária à saúde: um estudo de caso das comissões locais de saúde do Sistema Único de Saúde.	2015 Artigo LILACS Physis Revista de Saúde Coletiva	Analisar as CLS do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) como espaços de ampliação da democracia à luz da Teoria Democrática Deliberativa.
6	Miwa, M.J.; Serapioni, M.; Ventura, C.A.A.	A presença invisível dos conselhos locais de saúde.	2017 Artigo SciELO Saúde e Sociedade	A pesquisa não deixa claro o objetivo, neste sentido insinuamos que seja: ressaltar as modalidades de atuação dos CLS e as dificuldades enfrentadas em sua defesa e na promoção dos direitos dos usuários.

Continuação

	Autor (es)	Título	Ano	Objetivo/Observações
7	Lisboa, E.A.; Sodré, F. Araújo, M.D.; Quintanilha, B.C.; Luiz, S. G.	Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social.	2016 Artigo SciELO Trabalho, Educação e Saúde	Analisar o processo de criação e implantação dos CLS e investigar como os referidos conselhos influenciaram (ou não) a política de saúde municipal.

Fonte: elaborada pela autora

Conclusão

Os principais aspectos encontrados na literatura científica, por meio da busca realizada, tratam do exercício do controle social, das fragilidades, das potencialidades, das facilidades e trazem sugestões para a melhoria dos CLS.

Segundo a literatura o controle social não é exercido em sua plenitude devido à diversos fatores impedem a efetiva participação social. Foram assinalados fatores como o desconhecimento do papel do conselho, a maioria dos conselheiros não possuem conhecimento sobre a legislação e regimento interno dos conselhos e a baixa participação da comunidade (AMORIM, 2015, BUSANA; HEIDEMSNN; WENDHAUSEN, 2015) devido a descrença nos órgãos competentes em atender as demandas da população (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017). Estudos apontaram a falta de interesse dos usuários em participar das reuniões, a precariedade do vínculo trabalhista dos profissionais, a falta de apoio do gestor municipal (SIMÕES, et al., 2014), a falta de divulgação desses espaços (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017) e o sentimento de não pertencimento ao CLS devido à não participação da população na implantação do mesmo (LISBOA, et al., 2016).

Destaca-se também como dificuldades para uma melhor participação da população, a falta de democratização dos debates, o uso partidário do CLS (DOMITROVIC; ARAUJO; QUINTANILHA, 2013) e sua dependência dos órgãos competentes (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017). As reuniões são consideradas espaços que se resumem a transmissão de informações da unidade de saúde para a comunidade (DOMITROVIC; ARAUJO; QUINTANILHA, 2013), informes da gestão da SMS e encaminhamento das questões relacionadas à assistência como, por exemplo, consultas (AMORIM, 2015). Os representantes dos usuários são colocados no papel de

divulgadores e de ajudantes das ações da unidade de saúde (DOMITROVIC; ARAUJO; QUINTANILHA, 2013).

As potencialidades são consideradas como um desejo no qual decisões sejam coletivas, que haja exercício da cidadania e o anseio por transformar a realidade (BUSANA; HEIDEMSNN; WENDHAUSEN, 2015). As facilidades são relacionadas à motivação, o incentivo ao trabalho em equipe e o estreitamento do vínculo com os usuários (SIMÕES, et al., 2014).

Os estudos ressaltam sugestões para a melhoria dos CLS, sendo elas: o empoderamento para a distribuição do poder; um espaço para a promoção da saúde (BUSANA; HEIDEMSNN; WENDHAUSEN, 2015); motivação ao exercício da cidadania; (SIMÕES, et al., 2014) e utilização da reunião também como espaço de esclarecimentos sobre o funcionamento do CLS, com um resgate histórico realizado pelos conselheiros mais antigos no intuito afim de estreitar a distância entre os usuários e os CLS para a apropriação do espaço (DOMITROVIC; ARAUJO; QUINTANILHA, 2013).

A capacitação dos conselheiros também é colocada como uma sugestão (AMORIM, 2015); maior integração com o CMS, ampliação da divulgação das ações desencadeadas pelo CLS, mecanismos que possam dar visibilidade aos conselheiros e a efetiva prestação de contas (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

O estímulo à vontade política, o apoio à efetiva participação, a implementação de programas de educação para a cidadania, propondo a discussão sobre a área de abrangência são consideradas ferramentas para o conselheiro. Todavia, somente a vontade política não é suficiente para a institucionalização dos CLS (LISBOA, et al., 2016).

Em contrapartida a estes estudos, Oliveira e Dallari (2015) consideram os CLS estudados há um processo democrático, ainda em construção, devido ao fluxo das informações serem horizontalizadas, que permitem a discussão, o acompanhamento e a fiscalização das políticas públicas. Discutem sobre os fatores que afetam suas vidas em um processo de acordos; neste sentido, os autores consideram que é um espaço verdadeiramente democrático (OLIVEIRA; DALLARI, 2015).

Consideramos importante, também, apontar algumas produções científicas com mais de 5 anos de publicação (não inclusos na busca descrita anteriormente) sobre a questão da representatividade dos conselheiros (GRISOTTI; PATRÍCIO; SILVA, 2010)

e até mesmo do próprio conselho sobre as tomadas de decisões, identificando os desafios (SERAPIONI, 2014), os limites e as potencialidades da participação em saúde (LIMA, 2001) e a dificuldade dos porta-vozes de exercerem sua influência nos processos (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

Segundo Bispo Junior e Martins (2012), a formalização dos CLS não é suficiente para a efetiva participação comunitária. Os artigos apontam estratégias para que a representatividade ocorra como, por exemplo, a maior mobilização social (BISPO JUNIOR; MARTINS, 2012) e a articulação com as demais instâncias de saúde (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

A busca realizada destacou produções científicas nas quais tratam sobre a questão da falta de representatividade por parte da população nos CLS em decorrência do pouco envolvimento nos debates e por acreditar que as necessidades não serão atendidas; acarretando no descrédito. A hierarquia e a burocracia nos serviços públicos também são apontadas como fatores que dificultam. Desta forma, a seguir, buscamos sinalizar como tem ocorrido a questão da representação política no país.

2.4 A representatividade política na democracia

A resolução nº 553 de 09 de agosto de 2017 dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, estabelece a participação dos usuários na indicação e eleição de seus representantes nas Conferências, nos Conselhos de Saúde e nos Conselhos Gestores, e o direito de participar desses espaços como representante e ser representado em todos os locais de participação e controle social do SUS (BRASIL, 2017). Sendo assim, é direito do usuário candidatar-se e votar para essas representações com o intuito de fiscalizar ações do SUS.

A representação política na democracia vem sendo debatida em diversos países; há uma crise na representação devido a atual configuração do sistema, a transformação capitalista, denominada hipermodernidade, tem dificultado a efetiva representação em todos os espaços, inclusive de partidos políticos. Derivados da dificuldade de concordância entre os fatos da vida, as expectativas sociais e a organização (NOGUEIRA, 2014).

Para compensar a questão da crise na representatividade política, como de partidos políticos, algumas práticas foram se desenvolvendo para valorizar a representação, mas de modo diferente. Tais práticas podem ser baseadas em coletivos, com uma voz e tomada de decisão que trazem a ideia de compartilhamento e diálogo em uma sociedade diversificada e fragmentada. Novas expressões são consideradas como a democracia participativa e a democracia representativa, divergentes, mas nesta situação, complementam-se (NOGUEIRA, 2014).

A democracia participativa, também denominada como democracia deliberativa, possui, como o próprio nome sugere, a participação em caráter deliberativo das políticas (PAULA, 2005). Este tipo de democracia tem sido discutido como uma possibilidade para a população ter uma participação direta, no lugar de delegar a responsabilidade para um representante (ROTOLO; FERNANDES; MARTELLI, 2016).

Neste sentido o OP é um exemplo de participação direta, aberta a população, com o intuito de compartilhar as decisões sobre o destino dos recursos financeiros da cidade. Tem sido vivenciado em municípios onde o Partido dos Trabalhadores (PT) reside, sendo uma política interna do partido. O OP assim como os CLS, enfrenta entraves e dificuldades de deliberações devido à falta de participação dos diferentes segmentos da população (NOVAES; SANTOS, 2014).

A democracia representativa e a participativa/deliberativa, ambas possuem como fator em comum a dificuldade na deliberação de políticas públicas, sendo a participação de vários seguimentos da sociedade civil. O desinteresse por parte da população pode ser causado, pela reduzida recompensa por parte da participação, por não acreditar na possibilidade de alterar os resultados da política, e pela ideia de uma limitação de conhecimento por parte da população pode reduzir o resultado da ação (NOVAES; SANTOS, 2014).

A questão da representação foi destacada por Monceau (2009) na pesquisa realizada na França com representantes de pais de escolares, elementos que não foram encontrados na literatura nacional. Sendo assim, realizamos um diálogo entre os dados apontados pelo autor e as questões que perpassam o SUS.

2.5 Pesquisa na França sobre participação de pais na escola e aproximações com o controle social na saúde

A pesquisa realizada por Gilles Monceau (2009) na França reflete sobre a eficácia dos mecanismos de representação de pais de estudantes e sobre a equidade ou igualdade nessas representações.

Como observado na busca de produções científicas sobre os conselheiros representantes dos usuários nos CLS, sobre a representatividade, a maioria borda que não há. A pesquisa francesa retrata questões sobre a falta de representatividade, tratando sobre a relação entre a escola e os pais dos estudantes.

Na França há previsão da participação de pais de alunos na vida escolar e incentivo da equidade por intermédio de programas compensatórios para escolas em bairros prioritários. Também no SUS, a equidade é um dos princípios doutrinários. Neste sentido, a equidade em relação aos recursos destinados na França nem sempre alcançam esse objetivo (MONCEAU, 2009).

No Brasil, o SUS traz a participação e o controle social como princípios doutrinários e como vimos anteriormente, a questão da participação é um dos quesitos investigativos, por exemplo, no questionário do PMAQ, que possibilitam incentivo financeiro às unidades de saúde que apresentam participação e controle social.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um nível de atenção à saúde na qual vêm sofrendo redução de investimento e com a aprovação da emenda constitucional número 95 sobre limitar os gastos do país por 20 anos, pode reduzir ainda mais os investimentos na AB e na saúde como um todo. A justificativa do governo de Michel Temer é que atualmente os custos do país são maiores que o Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2016; SENADO, 2018). Entretanto, a situação é inusitada, uma vez que o governo interino implementa cortes em setores sociais que representam aproximadamente 2% dos gastos do PIB ao passo que o pagamento da dívida pública e os serviços gerados a partir dos juros com os bancos, representam cerca de 46% do PIB, estes, ficam intocados, sem cortes nesta direção. Desta maneira, torna-se difícil qualificar as ações do governo e seus aliados senão como contrárias ao desenvolvimento social, inclusive,

atingindo negativamente a parcela mais vulnerável da população (informação verbal) (SGUISSARDI, 2018)²

O sub financiamento da APS vem ocorrendo e com esta emenda constitucional há o risco de precarização dos serviços. O financiamento da APS é insuficiente para suprir as demandas e ocorre, também, a transferência de recursos para atenção em saúde de maior complexidade (SILVA, 2017).

A importância da AB é devido a oferta de ações de saúde, seja individual ou coletiva, da promoção da saúde, da proteção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação, visa a redução de danos e manutenção da saúde, com o intuito de oferecer atenção integral (BRASIL, 2012a).

A pesquisa na França concluiu, também, que a representação dos pais nos conselhos escolares de escolas primárias, escolas ditas como elementares, algumas situadas em zonas de prioridade, devido ao perfil da população residente naquele território, não correspondem a uma participação quantitativa proporcional em relação ao quadro de professores. Os diretores, ao perceberem a falta de candidatos, procuram os pais para ocuparem o cargo, nestes casos há uma relação de proximidade sociocultural entre eles, acarretando na falta de representação sociológica (quando as classes médias representam os mais desfavorecidos).

Monceau (2009) utilizou o referencial da AI. Os questionamentos levantados para a investigação foram:

Comment se pose alors la question de l'équité de traitement de tous les parents par des équipes enseignantes? Comment les dispositifs de coopération parents/enseignants peuvent-ils intervenir sur cette situation?

Como se dá então a questão de um tratamento equitativo de todos os pais pelas equipes de professores? Como os dispositivos de cooperação pais/professores podem intervir nesta situação? (MONCEAU, 2009, tradução nossa).

Na palestra³ “A pesquisa-com e o ensino com: pela repolitização da pesquisa e do ensino” o Prof. Gilles Monceau (informação verbal) relatou sobre os resultados da investigação, um dos pontos destacados foi que os demais pais não se reportavam aos

² Fala pública do professor na disciplina A Pós-Graduação e o Pós-Graduando: Formação e Pesquisa ofertada pela EERP-USP.

³ Palestra ocorrida em 28 de abril de 2016 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

representantes dos pais, por não reconhecer estes como seus porta-vozes junto à escola (MONCEAU, 2016).

Questiono se a pesquisa de Monceau (2009) pode interrogar a prática de controle e participação social na área da saúde tendo em vista que o SUS possui em seus princípios organizacionais a participação popular, tendo como possíveis espaços de atuação nos âmbitos nacional, estadual e municipal dos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Na presente investigação, não se pretende realizar uma comparação das duas realidades, o intuito é “fazer dialogar” as diferenças e semelhanças institucionais sob a ótica da AI (SANTANA, 2016).

3. JUSTIFICATIVA

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de enfermagem, dentro das competências e habilidades específicas da profissão, determinam que o profissional deve “estabelecer relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões” e desempenhar atividades de gerência, trabalho em equipe multidisciplinar, “reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde” e dar ênfase no SUS (BRASIL, 2001, p.3).

Um artigo de revisão integrativa da literatura sobre o perfil da gerência nos serviços de saúde de Atenção Primária revelou a existência de um predomínio de enfermeiros gestores (PEITER; CAMINHA; OLIVEIRA, 2017). Desta maneira, o profissional enfermeiro ocupando cargos de gestão nos serviços de saúde, principalmente na AB, necessita trabalhar para ampliar seus conhecimentos, buscando a melhoria dos CLS, incluindo a participação e o controle social.

A ênfase no SUS inclui a participação social como princípio organizacional, sendo um tema pouco explorado pelo profissional enfermeiro. Melo e Santos (2007) apontam a existência de uma visão restrita dos enfermeiros quanto a sua participação política na gestão do SUS (MELO; SANTOS, 2007).

Martins e Santos (2012) tratam sobre a visão dos enfermeiros em relação à participação nos CLS. Os autores referem ser uma prática social, que vai além da dimensão profissional e técnica para a compreensão da dinâmica social nos processos de decisão. Alguns enfermeiros expressam ser uma prática importante, condizente com a formação voltada para a prática social e de saúde pública. Entretanto, outros enfermeiros acreditam ser um espaço de transmissão de informações em relação ao modo de funcionamento e as necessidades da unidade de saúde (MARTINS; SANTOS, 2012).

Não encontramos na literatura científica pesquisas que tratem sobre o funcionamento dos dispositivos de participação e controle social, no caso dos CLS, sob a ótica do referencial teórico metodológico da AI.

Nesta perspectiva, a presente pesquisa justifica-se pela importância de discutir a participação e o controle social na ótica de alguns conceitos do referencial da AI salientando sobre a possibilidade de discutir possíveis dispositivos potentes para

disparar processos de autoanálise e autogestão pelos profissionais enfermeiros e demais trabalhadores da rede pública de saúde da AB.

Com base nas considerações destacadas é instigador analisar os CLS com uma aproximação ao referencial teórico da AI, o que está subjacente, na intencionalidade de disparar discussões sobre a participação social nos CLS. Deste modo, focamos em responder os seguintes questionamentos: O fenômeno observado na França, com representantes dos pais na escola, pode ser verificado nos representantes dos moradores/população nos conselhos locais de saúde? Quais os modos de funcionamento desses conselhos, à luz de alguns conceitos da AI?

4. MARCO TEÓRICO

Adotamos para esta investigação alguns conceitos do referencial teórico metodológico da AI da corrente socioanalítica, tais como, instituinte, instituição e processo de institucionalização. A AI incorpora o Movimento Institucionalista, que compõe diversas tendências e escolas “As diferentes escolas do Movimento Instituinte se propõem a propiciar, apoiar e deflagrar nas comunidades nos coletivos e conjuntos de pessoas processos de autoanálise e de autogestão” (BAREMBLITT, 2002, p.14).

Lourau (2014) apoiado pela lógica dialética de Hegel define instituinte no sentido de negar o instituído.

“instituído” colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política) (LOURAU, 2004, p. 22).

Neste sentido, consideramos os movimentos sociais que deflagraram a reforma sanitária como um movimento instituinte contra a ordem do sistema de saúde vigente. A conquista dos espaços legitimados é o instituído e este processo é denominando de institucionalização, processo este, em constante movimento.

Na AI, a instituição é compreendida como:

sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões, algumas prescritas (indicadas), outras proscritas (proibidas), outras apenas permitidas e algumas, ainda, indiferentes. Essas lógicas podem estar formalizadas em leis, em normas escritas ou discursivamente transmitidas, ou podem ainda operar como costumes, quer dizer, como hábitos não explicitados. As citadas lógicas se concretizam ou se realizam socialmente em formas materiais ou "corporificadas" que, segundo sua amplitude, podem ser: organizações, estabelecimentos, agentes, usuários e práticas (BAREMBLITT, 2002, p.78).

Os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais são objetivos do Institucionalismo. A autoanálise propõe que um coletivo heterogêneo seja protagonista na identificação de suas próprias necessidades e demandas, reavaliando sua organização, com base na auto-organização (BAREMBLITT, 2002).

A autogestão refere-se ao movimento do coletivo de gerir sua própria instituição, visa à especialização de tarefas para os membros de um determinado colegiado, não no sentido de hierarquia, mas com o intuito de delegar papéis para a organização do coletivo. Propõe uma capacidade de autocrítica aos coletivos e deste modo um maior sentido de auto-organização dos processos e relações entre os componentes do coletivo. A valorização do saber espontâneo interno, com a possibilidade de abertura crítica a incorporação de outros saberes, outros arranjos e conformações das práticas (BAREMBLITT, 2002).

Para Lourau (2004), a palavra estabelecimento é também uma instituição assim como uma lei é formalizada. Os CLS como instituições, possuem um propósito, poderiam utilizar a autogestão e autoanálise como instrumentos para produzir dispositivos de modo a construir seu produto final, no qual visa atender as necessidades da população de sua área de abrangência.

As instituições podem produzir o oposto do propósito para o qual foram criadas como, por exemplo, as unidades que atendem indivíduos acometidos por transtornos mentais, podem não favorecer a terapêutica, fabricam ao mesmo tempo seus agentes do processo, suas normas e técnicas, tais como usuários e trabalhadores (FORTUNA et al, 2014). Nesta perspectiva, tal fato pode ocorrer com os CLS, há a possibilidade de esta organização produzir o oposto, ou seja, ao invés de participação democrática para um planejamento conjunto das ações de saúde, ações burocráticas e hierárquicas, conservando a distância entre usuários e trabalhadores de saúde.

A AI propõe questionar “o lugar dos pesquisadores como especialistas capazes de decifrar uma realidade e manter uma neutralidade quanto ao campo e o objeto de estudos” (FORTUNA et al 2014, p.257).

Segundo L’Abbate (2012), a AI possui o objetivo de “compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos”. A participação do sujeito tem um significado importante para identificação do contexto social e das organizações. A autora reintegra que é um método “constituído de um conjunto articulado de conceitos”, sendo eles: “a transversalidade, analisador e implicação” (L’ABBATE, 2012, p.198). Deste modo, compreende-se a participação nas reuniões e realizar entrevistas individuais, reflexões e anotações do diário de pesquisa, podem trazer elementos para ajudar a compreender o funcionamento dos CLS.

Os analisadores são acontecimentos que desencadeiam uma discussão intensa sobre situações vivenciadas em um determinado grupo e por meio desses analisadores as instituições “invisíveis” são anunciadas propiciando a análise (LOURAU, 1993). Este é o caso da pesquisa-intervenção; a intenção desta dissertação é apontar possíveis analisadores existentes na instituição no intuito de contribuir com a literatura científica e para o fortalecimento do CLS.

O analisador é “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 2014, p. 303) com a potencialidade de se autoanalisar (BAREMBLITT, 2002) este processo de autoanálise é realizado pelo grupo.

(...) não é necessariamente um discurso, mas pode ser um monumento, a forma como está elaborada a planta arquitetônica da organização, mas pode ser uma característica dos modos de relação que não está formalizada nem anunciada em parte alguma, ou seja, pode ser um costume e não uma norma, nem uma lei; pode ser um arquivo, isto é, a maneira como está organizada a memória de uma organização; pode ser uma distribuição do tempo ou do espaço na organização. E é claro que podem ser também formas escritas ou faladas do discurso organizacional. Por exemplo, os estatutos, os regulamentos (BAREMBLITT, 2002, p. 63).

Para Monceau (2008), implicação é “a relação que indivíduos desenvolvem com a instituição”; a análise da implicação visa compreender esta relação, sendo um trabalho coletivo, pois os indivíduos se relacionam numa determinada instituição gerando diversas implicações em todo processo (MONCEAU, 2008, p.21).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Analisar os modos de funcionamento dos conselhos locais de saúde em um município do estado de São Paulo, sob a ótica do referencial teórico da análise institucional.

5.2 Objetivos específicos

- 1-** Caracterizar os conselhos locais de saúde em relação ao perfil (sexo, idade, formação, participação em atividades coletivas) dos participantes e a duração das reuniões.
- 2-** Analisar se os achados em pesquisa realizada nas escolas francesas iluminam o modo de funcionamento dos conselhos locais na saúde.

6. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo-exploratório, como vimos, utilizou alguns conceitos do referencial teórico-metodológico da AI em sua vertente socioanalítica.

A pesquisa visa descrever algumas características de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento e combinada com o método exploratório pretende revelar uma nova visão do problema para a atuação prática. A pesquisa exploratória almeja a formulação de problemas pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008).

Esta pesquisa pretende interrogar as práticas atuais desenvolvidas pelos CLS, apontando alguns dispositivos que podem ser experimentados em estudos futuros e apostamos na contribuição para a reflexão das práticas dos conselheiros e trabalhadores da saúde.

A seguir, discorreremos sobre o contexto histórico durante o estudo, a seleção do local do estudo, dos participantes e os meios para a produção dos dados com o intuito de atender aos objetivos propostos desta investigação.

6.1 Contexto histórico durante o estudo

O contexto histórico que perpassa o período do estudo disparou reflexões nos participantes da pesquisa, desta maneira, é importante a abordagem deste cenário. Considerando, também, na AI as instituições são uma dinâmica contraditória de forças instituintes no tempo social-histórico (LOURAU, 1993).

Primeiramente, antes de abordar sobre o período da pesquisa, vale destacar como o território brasileiro e a população foram explorados. Exploração tanto no sentido de extrair matéria prima do território quanto de pessoas. Devido a necessidade de mão-de-obra, ocorreu a exploração dos negros com o regime de escravidão (por mais de 300 anos), após a Lei Aurea⁴(1888) esses indivíduos ficaram marginalizados, intensificando a desigualdade social.

⁴Declara extinta a escravidão no Brasil (BRASIL, 1888).

Os jogos de poder marcam a história do Brasil, com ataques frequentes ao poder instituído como, por exemplo: o golpe da maioria (1840), com o início do reinado de Dom Pedro II e o golpe militar (1964), sob o regime de censura, perseguição e tortura. Estas manobras políticas estão enraizadas no Brasil, ocorrendo até a atualidade. Para a AI, esses fatos reatualizam-se no modo instituído de ser cidadão desse país.

Para contextualizar este estudo e o quadro político recente do país (de 2015 a 2017), vale destacar o caso denominado “Lava Jato”, considerada a maior investigação de corrupção do Brasil. Esta surgiu para investigar movimentos de recursos ilícitos de organizações criminosas de uma rede de postos de combustíveis e lava a jato de automóveis (BRASIL, 2017).

A investigação iniciou em 2014, com a identificação de quatro organizações criminosas; ao caminhar da investigação, o Ministério Público Federal (MPF) recolheu provas de um grande esquema criminoso envolvendo a Petrobrás (empresa extrativista, de capital aberto, ou seja, estatal do Governo do Brasil) (BRASIL, 2017).

Este esquema envolvia pagamentos de propina e subornos para contratos bilionários e superfaturados para altos executivos da estatal e outros servidores públicos; estima-se o desvio de bilhões de reais do cofre da empresa. Segundo a investigação, os envolvidos foram as empreiteiras, funcionários da Petrobrás, operadores financeiros e os agentes políticos filiados ou não a partidos políticos. Os agentes políticos eram responsáveis por indicar os diretores da empresa com a finalidade de manter o esquema (BRASIL, 2017).

A investigação continua no Supremo Tribunal Federal. Com este caso, outras investigações foram desencadeadas. Em dezembro de 2015, o presidente da câmara dos deputados, Eduardo Cunha, aceitou o pedido de abertura de processo de *impeachment* da então presidenta Dilma Rousseff, de autoria dos juristas Hélio Bicudo, Miguel Reale Junior e Janaina Paschoal. Acusada do crime de responsabilidade, devido, segundo acusações, da prática denominada “pedaladas fiscais”⁵ e edição de decretos sem aprovação do Congresso Nacional. A acusação refere que o governo tinha conhecimento de irregularidades por meio da edição de decretos sem consultar o poder legislativo na tentativa de esconder a situação fiscal do Brasil. A defesa salienta a ocorrência do remanejamento de recursos e não significa o aumento das despesas. Em agosto de 2016,

⁵ Termo utilizado quando o Tesouro Nacional atrasa o pagamento aos bancos públicos e privados propositalmente.

por 61 votos a favor e 20 contra, o *impeachment*, o Senado afasta Dilma Rousseff definitivamente do cargo (SENADO, 2016).

A votação para o *impeachment* mostrou muitas instituições por meio dos discursos dos deputados evocando a família brasileira, a religião notadamente evangélica, dentre outras, sendo satirizada pela imprensa internacional, uma vez que a mídia de grande influência no Brasil é parcial.

Esta foi a primeira presidente que teve o processo de *impeachment* finalizado na história do Brasil. Vale lembrar que o presidente Collor afastou-se antes da finalização do seu processo. Logo depois, outros servidores públicos foram afastados de suas funções, por acusações de corrupção.

As investigações de corrupção são extremamente necessárias. Entretanto, o modo como são realizadas abrem margem para questionamentos. Um exemplo disso é a rapidez com que o processo do ex-presidente Luis Inácio Lula da Silva tramitou no Tribunal Regional Federal da 4ª região (TRF-4) com uma velocidade não habitual dos processos no Brasil. Tratava-se de um caso cujo processo tinha aproximadamente 16 mil páginas. Indagamos sobre a análise aprofundada do material em menos de um ano em duas instâncias. Pode-se inferir que algo estranho está ocorrendo no cenário nacional.

Todo o processo gerou grande movimentação social, Dilma Rousseff é filiada ao Partido dos Trabalhadores (PT), sendo considerado pela população o partido do “povo” devido a implementação de programas sociais. Houve uma polarização (extremos opostos) caracterizada por defensores e contrários. Os contrários ao *impeachment* em sua maioria, foram os beneficiados e simpatizantes dos programas sociais e do PT, estavam indignados pela maneira como foi impetrado e os defensores representavam em grande parte, a elite e a classe média por considerarem que o governo não atendia aos seus interesses.

No município onde a pesquisa foi realizada, a então prefeita, teve cinco prestações de contas recusadas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP) acusada de corrupção passiva, de organização criminosa e peculato⁶. Desta maneira, foi afastada de suas funções e responde em privação de liberdade.

⁶ Crime que consiste na subtração ou desvio, por abuso de confiança, de dinheiro público ou de coisa móvel apreciável, para proveito próprio ou alheio, por funcionário público que o administra ou guarda (MICHAELIS, 2018).

Em relação às questões econômicas do país, a taxa de desemprego é de 12,6% (IBGE, 2017), a maior desde 2012, sendo 6,5 milhões de desempregados; um aumento de 96,2% (IBGE 2018). Conforme a tabela a seguir, o PIB começou a subir e a inflação a diminuir entre 2016 e 2017.

Tabela 2 – Relação do PIB e da Inflação entre 2015 a 2017.

Ano	Valor	Inflação IPCA*
2015	5,9 trilhões	10,67
2016	6,3 trilhões	6,29
2017	6,6 trilhões	2,95

Fonte: IBGE, 2018.

Os dados apontados mostram um crescimento econômico e o aumento na taxa de desemprego entre 2012 e 2016. Todavia, os números podem ser fabricados no intuito de simular uma crise econômica afetando os investimentos e o impacto na taxa de desemprego, podendo indicar manobras para construir a imagem negativa do governo, evidenciando os jogos de poder existentes.

Uma das primeiras ações do governo de Michael Temer, após assumir interinamente, foi extinguir o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que afeta o Sistema Único de Assistência Social e consequentemente a saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, julho de 2016). O governo indicou como Ministro do Estado da Saúde um engenheiro, o qual em seu discurso desvaloriza o farmacêutico e a benzedeira. Há também o incentivo à população na busca de planos privados de saúde (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2016); estes fatos colocam em interrogação qual a verdadeira lógica de direito à saúde o governo federal possui.

Este quadro político e econômico permanece em vigor, refletindo no resultado desta investigação, algumas falas vão ao encontro do ocorrido, como um fator para não participação de espaços tidos como políticos, será melhor explorado na discussão.

6.2 A seleção dos conselhos locais de saúde

Os cenários do estudo são dois CLS inseridos nos serviços de APS - atenção primária à saúde - em um município do estado de São Paulo. No referido município, existem 48 unidades de saúde da APS, 31 possuem CLS registrados na Secretaria Municipal de Saúde. Os Núcleos de Saúde da Família 1, 2, 3, 4, 5 e 6 compõem um CLS. O Município possui atualmente 9 CLS em vigor e 22 “vencidos”, (termo utilizado pelo documento), ou seja, não estão em vigor. As eleições não possuem data fixa para ocorrer, ao longo do ano outros CLS foram formados, para tanto, utilizamos o documento atualizado em 12 de abril de 2017 disponível no *website* da prefeitura (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

O Decreto Municipal nº 72 de 03 de maio de 1995 homologa o novo regimento interno dos conselhos locais de saúde do município e o artigo 7º explica que os conselhos irão se reunir uma vez ao mês, ordinariamente, com calendário elaborado na primeira reunião do mandato e extraordinariamente, por convocação do presidente no prazo de 48 horas (RIBEIRÃO PRETO, 1995).

O artigo 6º, do referido decreto, define que os CLS serão integrados pelos membros nomeados pelo prefeito para o mandato de 2 anos, com recondução, sendo eles: 3 representantes das associações de moradores, com atuação na área de abrangência da UBS; 3 representantes eleitos pelo voto direto dos moradores da área de abrangência da UBS; 5 representantes dos servidores da UBS e seus respectivos suplentes, eleitos pelo voto direto e o encarregado administrativo ou o gestor da UBS ou seu substituto (RIBEIRÃO PRETO, 1995).

Foram selecionados os CLS por meio do Diário Oficial, disponível no *website* oficial desde 1997, para extrair a informação da ordem de criação (primeiro CLS estabelecido em cada unidade de saúde) dos conselhos mais antigos do município. Há uma lacuna entre o período do Decreto nº 072 de 03 de maio de 1995 e os diários oficiais disponíveis, 1997, foi realizada consulta a empresa responsável pelos Diários Oficiais do município, no entanto sem sucesso, contatos foram realizados por telefone e via e-mail. A ata de 1 CLS dentre os 9 em vigor, no período da seleção, encontrava-se no Arquivo Morto do Município, tentativas de localizar este documento foram frustradas, outro CLS não possuía o primeiro livro ata. Desta maneira, optamos por selecionar os CLS pelos Diários Oficiais do Município.

A tabela a seguir mostra a seleção dos CLS mais antigos; os dois primeiros entraram no critério de exclusão, por não haver atividades e/ou reuniões mensais, devido a troca recente de gerentes na unidade de saúde.

Tabela 3 – Seleção dos CLS em vigor

Unidade de Saúde	Vigência		Data ATA	Data diário Oficial	Reuniões Mensais
01	22/01/2016	22/01/2018	14/08/1997	25/07/2005	Não
02	01/04/2016	01/04/2018	Não informada	11/07/2005	Não
03	12/04/2016	12/04/2018	27/06/2006	10/07/2006	Sim
04	19/12/2016	19/12/2018	06/2006	28/07/2006	Sim

Fonte: Elaborada pela autora

Os critérios de seleção dos participantes foram estabelecidos tendo por base a possibilidade de escutar e refletir, através de diálogo com conselheiros, que possuem vivência no tema. Consideramos pertinente, ainda, incluir alguns dos moradores da área de abrangência em função de sua liderança e pessoas conhecidas, apontadas por trabalhadores de saúde e conselheiros. Desta forma, como o município possui 9 CLS ativos com 17 membros e pretendíamos ouvir todos os participantes, consideramos pertinente selecionar dois CLS que já tenham tido outros mandatos.

O critério de estarem com as reuniões periódicas acontecendo foi estabelecido devido a proposta de participar de algumas reuniões com o intuito de identificar os modos de funcionamento dos CLS.

A pesquisa, então, foi desenvolvida nos 2 CLS vigentes até o final da produção de dados. Foram selecionados por meio dos critérios de inclusão, sendo eles: os dois mais antigos em vigor com reuniões periódicas.

6.3 Caracterização dos locais do estudo

Segundo o último censo, o município possuía 604.682 habitantes (IBGE, 2010); estima-se 682.302 pessoas em 2017 (IBGE, 2017). A densidade demográfica de 928,92 hab/km² e o PIB *per capita* de R\$ 41.736,07, em 2015. Em relação à saúde, possui 95

estabelecimentos de saúde, sendo eles: hospitais de grande e médio porte, centros de saúde escola, unidades básicas de saúde, núcleos de saúde da família, unidades de pronto atendimento, ambulatorios, centros de referência, centro de especialidades odontológicas, unidades básicas distritais de saúde, centros de atenção psicossocial e vigilâncias. A taxa de mortalidade infantil média é de 9,7 para 1.000 nascidos vivos (SEAD, 2016).

Os dois CLS pertencem a unidades básicas de saúde. O primeiro CLS pertence a uma UBS com seis bairros e uma população estimada de 11.049 habitantes (IBGE, 2010); conta com atendimento de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, assistência farmacêutica, vacinação, Programa de Agentes Comunitárias (finalizado em outubro de 2017), assistência domiciliar, teste do pezinho, planejamento familiar e psicologia (especialidade). Uma universidade privada do município possui convênio e realiza atendimentos aos usuários no mesmo espaço. A região onde a unidade está inserida possui comunidades, empresas, comércios, habitações irregulares, pessoas em situação de rua, escolas, igrejas, córrego e quadra esportiva.

O segundo CLS pertence a uma UBS, a qual atende cerca de 9.251 mil usuários (IBGE, 2010); conta com uma equipe de 4 médicos clínicos, 1 médico pediatra, 2 médicos ginecologistas, 4 dentistas, 1 farmacêutico, 4 auxiliares de farmácia, 3 recepcionistas, 3 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 11 auxiliares de enfermagem e 2 funcionários da limpeza contratados por empresa privada (serviço terceirizado). Realiza atendimentos de acolhimento, pré-natal, puericultura, curativo, consulta e tratamento odontológico, dispensação de medicamentos básicos e de contraceptivos, exames preventivos, grupo de educação em saúde, vacinação, nebulização, planejamento familiar, teste de gravidez, teste do pezinho e grupo de artesanato. No território da UBS possui praças, comércios, pequenas empresas, igrejas, residências de alvenaria, água tratada e energia elétrica, centro espírita, condomínios, pessoas em situação de rua e escolas.

Em relação aos membros que compõem o CLS 1, são: 2 cirurgiões dentista, 1 aposentado, 1 farmacêutico, 1 auxiliar de enfermagem, 2 auxiliares de saúde bucal, 5 agentes comunitários de saúde, 1 assistente social e 1 enfermeiro.

Os membros do CLS 2, são: 3 enfermeiras, 4 aposentados, 1 autônomo, 1 jornalista, 1 comerciante, 1 do lar, 1 médico clínico, 3 auxiliares de enfermagem, 1 médico pediatra, 1 agente administrativo e 1 dentista.

6.4 Participantes da Pesquisa

Com relação aos participantes, foram incluídos todos os participantes envolvidos diretamente e alguns envolvidos indiretamente nos CLS. Foram excluídos os representantes dos CLS afastados em decorrência de problemas de saúde e férias.

Nas reuniões onde ocorreu a observação da pesquisadora, as pessoas envolvidas foram os membros efetivos e suplentes do CLS, moradores da área de abrangência, demais servidores e profissionais da vigilância epidemiológica presentes nas reuniões ordinárias.

Considera-se participantes envolvidos indiretamente com os CLS os informantes-chave selecionados dentre os moradores da área de abrangência da unidade de saúde detentores de certa influência na região como, por exemplo, líderes religiosos, comerciantes, membro de associações, coletivos organizados ou moradores mais antigos da região (MINAYO, 2002). Os informantes-chave foram escolhidos mediante a indicação dos profissionais de saúde e conselheiros. Foi solicitada a indicação de moradores antigos e/ou que fossem conhecidos na área de abrangência e que nunca tivessem participado das reuniões do CLS.

6.5 Instrumentos utilizados na produção dos dados

Tratamos do termo produzir e não coletar, devido ao fato dos dados serem co-produzidos entre o pesquisador e os participantes da pesquisa. O pesquisador tece a análise e está atravessado por diversas instituições e implicado com o objeto da pesquisa e com o contexto (MELO, 2017).

Para a produção dos dados foi utilizada a observação, o diário de pesquisa, contato com as atas e entrevistas. A justificativa e como foram utilizadas serão tratados a seguir em subitens.

6.5.1 Observação

A observação consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, visando compreender o espaço e os sujeitos, respeitando os aspectos éticos. Esta, ocorreu nos encontros ordinários dos CLS. Houve a participação em 4 reuniões de cada unidade, ou seja, 8 reuniões ordinárias, uma ação do CLS denominado mutirão de combate ao mosquito transmissor da dengue e na palestra promovida pelo CLS.

Na tabela a seguir elencamos os informes e pautas das reuniões observadas registrados no diário de pesquisa e posteriormente comparado com os registros realizados em ata pelos conselheiros.

Tabela 4 - Relação de informes e pautas das reuniões dos CLS

CLS	Reunião	Informes e Pautas
CLS 1	1 ^a	Informes: Mudança do presidente do CLS; Nova presidente faz sensibilização sobre a participação; Transferência das ACS; Discussão sobre os planos de carreira; Evento “Farmacêutico na praça”; e Vacinação de cães e gatos, devido a 2 casos de morcegos infectados na região. Pauta: Mutirão contra o mosquito transmissor da dengue.
	2 ^a	Informes: Justificativa de ausência de uma conselheira; Participação de um assessor do vereador; e Alerta sobre casos de chikungunya. Pauta: Mutirão contra o mosquito transmissor da dengue.
	3 ^a	Informes: Fórum dos Conselhos Locais de Saúde; Organização do bairro que promove atividades para os moradores; Reunião dos gestores; e Aulas para os usuários sobre desperdício de medicação. Pauta: Mutirão contra o mosquito transmissor da dengue.
	4 ^a	Informes: Despedida das ACS; Resultados do Mutirão; Grupo de artesanato; Expo saúde; e Atividades gratuitas do SENAC.

Continua

CLS	Reunião	Informes e Pautas
CLS 2	1 ^a	Informes: Movimento contra o fechamento de uma unidade distrital de saúde; Semana da amamentação, não houve participação; Falta de quórum na reunião do Conselho Municipal de Saúde; Portão da unidade de saúde com problemas; Leitura da ata da reunião anterior; Solicitação de ar-condicionado em todas as salas de atendimento; e Representante dos usuários candidatou-se para miss terceira idade.
	2 ^a	Informes: Discussão sobre a atuação do representante dos servidores na câmara municipal; Reunião acontece sem quórum; Criado um Facebook do Conselho Local de Saúde; Movimento contra o fechamento de uma unidade distrital de saúde; e Ar-condicionado com defeito.
	3 ^a	Informes: Movimento contra o fechamento de uma unidade distrital de saúde; Problemas na gestão do Conselho Municipal de Saúde; Votação em relação a proposta de implementação de Organizações de Saúde (OS) no município; 2º Encontro dos Conselhos Locais de Saúde; Nova solicitação de retorno da coleta de exames na unidade a pedido dos usuários; Portão da unidade de Saúde quebrado; organização da comemoração do aniversário do bairro.
	4 ^a	Informes: Cobrança das atas para a saída da gerente (aposentadoria); Dois conselheiros do CLS foram eleitos para o CMS; Devolutiva sobre a votação da implementação das Organizações de Saúde (OS) no município; Movimento contra o fechamento de uma unidade distrital de saúde; e Palestra sobre dengue, zika e chikungunya.

Fonte: dados da pesquisa

Conclusão

Os acontecimentos relevantes a proposta desta investigação, serão explorados nos resultados e discussão.

6.5.2 Diário de pesquisa

Em um diário de pesquisa produzido durante todo o processo de investigação foram registrados impressões, sentimentos, expectativas e os fatos relevantes relacionados ao objeto de pesquisa (L'ABBATE, 2013).

O uso do diário de pesquisa na AI é considerado uma ferramenta que possibilita a produção de reflexão da própria prática, neste caso, na perspectiva do pesquisar. O ato de escrever as vivências, por meio da observação faz o pesquisador refletir sobre o ocorrido revelando os não ditos. Este processo assume a não neutralidade do pesquisador no ato de pesquisar, refletindo sobre as implicações do pesquisador para com a pesquisa (PEZZATO; L'ABBATE, 2011). A técnica do diário é parte do processo do pesquisar (LOURAU, 1993).

Todo o percurso da pesquisa foi registrado no diário de pesquisa, páginas com escritas, sentimentos, expectativas, fotos do mutirão, lembranças, jornais e folders, em respeito aos preceitos éticos as fotos não estão disponíveis. Este documento foi e será guardando com muito zelo.

6.5.3 Atas

Foi realizado o contato com as atas de ambos os CLS. Os registros em ata foram do período de vigência da gestão atual até o último dia da produção dos dados e todos os processos eleitorais registrados a fim de identificarmos os modos de funcionamento dos CLS.

Primeiramente foi realizada a leitura flutuante das atas; posteriormente a leitura concomitante com a anotação de dados relevantes em relação a identificar os modos de funcionamento de cada um dos CLS.

6.5.4 Entrevistas

As entrevistas individuais contaram com perguntas semiestruturadas, conforme o objetivo da pesquisa, sendo elas diferentes para membros e informantes-chave. Para os membros do CLS as questões foram sobre: o início da participação; o funcionamento; a

relação com os demais membros; a relação com as pessoas que representa; apontar aspectos facilitadores e dificultadores de ser conselheiro; os principais problemas identificados na área de abrangência; e uma situação considerada bem-sucedida na atuação do conselho. Os informantes-chave foram convidados a responder sobre: o atendimento oferecido pela UBS; os principais problemas da área de abrangência; como é o funcionamento da UBS; se existe conhecimento sobre o CLS, no caso afirmativo, quem é o morador representante; e sugestões para melhorar a UBS.

As perguntas foram realizadas com todos os membros dos dois CLS que aceitaram participar da pesquisa, exceto os membros afastados em decorrência de problemas de saúde ou férias e com informantes-chave. Todas as entrevistas foram desenvolvidas pela pesquisadora em data, horário e local de escolha do entrevistado, com duração entre 32 e 65 minutos. Estas entrevistas foram gravadas em mídia digital, com o consentimento dos participantes, e posteriormente transcritas com um total de 320 páginas para compor os dados analisados.

Foram realizadas entrevistas com 13 representantes dos servidores, 4 representantes dos usuários, 5 representantes da associação de moradores, 2 gerentes e 4 informantes-chave. Desta maneira, 12 no primeiro CLS e 16 no segundo CLS, totalizando 28 entrevistados.

No *website* da SMS consta uma lista com 21 membros em cada CLS, ou seja, 40 conselheiros e 2 gerentes. Dos 42: 2 pediram desligamento; 1 mudou-se de cidade; 5 apresentavam problemas de saúde/licença saúde; 2 não compareceram aos encontros marcados; 1 não respondeu mensagens e posteriormente referiu que não tinha contribuições, devido nunca ter participado; 4 não foram localizados; 1 estava de férias e 2 foram transferidos de unidade.

7. ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi autorizada pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do referido município, ofício 157 – GS de 17 de janeiro de 2017; após a autorização, foi submetida, apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da EERP/USP sob protocolo CAAE 66095517.4.0000.5393, ofício de nº 074/2017 de 07 de abril de 2017. Em sua execução foram resguardadas todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Após a seleção dos CLS, contatei os respectivos gerentes das unidades de saúde, salientando o objetivo da investigação; houve o convite para participar da reunião ordinária de ambos os CLS. Nas primeiras reuniões, o objetivo e método da pesquisa foram apresentados; após abertura de esclarecimentos foi solicitada a autorização de todas as pessoas presentes e não houve recusas ou questionamentos.

Os participantes da pesquisa foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que poderia acarretar (BRASIL, 2012).

Ao início das entrevistas, os participantes foram avisados sobre os possíveis riscos e benefícios da participação na pesquisa. Nessa pesquisa, os riscos foram relacionados ao desconforto de ser observado durante as reuniões e por emitir sua opinião na entrevista. Nesse caso, o entrevistado foi informado da liberdade de decidir continuar ou não, sem quaisquer prejuízos ou penalidades; nenhuma entrevista foi interrompida a pedido do participante.

Os riscos decorrentes da observação também relacionaram-se ao desconforto, nesse caso, de terem sido observados. Do mesmo modo, a pesquisadora esclareceu aos participantes o livre acesso aos registros e no caso de sentirem constrangidos, poderiam conversar individualmente com a mesma e retirarem seu consentimento a qualquer momento.

Foi esclarecido que não haveria benefício direto; entende-se como benefícios indiretos o diálogo e a possibilidade de reflexão sobre a temática e a contribuição para com o tema investigado. As entrevistas foram realizadas em local e data de escolha dos participantes com privacidade para a livre expressão dos participantes.

8. ANÁLISE DOS DADOS

A produção dos dados foi realizada por meio do contato com as atas de reuniões, elaboração do diário de pesquisa, observação e entrevistas individuais analisadas segundo alguns conceitos da corrente socioanalítica da AI.

O material empírico da análise é constituído por documentos, observações e entrevistas, no qual o pesquisador realiza uma análise teórica sobre uma determinada organização (L'ABBATE, 2012).

A socioanálise objetiva desvelar situações singulares e localizadas, com o intuito de “elucidar como a instituição a eles se liga, pode igualmente concorrer para enriquecimentos teóricos relativos aos conceitos de analisador e de implicação” (SAVOYE, 2007, p.188).

Realizar uma análise em pesquisa qualitativa, implica em um trabalho de redação. Desta maneira, Paillé e Mucchielli (2012) propõem 3 momentos do processo de organização para a análise, para a transcrição, para a transposição e para a reconstituição, sendo eles:

1. un travail de transcription, par lequel on passe de la scène observée ou du témoignage livré à leur inscription sous une forme discursive écrite (notes de terrain, transcriptions, reproductions);
2. un travail de transposition, alors que les notes de terrain ou les transcriptions sont annotées, catégorisées, commentées ou réécrits; c'est aussi le moment où les mots et les gestes des acteurs sont soupesés reconsidérés, resitués par les mots du chercheur;
3. un travail de reconstitution, normalement constitué par le rapport ou la thèse, et qui prend le plus souvent la forme d'un récit argumenté autour des principales catégories d'analyse, avenues de compréhension, pistes d'interprétation (PAILLÉ; MUCCHIELLI, 2012, p. 78 e 79).

1. Um trabalho de transcrição, no qual passamos da cena observada ou do testemunho entregue a sua inscrição sob a forma discursiva escrita (notas de campo, transcrições, reproduções);
2. Um trabalho de transposição, enquanto as notas de campo são escritas, categorizadas, comentadas ou reescritas, é também o momento quando as palavras e os gestos dos atores são “pesados”, reconsiderados, restituídos através das palavras do pesquisador.
3. Um trabalho de reconstituição, normalmente constituído pelo relatório ou tese, e que ganha a forma de uma narrativa argumentada em torno das principais categorias de análise, vias de compreensão, pistas de interpretação (PAILLE; MUCCHIELLI, 2012 apud FORTUNA, 2016, p 49).

A transcrição consistiu-se na transformação das mídias de áudio, produto das entrevistas, em texto no documento *Microsoft Word*, realizadas pela autora, na íntegra. Os autores afirmam que o pesquisador não consegue gravar todos os detalhes da cena observada, bem como o tom, a intensidade, o timbre de modo pleno e, por estes motivos, a transcrição está envolvida em um processo de análise de um conjunto de dados (PAILLÉ; MUCCHIELLI, 2012).

A transposição é o momento de análise das transcrições, visa reconsiderar os gestos, expressões sobre o olhar do pesquisador perante o observado, delineando categorias; é um trabalho de constante reconstrução e desconstrução, contextualização e (re)contextualização, na leitura conceitual. As categorias explicitadas referem-se à visão teórica do pesquisador e à orientação teórica do projeto de pesquisa (PAILLÉ; MUCCHIELLI, 2012). Para não descontextualizar alguns relatos dos participantes da pesquisa, algumas citações estão apresentadas de maneira extensa.

As categorias delineadas foram formadas para agrupar questões que seguissem uma linha de raciocínio de maneira organizada com o intuito de responder ao objetivo proposto nesta investigação.

A restituição/reconstituição é expressada por meio da elaboração de um relatório com base na identificação de categorias principais sobre a composição dos CLS do início da gestão até o final da produção dos dados, a descrição breve das atividades desenvolvidas pelos CLS e a discussão em torno dos resultados destas atividades. Na sequência tratamos sobre o lugar dos conselheiros dentro do estabelecimento e a relação entre os membros do conselho. Por fim, a questão sobre o controle social dentro e fora dos CLS.

Na elaboração de um relatório, os autores propõem a Análise pela Escrita, quando ao redigir há o movimento de retomar as transcrições, os conceitos teóricos para compor a escrita (PAILLÉ; MUCCHIELLI, 2012).

Os dados foram confrontados com os achados da pesquisa na França com intuito de dialogar com a realidade dos CLS e com alguns conceitos da AI de modo a identificar os modos de funcionamento dos CLS investigados. Deste modo, foram elencadas em três categorias e subcategorias para atender aos objetivos, sendo eles: I- Os conselhos locais de saúde: composição, atividades realizadas e livros ata; II - Relações no conselho; como subcategorias: a relação do conselheiro com a função, a

visão dos conselheiros e gerentes, representar e ser representado, e a relação entre gestores e conselheiros; e III - Controle social explícito e implícito.

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Toda escrita é ao mesmo tempo um encontro e um desencontro. E toda escrita somente poderá surgir de algum encontro (CAMPOS, 2005, p. 574).

No encontro tecemos relações e nessa pesquisa nos encontramos com os usuários, trabalhadores do serviço de saúde e moradores da área de abrangência. E foi desses encontros que os escritos dessa dissertação frutificaram-se.

A escrita é fruto das relações com as instituições. A análise da implicação indaga sobre a existência de fato de neutralidade na pesquisa, nas relações entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (LOURAU, 1993). Este questionamento justifica-se pelo fato de sermos atravessados pelas diversas instituições (família, educação, profissão, divisão técnica do trabalho) e mesmo o pesquisador é atravessado e os sujeitos da pesquisa também, desta forma, faz-se necessária a “análise do saber inconsciente próprio de nossas relações com a instituição” e “obrigou o terapeuta a se situar em relação a todas as determinações da instituição” (LORAU, 2004, p. 133).

A proposta da análise de implicação é ser realizada coletivamente. Desta maneira, considero aqui uma “pré análise” da implicação da pesquisadora, uma aproximação e tentativa de colocar explícito as instituições que “falam”. Revelar essas instituições presentes, permite o reconhecimento do lugar ocupado pelo pesquisador (FORTUNA, et al, 2016).

O ponto de partida é a aproximação com a questão da participação em espaços ditos decisórios, mas estou extra implicada com o tema da participação no SUS, Sistema de Saúde esse que defendo, pois considero a saúde como um direito e dever do estado.

Outro fator, foi a contradição da neutralidade na pesquisa, apesar de saber que não há, tive dificuldade em me posicionar em relação ao quadro político do país. Considerei necessário manter uma neutralidade devido ao contexto conturbado, acarretando em minha “desterritorialização”. Todavia, após conversas e leituras reconectei-me. O fato de querer a neutralidade já é um posicionamento não neutro.

Com a colaboração do coletivo de pesquisadores, percebi que não consegui me colocar no lugar do trabalhador em relação as atividades voluntárias, justamente porque até o momento não ocupei este lugar. O trabalho voluntário, na minha visão, deixa de ser quando há uma troca relacionada a valor monetário.

Com esse início de análise de implicação, apresentamos a seguir os resultados e a discussão das categorias. Estas categorias estão interligadas, ora foram retomadas algumas considerações devido à indissociabilidade do contexto que permeia a realidade pesquisada. No decorrer, tratamos de destacar alguns conceitos do referencial teórico.

9.1 Os conselhos locais de saúde: composição, atividades realizadas e livros atas.

No primeiro CLS selecionado houve um período de inatividade, a nova gerente da UBS reativou o CLS 1 devido ao incentivo do secretário da saúde da gestão de 2011, do referido município, com o intuito de aderir ao PMAQ.

a gente tá, por exemplo, no PMAQ tá no programa de melhoria acesso qualidade, uma das coisas que pergunta é “nós, alguma coisa que tenha controle social, seja o conselho local” que não tem em todas as unidades hoje (Gerente CLS 1).

O objetivo do PMAQ é incentivar a ampliação do acesso e da qualidade da AB permitindo e estimulando a transparência e efetividade das ações do governo. Por meio do incentivo aos gestores e equipes a melhorarem o funcionamento da AB, é previsto um serviço de saúde, no qual ofereça uma melhor qualidade na atenção, promovendo a participação e o controle social, a satisfação do usuário, maior responsabilidade dos funcionários, dentre outras, sempre com o compromisso para a melhoria da qualidade (BRASIL, 2015 p.12). Com a adesão ao PMAQ, o município recebe recurso financeiro complementar para ações específicas para a AB, evidenciando a intencionalidade de manter os CLS ativos.

O CLS 2 foi constituído com base na necessidade, percebida pela gerência, da ampliação da unidade de saúde devido ao aumento da demanda. Desta maneira, convidou lideranças da AM para a criação do CLS e, conseqüentemente, o pedido para a reforma na unidade de saúde. Neste sentido, percebe-se a influência da gerente no processo de instauração do CLS motivada pelo interesse em melhorar as condições de infraestrutura da unidade.

No município, dos nove CLS ativos, considerando a publicação do resultado da eleição no diário oficial, poucos continuam desenvolvendo atividades. Vários fatores colaboram para este fato como, por exemplo, a troca de gerentes nas unidades de saúde

e a inatividade da AM. Desta maneira, vale considerar os CLS ativos como uma força potente que resiste a esses entraves.

A presença do CLS, então, torna possível uma força a mais na solicitação de recursos para a unidade de saúde, beneficiando tanto o local de trabalho dos servidores, quanto em relação a ambientação nos atendimentos aos usuários.

A seguir, trataremos de como são organizados os trâmites para comporem o CLS e quem são os atuais conselheiros.

9.1.1 Composição

Os membros do CLS são eleitos pelo voto direto. Na tabela de número cinco, estão dispostos os dados dos participantes entrevistados, seguindo a ordem: código, idade, sexo, atividade/formação/atividade laborativa, tempo de serviço ou de moradia na área de abrangência e participação em atividades coletivas.

Para o sigilo dos participantes, foram adotados os seguintes códigos de identificação: CLS 1 para o conselho local de saúde mais antigo; CLS 2 para o segundo mais antigo; RS, para os representantes dos servidores; RAM, para os representantes da associação dos moradores; RU, para representante dos usuários; Gerente; e IF, para os informantes-chave, todos seguidos por ordem numérica conforme a cronologia das entrevistas.

Tabela 5 – Caracterização dos membros efetivos e suplentes entrevistados dos CLS

Código	Idade	Sexo	Escolaridade/ Formação/ Atividade laboral	Tempo de serviço/ Habita no território	Participa(ou) em atividades coletivas
RS 1 CLS 1	47	M	Auxiliar de Enfermagem	Trabalha há 7 anos	Foi membro do sindicato dos servidores municipais Atual: Comitê de ética de enfermagem da SMS

Continua

Código	Idade	Sexo	Escolaridade/ Formação/ Atividade laboral	Tempo de serviço/ Habita no território	Participa(ou) em atividades coletivas
RS 2 CLS 1	43	F	Agente Comunitária de Saúde	Mora há 23 anos Trabalha há 17 anos	Participou da associação dos moradores
RS 3 CLS 1	42	F	Auxiliar de Enfermagem Cargo/função: Agente Comunitária de Saúde	Mora há 41 anos	Associação dos moradores há 15 anos; Pastoral da saúde; Pastoral da criança
RS 4 CLS 1	45	F	Dentista Mestre Especialista	Trabalha há 4 anos	Não participa
RS 5 CLS 1	35	F	Técnico em saúde bucal	Trabalha há 3 anos (14 anos na rede pública)	Não participa
RS 6 CLS 1	45	F	Farmacêutica	9 anos	Membro do conselho de farmácia; Associação de fotógrafos; Oficina de oração
RAM 1 CLS 1	71	F	Fundamental incompleto	43 anos	Eucaristia para os enfermos; Grupos de liturgia
RU 1 CLS 1	25	M	Enfermeiro	25 anos	Centro cultural afro- brasileiro; Conselho municipal da juventude
RU 2 CLS 1	54	F	Assistente Social especialista	Não mora na região	SENAC ações sociais

Continuação

Código	Idade	Sexo	Escolaridade/ Formação/ Atividade laboral	Tempo de serviço/ Habita no território	Participa(ou) em atividades coletivas
Gerente CLS 1	51	F	Dentista	Trabalha há 7 anos (25 anos na rede pública)	CEMAS
Gerente CLS 2	60	F	Enfermeira Especialista	Trabalha há 13 anos	Não participa
RS 1 CLS 2	30	M	Auxiliar de Enfermagem	Trabalha há 5 anos	Não participa
RS 2 CLS 2	60	F	Médica Especialista	Trabalha há 6 anos	PMAQ
RS 3 CLS 2	38	M	Médico Doutorado	Trabalha há 1 ano e 8 meses	CEBES; Partido PCB
RS 4 CLS 2	44	F	Cirurgiã dentista	Trabalha há 1 ano e 6 meses (11 anos na rede pública)	PMAQ
RS 5 CLS 2	47	M	Agente administrativo	8 anos (prefeitura administrati vo). Mora há 30 anos	Não participa
RS 6 CLS 2	48	F	Enfermeira	Trabalha há 2 anos	Igreja
RS 7 CLS 2	61	F	Técnico de enfermagem	Trabalha há 3 anos (23 anos na rede pública)	Não Participa
RU 1 CLAS 2	62	F	Médio completo	Mora há 41 anos	Ginástica para a terceira idade; Foi filiada ao PT

Continuação

Código	Idade	Sexo	Escolaridade/ Formação/ Atividade laboral	Tempo de serviço/ Habita no território	Participa(ou) em atividades coletivas
RU 2 CLS 2	72	M	Fundamental incompleto Aposentado	Mora há 72 anos	Dirigente do grupo espírita
RAM 1 CLS 2	76	F	Aposentada	Mora há 60 anos	Associação de moradores; Coral
RAM 2 CLS 2	65	M	Jornalista	Mora há 22 anos	Governo do bairro; Assembleias sindicais
RAM 3 CLS 2	60	M	Autônomo	Mora há 60 anos	Conselho administrador da igreja; Delegado da federação do comércio; Foi presidente e vice presidente do clube de feirantes
RAM 4 CLS 2	55	M	Comerciante	Mora há 29 anos	Associação dos moradores; Associação do comércio; Filiado ao PR

Fonte: dados da pesquisa.

Conclusão

Com relação a sexo e idade dos participantes, 15 são mulheres (62,5%) com idades entre 35 e 76 anos (média de 53 anos) e 9 são homens (37,5%) com idade entre 25 e 72 anos (média de 49 anos). O tempo de serviço na referida unidade é de 6 anos (média). Os 8 participantes que residem na área de abrangência têm em média 44 anos.

Nota-se a diversidade de indivíduos envolvidos no CLS, somente 2 possuem ensino fundamental incompleto, sendo um RAM e um RU, os demais participantes possuem nível técnico, graduação e pós-graduação. A diversidade de formação, de saberes, pode tornar o grupo potente para discussões e reflexões.

Para a composição dos membros do CLS são realizadas eleições para as funções de representante dos usuários (RU) e a indicação de moradores pela Associação de Moradores (AM) para os Representantes da Associação dos Moradores (RAM) que também são eleitos pela população da área de abrangência. Para iniciar o processo

eleitoral é formada uma comissão eleitoral, constituída por um conselheiro municipal (para auxílio, não é obrigatória a presença), conselheiros locais da gestão anterior e a gerência. A urna é aberta e encerrada no mesmo dia, não há número mínimo de votos.

Não tem [número mínimo de votos], é aquele que consegue naquele dia naquele período, normalmente ele é convidado na última eleição o presidente da [Federação das Associações de bairro] acompanhou, é interessante você ter uma pessoa neutra para ver a lisura do processo. [...]. Aqui o mais votado que é o presidente [...] a gente publica o edital de convocação [...] e é divulgado boca a boca também, tem uns panfletinhos, mas é basicamente isso. No jornal a gente publica uma convocação que a eleição será, acontecerá no dia tal, também tem os cartazes que põe na banca, nas padarias (RAM 2 CLS 2).

O decreto nº 72 de 03 de maio de 1995, sobre o regimento interno das CLS, é pouco descritivo, não menciona o processo eleitoral, os membros serão indicados pelo prefeito. Todavia, os dois CLS realizam eleição para a composição dos membros. Em 2017 foi proposto no evento da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) o I Fórum de Conselhos Locais de Saúde, com o intuito de trocar experiências e unir os conselheiros. Neste evento foi verificado a necessidade de repensar o atual regimento interno, desta maneira, outros encontros foram realizados, por intermédio do Centro Brasileiros de Estudos de Saúde (CEBES), para a reformulação coletiva do regimento. Percebe-se que há um movimento de pensar estratégias de melhoria.

Os participantes da pesquisa referem que poucas pessoas manifestam interesse em participar do CLS, sejam os servidores, sejam os representantes dos moradores e da associação - os motivos alegados serão explorados adiante. Na pesquisa de Monceau, diante da falta de candidatos, os diretores procuram ocupar o cargo (representantes de escolares), nestes casos há uma relação de proximidade sociocultural entre eles, acarretando na falta de representação sociológica (MONCEAU, 2009).

Nos CLS ocorre o mesmo movimento; diante da falta de candidatos para a representantes dos usuários, os gerentes recorrem as AM para indicação de nomes e na divulgação nos espaços da UBS para todos que frequentam a unidade de saúde:

Eu tinha um convênio médico [...] perdemos esse convênio aí eu comecei a acompanhar a minha saúde na rede pública e no dia que eu estava aguardando consulta a gerente do posto disse que haveria um conselho local, ia ter uma reunião e que quem quisesse participar que desse o nome, e eu vi uma situação interessante de me aproximar desse conselho. Embora nem conhecia como funcionava, levantei minha mão dei meu nome e participei e já foi uma chapa eleita eu já

me integrei também e a gente [ele e a esposa] começou a vir (RU 2 CLS 2).

Não, ele era nosso usuário mais eu nunca tinha tido contato com ele, começou a frequentar naquela época, fez parte da comissão de supervisão da obra [reforma da unidade] ajudou bastante (Gerente CLS 2).

Nas duas realidades a continuidade das atividades estão associadas a exigências institucionais, no caso, o município. Então, é necessário que a composição esteja completa para realização da eleição e publicação no diário oficial e considerar os CLS como ativos diante da SMS e avaliação do PMAQ.

No caso dos servidores, a gerência realiza consulta dentre os trabalhadores e na falta de manifestação por parte dos servidores, realiza-se convites individuais, na tentativa de preencher os cargos vagos para proceder o processo eleitoral.

Precisava firmar a estrutura, e faltava um membro, perguntou [o gerente] se poderia colocar o meu nome, a princípio eu falei “pode” para ajudar o posto, mas depois isso veio até me contrariando [...] não faz um horário que eu posso vim [...] porque poderia muito bem colocar o nome então, de quem ela queria que ficasse como secretária. Não é minha pessoa que era importante para fazer parte, era o nome para poder dar a estrutura que precisa (RS 4 CLS 1).

As motivações em relação ao convite para fazer parte dos CLS são divergentes de acordo com as entrevistas. Alguns participantes acreditam que uma pessoa pode ser convidada por ter participação em atividades coletivas, tais como associações, e outros veem o interesse em colocar alguém para compor a vaga.

Muito característico na época da eleição. Que existe a caça [ênfase na palavra - voz mais alta] das pessoas para se colocar como candidato. A gerente sai caçando quem quer colocar como candidato (RS 3 CLS 2).

A AM faz o mesmo movimento na busca de preencher os cargos vagos, uma das conselheiras relata que aceitou o convite devido ser importante para a AM. Esta associação também tem interesse em dar continuidade às suas atividades.

Estavam precisando de pessoas para participar, “a gente não tem nenhum candidato a senhora poderia participar? Ajudar a gente” Eu falei “olha eu não tenho muito tempo”, mas falaram que era pouco, era só uma reunião por mês. Eu pensei “bom, se é do interesse da associação e do jornal”, entrei na livre espontânea vontade [risos] e estou até hoje (RAM 1 CLS 2).

A divulgação da eleição é realizada por meio de cartazes fixados na unidade de saúde e verbalmente pelos candidatos à RU. A gerente refere avisar todos os munícipes. Entretanto, não há uma forma de divulgação mais ampliada para alcançar grande parcela dos moradores da área de abrangência.

Todos os munícipes, eles são avisados também em torno de 7 a 10 dias antes, eu coloco o cartaz na frente falando da eleição [...] eu falei que [a divulgação] cabia aos que estavam se candidatando. Eu expliquei que o mais votado seria eleito [...] então cada um fez sua boca de urna, cada um no seu bairro para trazer os eleitores [...] (Gerente CLS 1).

Cada candidato, então, realiza sua campanha. Este dado corrobora com os autores Domitrovic, Araujo e Quintanilha (2013) sendo os RU colocados no papel de divulgadores e ajudantes (DOMITROVIC; ARAUJO; QUINTANILHA, 2013). Neste movimento, não há uma discussão sobre propostas como futuro conselheiro, sobre a intencionalidade de candidatar-se, sugerindo uma questão de favor político pela proximidade afetiva sem considerar a existência de um plano de trabalho.

Eu lembro que um dia específico a urna ficou aberta e a própria população vai na unidade e realiza a votação do seu candidato [...] eu acho que o candidato que mobiliza as pessoas, que mais consegue trazer as pessoas pra unidade pra votar, esse vai ser o candidato eleito. Não tem uma discussão mais aprofundada sobre a proposta daquele candidato enquanto representante da população é mais uma mobilização às vezes de amigos, de familiares, pessoas conhecidas que estão dispostas a sair da sua casa e ir na unidade fazer a eleição (RU 1 CLS 1)

Este fato tem uma aproximação com uma das características da identificação partidária, sendo afetiva e rotinizada, mais do que racional (SPECK; BALBACHEVSKY, 216).

Alguns moradores da área de abrangência vão até a unidade para votar são aqueles que têm proximidade com os candidatos a conselheiro, os demais são usuários presentes na unidade de saúde para atendimento ou moradores que estão passando em frente à unidade de saúde e são convidados a votar:

Os que estão esperando consulta que são a grande maioria, a maioria que vota ou quem os candidatos convidaram (Gerente CLS 1).

Eu fui porque [nome] me falou, ele convidou muita gente, convidou a população, assim ele tem um bom relacionamento e convidou bastante pessoas, dos moradores ele chamou uma boa parte, para ir votar, para participar (RAM 4 CLS 2).

Neste momento, os usuários são avisados sobre o porquê da eleição, parte da comissão eleitoral presente informa que a participação dos usuários no CLS tem o intuito de melhorar as questões relacionadas à unidade de saúde, no que se refere às necessidades da UBS e da população como, por exemplo, problemas de agendamento e falta de insumos.

No CLS 1 há uma preocupação dos trabalhadores em inserir um representante de cada categoria profissional no CLS. Entretanto, devido a demanda de atendimentos e serviços da unidade de saúde não permite a participação de todas as categorias. Um exemplo é da equipe de enfermagem, não está presente - ativamente - neste CLS devido às demandas do serviço de saúde.

Em síntese, a composição do mandato de 2 anos do CLS é realizada por meio de eleição. Os lugares são ocupados para completar o quadro de funções, havendo a falta de interesse, é realizada uma “caça” para indicação de nomes. Há um interesse da própria AM a continuidade de indicar pessoas para ocupar a função. Os RU e RAM são considerados ajudantes e divulgadores da eleição e não há uma discussão aprofundada sobre as propostas do candidato. Desta maneira, quem vai até a unidade votar são amigos e familiares do candidato, demonstrando uma proximidade afetiva. Os demais que votam são os usuários presentes na sala de espera da unidade. Há uma preocupação para que todas as categorias dos servidores sejam representadas, mas a falta de disponibilidade da equipe de enfermagem acarreta na não participação.

9.1.2 Os conselheiros: ausências e desligamentos

A pesquisa realizada na França, por Gilles Monceau (2009), com representantes de pais de escolares em conselhos, revela uma diferença entre a quantidade de professores e de representantes, sendo a participação majoritária de professores. Esta investigação apresenta similaridades e divergência com os dados dessa pesquisa. Como divergência verificamos a presença equitativa na constituição do CLS e como similaridade identificamos a participação nas reuniões é diferenciada, com baixa

permanência dos usuários, considerando o período em que é eleito até o final do mandato, fato este, explorado ao longo deste subitem.

De acordo o decreto vigente sobre os CLS, a composição de membros deve ser paritária, no entanto, nos CLS investigados, ambos possuem 6 representantes da associação dos moradores, 4 representantes dos usuários, 10 dos servidores e 1 gerente, no início da gestão. Não condiz com o decreto, como mencionado no método da presente pesquisa. A justificativa para a inclusão de suplentes para os RU e RAM é justamente a questão do frequente desligamento e ausências. Na tabela a seguir relacionamos a quantidade e o motivo do desligamento:

Tabela 6 – Total de representantes dos usuários e da associação de moradores e os motivos dos desligamentos/ausências

CLS	Código	Número de participantes inicialmente	Número de participantes atualmente	Motivos
CLS 1	RAM	3 Titulares 3 suplentes	1 Titular 0 suplentes	Problemas de saúde
	RU	3 Titulares 1 suplente	1 Titular	Mudança de cidade; Problemas pessoais; Agenda de trabalho
CLS 2	RAM	3 Titulares 3 suplentes	2 Titulares 0 suplentes	Não especificado; Agenda de trabalho
	RU	3 Titulares 1 suplente	2 Titulares 0 suplentes	Desmotivação; Problemas de saúde

Fonte: dados da pesquisa.

No CLS 1, um RU era suplente, mas devido ao pedido de desligamento do titular, passou a assumir a função. Verifica-se que, dos 10 RAM/RU, somente 2 estão participando das reuniões mensais. No CLS 2, do total de representantes, 4 permanecem frequentes nas reuniões do CLS, o dobro do primeiro CLS.

Um dos fatores observados, pode ser potente para a participação, principalmente dos RAM, é a atuação da AM ao qual estão vinculados. A AM pertence a área de

abrangência da UBS do CLS 1 não está desenvolvendo atividades. Já a outra AM está ativa e desenvolve atividades como, por exemplo, a revitalização de praças do bairro.

Em relação a participação dos servidores, a tabela a seguir demonstra o número de funcionários que participam das reuniões dos CLS.

Tabela 7 – Total de representantes dos servidores e os motivos dos desligamentos/ausências

CLS	Número de participantes inicialmente	Número de participantes atualmente	Motivos
CLS 1	5 Titulares 5 suplentes	3 Titulares 3 suplentes	Horário do serviço; Demanda do atendimento; Transferência de local do trabalho
CLS 2	5 Titulares 5 suplentes	1 Titular 1 suplente	Não tinha conhecimento da função; Demanda do atendimento.

Fonte: dados da pesquisa.

No CLS 1, o número de RS supera o número de RAM/RU, estabelecendo uma relação de 6 para 2, respectivamente. Entretanto, as reuniões são abertas à população, outros servidores são convidados a participar, sem poder de voto, mas podem contribuir com a discussão. Há um movimento contrário no CLS 2, sendo 2 RS e 4 RAM/RU.

Durante a investigação, por meio da observação, foi possível notar que o gerente da UBS (CLS 1) realiza a divulgação da reunião do CLS para todos os funcionários, fixando avisos no registro de ponto dos servidores e nos corredores da unidade. Também pede para os funcionários avisarem os demais antes da reunião. O gerente da UBS (CLS 2) faz o contato via telefone aos RAM e RU reforçando sobre a data e horário da reunião; não foi notado outro tipo de divulgação para os RS. Nota-se o movimento dos gerentes de lembrar os demais conselheiros sobre a data e o horário da reunião, priorizando os titulares. Este movimento demonstra uma preocupação com as reuniões.

A não participação da maioria dos suplentes é relacionada à própria questão da suplência, participação na ausência dos titulares. Todavia, a maioria refere não ser comunicado sobre participar na ausência do membro efetivo. Alguns suplentes informaram que a participação até o presente momento foi no dia da votação.

Um dos RS não sabia de sua condição de suplente, segundo o gerente da UBS, ele não foi avisado das reuniões por ser suplente.

Quando fui me apresentar e apresentar a pesquisa, ele fez uma cara de espanto ao saber que era suplente. A gerente demonstrou ficar um pouco desconcertada com a reação dele, e disse que não o chama para a reunião, porque ele é suplente (Diário de Pesquisa - 05/10/17).

Em relação a ser suplente devido a indisponibilidade de tempo, quando indagados, dizem que aceitaram por não terem a responsabilidade e sentem-se tranquilos em relação a ausência nas reuniões devido ao aviso prévio da não disponibilidade e pelo fato dos suplentes participarem na ausência do efetivo.

Agora [neste mandato] por questão de tempo eu pedi para ser suplente, porque eu não tenho disponibilidade de participar de todas as reuniões, acontecem à tarde durante o período de expediente e muitas vezes eu estou trabalhando, estou atendendo um cliente eu não posso priorizar o conselho em detrimento do meu ganha pão (RAM 2 CLS 2).

[...] como eu não tinha uma responsabilidade, porque eu seria um suplente, se caso faltasse alguém, se desse algum problema, ele me chamaria e eu participaria. Então eu falei “não, se for dessa forma eu vou”, mas até hoje parece que ele não precisou de mim, então eu nunca fui (RAM 3 CLS 2).

A questão de ser suplente parece “isentar” o conselheiro da responsabilidade de estar presente em todas as reuniões e fica como um sujeito na retaguarda, aguardando ser solicitado e isto não ocorre, devido à valorização da presença do presidente e da necessidade do quórum para dar encaminhamentos. A título de exemplificação, citar as reuniões para dar seguimento nos ofícios de requisição de insumos à SMS.

Os demais RU e RAM aposentados não participam devido aos problemas de saúde, sendo um dos motivos de preocupação da gerência, como na fala:

[...] a [nome] está com problema de saúde e está afastada por ordens médicas, então me preocupa isso, hoje são as duas, amanhã vai ser a [nome]. O presidente da associação já não está vindo, eu fico com receio do conselho morrer por falta de participação social de conselheiros mesmo (Gerente CLS 1).

Os espaços legitimados nascem para um propósito. Entretanto, esses espaços poderiam deixar de existir quando não há, na atualidade, o uso? Goulart (2010) considera a participação dos usuários nos conselhos de saúde como recente e do modo

como está ocorrendo há muitos entraves, mas é melhor “qualquer uma” do que a inexistência deste espaço (GOULART, 2010, p.56).

O movimento de autodissolução ou denominado força de autodissolução, na AI, está presente em todas as instituições. Esta força pode ser invisível e está em constante contradição (LOURAU, 1993). Trata-se da capacidade de previsão da própria morte de um grupo e a partir disso, pode decidir sobre a extinção ou não do grupo, quando não exerce a função que lhe foi dada (BAREMBLITT, 2002), ou seja, o propósito para o qual foi criado (FORTUNA et al, 2014).

Em suma, os conselheiros foram desligados devido a problemas pessoais e de saúde. As ausências são de conselheiros suplentes que assumiram a função para compor o quadro de votação, sem o compromisso de estarem presentes nas reuniões e/ou atividades desenvolvidas pelos CLS devido ao tempo. Há o receio do CLS não ter mais representantes devido o possível movimento de autodissolução.

9.1.3 Atividades realizadas

As atividades desenvolvidas pelos CLS 1 são: artesanato, participação em feiras de exposição e o mutirão de combate ao mosquito transmissor da dengue. No CLS 2, as atividades organizadas são: o artesanato, o Reiki⁷ e palestras. A reunião ordinária é considerada a principal atividade de ambos os CLS; neste espaço os conselheiros reúnem-se uma vez por mês e é aberta para os demais servidores e usuários. Os resultados apresentados e discutidos foram por meio da participação nas atividades e nos dados produzidos durante as entrevistas individuais.

Durante as reuniões dos CLS, os participantes demonstravam interessados e disponíveis para colaborar com a unidade de saúde. Não foi observado em nenhum momento a contestação das pautas e informes.

Tem pessoas que tem mais participação, mais ativa e tem outros que ficam mais passivos, só votam e discute tal, mas é... não tem assim uma predominância [...] que não traz contribuição, uma pauta (RAM 2 CLS 2).

⁷ Prática religiosa individual que considera a mente-espírito. Ritual que utiliza as mãos para emanar energias (MIWA, 2012).

Em uma das reuniões observadas, foi colocado em pauta se o CLS 2 iria apoiar ou não o movimento contra a possibilidade do fechamento de uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) para substituir por um serviço de especialidades e o discurso do RS foi salientando a importância da unidade de saúde por tratar-se de um local de fácil acesso e principalmente por ser uma unidade com diversos tipos de atendimentos como, por exemplo, de especialidades médicas e odontológicas, de pronto atendimento, de atividades de promoção e prevenção da saúde e, possivelmente, iria acarretar em uma maior demanda para a unidade de saúde ao qual o CLS pertence. Os demais representantes concordaram, sem contestar as informações.

A proposta da implantação do serviço de especialidades no lugar da UBDS, coloca mais uma vez a questão dos recursos financeiros para o município, devido ao fato de ser um ambulatório custeado pelo Estado, cerca de 20 milhões de reais por ano (RIBEIRÃO PRETO, 2018), minimizando os gastos do município, o debate gira em torno da possível perda da UBDS. A prefeitura poderia construir em outra área, aumentando uma unidade de saúde e não substituindo. Posteriormente autorizada a construção do serviço de especialidades em outro local do município, este fato, pode estar atrelado às investidas do movimento contra o fechamento da UBDS.

O CLS é um espaço político, há um movimento de introduzir questões para além de problemáticas com a infraestrutura e recursos humanos da unidade de saúde. A presença do conselheiro que também representa o CEBES, ou seja, o agente (para a AI) faz uma tentativa de trazer o “debate” político. Obviamente, há o interesse por parte do CEBES na tentativa de recrutar aliados ao movimento.

Cabe destacar a importância dos agentes nas instituições, o CLS como uma instituição, os agentes transformam e mantêm a instituição (LOURAU, 2004). O agente que realiza este movimento é considerado pela AI como um espírito de iniciativa da cooperação com participação integradora. Entretanto, não foi realizado um contraponto das informações, induzindo o grupo ao pensamento exposto.

O agente movimenta-se no sentido do instituído como uma forma de manter o poder hierárquico. Reforçando a proposta, da dissertação, do grupo realizar a autoanálise e se autogerir, considerando a análise das implicações.

As reuniões ocorrem em horário comercial, horário e data condizentes ao funcionamento da unidade de saúde, dificultando a participação de usuários que exercem atividades laborativas. Referem a ausência de discussão para o acordo do

horário. As atividades do CLS não são remuneradas e são consideradas trabalho voluntário. Então, como pode ser notado na tabela de caracterização dos participantes da pesquisa a grande maioria dos RU são aposentados.

[...] mas geralmente são pessoas assim, aposentadas, que tem mais o tempo de vir, porque geralmente as reuniões é durante o dia. Então, pessoas que trabalham é mais complicado de vir para reunião e é importante participar das reuniões. Não pode faltar muito (RAM 1 CLS 1).

Uma das RS refere não participar devido ao horário da reunião ser quando ela está em outro serviço. Acarretando em desentendimento e “desencanto” pelo CLS. A gerente refere que este horário, pela manhã, foi a pedido dos RU e RAM, devido a temperatura ambiente no período da tarde que dificultaria a locomoção deles até a unidade de saúde.

Comecei a participar, só que, eu vi que os horários não estavam fazendo para que eu possa participar. Então eu fui desencantando sabe, porque já é muitos outros detalhes aqui dentro também. Eu fui desencantando, falei “não vou ficar brigando” (RS 4 CLS 1).

As reuniões ordinárias duram cerca de 1 hora, contados a partir de quem coordena a reunião, sendo os gerentes na maioria das vezes, os porta-vozes dos informes e pautas. O curto tempo disponível dos encontros também é colocado como dificultador. A RU presidente do CLS 1 preocupa-se com a relação entre os trabalhadores, segundo ela, compreender as relações de trabalho poderia colaborar para entender por que os demais membros não se manifestam durante as reuniões. Entretanto, considera o tempo disponível restrito, para a compreensão deste fato.

[...] ainda percebo, por exemplo, pessoas que trabalham dentro do posto ainda não conseguem se colocar enquanto profissionais naquele espaço. Não saberia te explicar o que acontece. Eu gostaria de ter tempo, mais tempo para poder compreender as questões que envolvem, que a gente só vê durante a reunião ou em alguns momentos que eu passo por lá, para ver se está tudo bem ou em algum momento em que eu sou acionada, mas é muito eventualmente que eu sou acionada pela UBS (RU 2 CLS 1).

A falta de tempo faz corroborar com a priorização das atividades. No caso dos RS, eles priorizam a assistência aos usuários como, por exemplo, aos atendimentos de cada competência profissional. No caso dos RU e RAM, o tempo é destinado às

atividades laborativas e nas demais atividades desenvolvidas; um dos RU relata que sua prioridade é a atividade de outro coletivo ao qual participa.

[...] precisa dar um *start*, minha tentativa de dar um start também se frustrou porque eu não tinha tempo. Acabei não tendo tempo de fazer o *start*. [...] Tem que delegar para alguém. Alguém tem que ficar responsável, você teve ideia, leva “abraça” [...] alguém precisava tentar fazer o projeto, eu falei “não, deixa eu tentar fazer o projeto” [...] não consegue botar no papel ter tempo para isso é uma das grandes questões pelo menos do que eu acho [...] é a questão de tempo. [...] Tempo para fazer essas coisas, você tem que priorizar alguma coisa. No momento estou priorizando muito mais a questão do movimento contra o fechamento [da unidade de saúde] eu não posso tirar um dia do meu trabalho para me dedicar como conselheiro. Eu tenho que usar minha hora de folga [...]. Se eu tivesse tempo pra fazer curso, também tem curso que são pra quem é conselheiro. Existem alguns cursos que são oferecidos (RS 3 CLS 2).

Não dá nem tempo porque todo mundo é corrido é pouco funcionário [...] para muita gente (RS 7 CLS 2).

As demandas do serviço de saúde, a quantidade insuficiente de funcionários para suprir a demanda e a organização da dinâmica do serviço, são atribuídas a falta de tempo. Para a AI o *tempo* é um analisador potente presente, principalmente, na atualidade, devido ao ritmo de trabalho, a produção pela moeda de troca, no capitalismo. Merhy e Franco (2009) tratam sobre o trabalho em saúde que trafega pelo lado oposto ao da produção somente pela remuneração financeira, tendo o “trabalho vivo em ato” a intenção de produzir cuidado, para atingir as necessidades de saúde dos usuários (MERHY; FRANCO, 2009).

Outro fator importante é a reunião ser adiada ou cancelada quando o gerente é convocado para uma reunião na SMS ou outro compromisso que o impossibilite de participar. A não priorização da reunião do CLS pode estar atrelada ao poder da SMS sobre o funcionário. No regimento interno do CLS do referido município as reuniões deliberativas poderão ocorrer na presença da maioria simples. Não menciona a exclusividade da participação dos gerentes da unidade de saúde. Entretanto, a presença do presidente ou vice é necessária.

Normalmente [reuniões desmarcadas] é quando o doutor ou a [nome da gerente] ou se está doente (RAM 1 CLS 2).

A justificativa para tal fato são as pautas e os informes da SMS repassados pelo gerente ao CLS. Desta maneira, as pautas e os informes são colocados na maioria das vezes pelo gerente, como observado nas 4 reuniões de cada CLS.

A nossa gerente e o presidente mesmo, que ele é bem atuante com eles discutem bastante está sempre aqui, eles trazem mais [pautas] (RS 2 CLS 2).

Demonstrando uma hierarquia associada ao conhecimento profissional ou ao lugar ocupado nas organizações e estabelecimentos. O conhecimento (cima-para-baixo) coexiste com o saber (baixo-para-cima) e são associados a hierarquia, utilizado como ferramenta de mediação entre valores sociais e realização de objetivos (CARIA, 2014).

As reuniões são, na maioria das vezes, para o repasse de informações; corrobora com outros estudos e a visão de alguns enfermeiros, também possuem essa compreensão (MARTINS; SANTOS, 2012).

A presidente do CLS 1 ao perceber esta linha horizontal e repasse de informações por parte da gerente, realizou em uma das reuniões um exercício grupal na tentativa de dar voz a todos os membros e presentes na reunião. Neste dia, a RU precisou interferir algumas vezes chamando a atenção para o respeito a fala do outro. A dinâmica era quem tivesse em seu poder o objeto, poderia falar. Na entrevista a RU verbaliza que o intuito era de romper com a questão da fala centrada na gerente.

Eu acho que é uma questão de respeito da hierarquia talvez, porque esses moradores estão ali na condição de comissão, mas há uma dinâmica dentro daquela UBS, de qualquer uma né, talvez da hierarquia mesmo. “Eu vou escutar o que cada um tem a falar” e não se julga importante naquela solução. Eu percebo isso muito forte em todas as reuniões. Então, foi quando eu intervi, quando eu pedi a intervenção: “Então vamos dar objeto de fala para poder escutar todo mundo” (RU 2 CLS 1).

Esta foi a primeira tentativa da presidente, devido à preocupação em dar voz a todos os envolvidos. Entretanto, foi uma dinâmica que surgiu da visão dela, não foi explicitamente uma questão verbalizada pelo grupo e também não foi dito qual a real intencionalidade da dinâmica. Ao final da entrevista com a RU 2, atual presidente do CLS, questionou-me como ela poderia trabalhar a questão da hierarquia e da relação entre os servidores e considera fragilizada, por isso os demais não conseguem

verbalizar. Respondi que ela poderia colocar em pauta essas duas questões e discutir com o grupo, no intuito de fomentar a discussão sobre a visão dos demais membros.

Na AI a encomenda e a demanda partem do motivo que o analista é solicitado e qual a relação estabelecida com aqueles que não solicitaram a presença (LOURAU, 2004). Então, percebe-se a existência da encomenda por parte de um dos agentes, mas é necessário questionar os demais sobre a necessidade.

A maioria das questões primeiramente são informadas aos gerentes:

A gente [odontologia] reporta muito a [nome da gerente] que ela também faz parte do conselho, mas em específico (RS 4 CLS 2).

Nesta fala, a RAM coloca a questão de não expor sua opinião para não criar conflitos e considera os outros conselheiros mais capacitados e responsáveis. Subentende-se a existência de uma relação de hierarquia devido o lugar que cada um ocupa.

[...] eu sou da boa paz, se tem alguma coisa que eu não gosto e eu não puder fazer nada, mas se eu puder conversar eu até tento, mas se eu vejo que a pessoa está irreversível eu tiro o meu time de campo por que você não pode mudar uma pedra do lugar se ela não quer. Eu falo o que eu estou pensando, mas não discuto falando que ela está errada, não, eu falo “eu acho isso”, também não vou discutir isso se alguém pensar diferente de mim. Eu até acho que eles têm mais autoridade de falar de casos por que eles são mais entendidos por que eles estão aqui dentro estão vivendo no dia a dia, então quando eles dão a palavra deles eu assino em baixo, são super responsáveis o [nome do presidente do conselho] também é super responsável (RAM 1 CLS 2).

Reitera o modo de funcionamento quando há a presença do conhecimento profissional nas relações hierarquizadas. Outra fala **que** também vai nesta direção é da RU, reporta ao médico antes de levar o informe ou pauta para ser discutido.

Eu fiquei como secretária do [nome do médico] então tudo que eu pego eu passo para ele “olha está acontecendo isso, que que você acha? Vamos pôr no conselho, vamos no dia do conselho comentar?” “É vamos comentar” que eu tenho ele no meu [aplicativo whatsapp] (RU 1 CLS 2).

O gestor te respeita como conselheiro uma forma diferente.... é que eu não sofro tanto isso por ser médico, então meu *status* como médico é maior do que o *status* como conselheiro. Então, se eu for discutir o fechamento da UBDS se eu colocar que eu sou secretário do conselho

local de saúde da unidade, perde para o *status* por ser médico, mas em alguns locais por ser conselheiro eu tenho esse *status* (RS 3 CLS 2).

Uma das questões que pode estar relacionada com a comunicação direta com a gerência e do profissional médico, além da hierarquia é o não reconhecimento do CLS por parte de alguns servidores.

É uma negação, uma ausência, se ausenta. Eles [servidores] não querem participar, eles têm esse desinteresse, mas é que, não existe identidade com o conselho, não existe identidade com a própria unidade. É bom porque a unidade é mais tranquila, sabe, assim, não existe o comprometimento de “não, participar da unidade eu tenho que fazer parte do conselho para auxiliar, discutir” [...] Eu acho que eles não reconhecem o conselho, para eles a única coisa que existe é a gestão, é o gestor. O gestor manda o que tem que ser feito ou não, conselho não faz nada, conselho é uma reunião de amigos. Então eu acho que é isso que acontece (RS 3 CLS 2).

Nas entrevistas com os gestores, de ambas as unidades, utilizam-se os pronomes possessivos ao referir-se à unidade de saúde e ao CLS como, por exemplo, eu fiz, eu tive sorte, eu consegui. Pode estar atrelado a questão da responsabilidade ou também em relação a posse.

[...] a minha grande preocupação hoje **no meu conselho** inicial a gente teve que mudar, o presidente do conselho apresentou uma carta que estava se desligando por conta de outros compromissos. [...]. Essa começou com um ouvinte realmente, ela veio porque uma das pessoas que participava **do meu conselho** (Gerente CLS 1).

Nós estávamos reformando aqui, a gente estava numa casa alugada, a gente alugou uma residência e **eu consegui** montar uma unidade certinho lá com tudo, os quartos **eu fiz os consultórios**, até odonto **eu consegui levar** (Gerente CLS 2).

[...] mas ele [RU] escreve bem. Então eu acho que nesse ponto eu tive **muita sorte** (Gerente CLS 2).

No fragmento a seguir a gerente coloca a questão do estabelecimento do vínculo, do gestor de portas abertas.

Eu acho que não é só ter a participação e controle social da comunidade, mas vai fazer esse vínculo de saber a quem eles podem recorrer, que existe um gestor aqui que pode estar acolhendo as necessidades deles na medida do possível. Para quem eles vão recorrer por exemplo o pedido, eles olham e “nossa precisa reformar essa unidade” não é diretamente na câmara [...] ele precisa vir, porque

como a verba vem via Secretaria da Saúde tem que vir alguém primeiro da Saúde e **a porta sou eu**. Eu acho que é muito importante o conselho para isso essa troca de vínculo mesmo, criar um vínculo entre, **aproximar a população do gestor da unidade** para que o serviço funcione melhor para todo mundo (Gerente CLS 1).

Na fala a gerente refere a importância de o gerente estar aberto ao atendimento as demandas da população, na medida do que compete a sua função.

Destacamos o atravessamento da hierarquia nas relações de poder entre os trabalhadores e trabalhadores/usuários, como o lugar que o agente ocupa e seu conhecimento profissional. Para a AI, a hierarquia é um analisador potente para elucidar o debate sobre as relações de poder e como o coletivo compreende e coloca como por exemplo, potências e dificuldades da existência deste analisador no CLS. A questão da hierarquia dentro dos CLS, a transferência de informações para os usuários, também é discutida pelos autores (DOMITROVIC; ARAUJO; QUINTANILHA, 2013).

A maioria das reuniões do CLS 1 foram para organização de uma ação de combate ao *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue, denominado “mutirão”. O foco da ação era recolher objetos com o potencial de acumular água nos terrenos baldios e fazer orientações para a população. Esta ação foi colocada devido a previsão da vigilância em saúde de um surto epidemiológico da doença. Uma das dificuldades foi o recrutamento de voluntários, houve um movimento de insistência da gerência e da presidente do CLS, enfatizando a importância da ação, acarretando na possível redução de casos e, consequentemente, a demanda de atendimentos na unidade de saúde.

No primeiro mutirão [combate à Dengue] a dentista foi, a pediatra foi, a enfermeira foi. Eu não posso pagar plantão extra é horas em haver, mas foi porque se a gente cuidar do entorno aqui com prevenção e orientação impera menos consulta na unidade, menos paciente doente, menos custos para o município e assim vai (Gerente CLS 1).

Após a reunião houve agitação, nos corredores da unidade, funcionários chamando outros para participar do mutirão. O discurso era sobre ter “horas em haver”, parece que não há a preocupação com o intuito da atividade e sim com o que poderiam ganhar “em troca” de uma atividade realizada fora do horário de serviço, pois a atividade está programada para o sábado (Diário de pesquisa - 14/07/17).

Poucos membros verbalizaram que a atividade seria em prol da unidade de saúde. Houve baixa adesão à proposta, mesmo com as horas em haver ofertada, pode ser considerada como uma troca pelo serviço prestado.

Novamente, trata sobre a questão do horário da reunião; neste sentido, o analisador ‘tempo’ atravessando o analisador ‘dinheiro’, o fato de não receber por ser conselheiro, então, terá que ser durante o horário de funcionamento da UBS, entra em contradição com o fato dos usuários serem conselheiros voluntários.

Não, eu lembro que a conversa é o horário não pode mudar porque tem que ser um horário que os funcionários estejam aqui. A prefeitura não paga hora extra e os funcionários não podem ficar aqui por exemplo no período da noite [...]. Então, fica nesse impasse. Eu não vou conseguir participar das reuniões se for nesse sentido (RU 1 CLS 1).

Durante uma das reuniões, informaram que o último mutirão foi um sucesso e a população da outra área estava “cobrando” das ACS a ação. Entretanto, no dia, alguns moradores não permitiram recolher materiais e outros habitantes ficaram fazendo brincadeiras de cunho pejorativo. Uma ACS relatou um fato ocorrido no penúltimo mutirão (em outra unidade de saúde), quando uma senhora despejou entulho ao lado dos voluntários durante o mutirão. Neste sentido, questionamos qual o potencial dessas ações na atualidade?

A atividade foi realizada com a participação de trabalhadores de outros serviços, funcionários de outra UBS e voluntários, mas foi uma ação isolada. O modo como eles avaliaram o impacto da ação foi a quantidade de objetos recolhidos em quilograma.

Algumas Organizações Não Governamentais (ONGs), prefeituras e outras entidades também realizam mutirão, mas possui um carácter pontual para atender as necessidades momentâneas e em alguns casos aproximar a população da unidade de saúde, mas não abarcam a promoção da saúde, sendo um dos objetivos da AB.

As demais atividades desenvolvidas são o Reiki e o artesanato. Estas atividades acontecem uma vez por semana. No trecho a seguir, o RU refere que essas atividades são consideradas terapias complementares para indivíduos solitários.

[...] aqui nós temos o Reiki, não é uma religião é um sistema de doação de energias magnéticas em que o público tem aceitado bem e tem gostado. Eles vêm e recebem o Reiki. Nós temos aqui o artesanato, que é justamente a ideia do artesanato nós geramos aqui é

como uma terapia complementar, às vezes, a pessoa tem um pouco de solidão, chega aqui reúne, trabalha, saem bem e a função nossa aqui é gerar situações de **conforto** para o público do bairro (RU 2 CLS 2).

O RU enfatiza que o Reiki não é uma religião devido um desentendimento com um servidor. O servidor questionou a adoção desta atividade por considerar uma prática de cunho religioso, alegando que o estado é laico, por este motivo não poderiam realizar atividades que envolvessem crenças religiosas. O servidor alega este ser um dos fatores pelo qual não voltou a participar das reuniões do CLS. A diversidade de opiniões, neste caso, não gerou o debate e o diálogo entre os envolvidos, ao contrário, houve a desistência por parte do servidor em participar das reuniões.

A proposta do Reiki é uma doação de energia realizada com a imposição das mãos. Visa reequilibrar as energias para ajudar o organismo reajustar a fisiologia celular. Utilizada como técnica para alívio da dor. Iniciada no Japão por um monge é considerada uma técnica de canalização de energia e não uma religião (MIWA, 2012).

O grupo de artesanato, no CLS 1, possui o objetivo de ensinar aos moradores atividades para gerar satisfação pessoal e renda. Corrobora com o outro CLS, também desenvolve atividade de artesanato, como forma de terapia complementar. No primeiro CLS as ACS são responsáveis pela organização e manutenção do grupo de artesanato junto com a RU. Os RU do CLS 2 organizam o grupo. Estes grupos permanecem ativos, há muito tempo; indaga-se o motivo: seria devido a presença dos idealizadores? ou será pela questão de aprender algo que possa gerar renda?

Mas a gente de qualquer forma se sente feliz se ela aprendeu [no grupo de artesanato] a fazer uma coisa que vai trazer para ela algo, não é nem valor financeiro, mas eu falo que é valor, satisfação pessoal “eu fiz eu ganhei o dinheiro” (Gerente CLS 1).

A fala a seguir mostra a atuação do CLS conforme as necessidades surgem. No caso, uma paciente idosa teve uma queda da própria altura por causa da sinalização inadequada e o trânsito de automóveis.

Foi discutido no conselho, teve umas quedas de paciente aqui em volta [...] essa rua não tinha faixa, [o] conselho que conseguiu pintar as faixas para o morador poder atravessar, porque como uma rua assim bem... uma velocidade muito alta de carro, os moradores não conseguiam, os mais idosos (RS 1 CLS 2).

Duas questões perpassam: qual a compreensão dos conselheiros em relação à saúde e sobre a atuação do CLS ser, em alguns momentos, imediatista. Em relação ao imediatismo, não vai ao encontro dos princípios e diretrizes da AB, sendo a prevenção de agravos, a promoção e a proteção da saúde (BRASIL, 2012a). Apesar dos RU e RAM não verbalizarem os impactos na saúde, podemos inferir uma compreensão em relação a saúde para além da ausência de patologias.

As necessidades são consequências de diversos fatores, na maioria das vezes, não conseguem ser previstas. Dentre esses e outros fatores que a proposta da política de EPS para o controle social foi elaborada. A EPS contribui para o processo diário de aprendizagem no sentido de potencializar os “talentos humanos e os saberes constitutivos das histórias de vida dos conselheiros e duas comunidades” (MATOS; TURNES, 2013, p.7) em relação a realidade de cada área de abrangência.

Outra atividade desenvolvida pelos conselheiros do CLS 2 é um ciclo de palestras mensais ministrados por convidados e trabalhadores da referida unidade de saúde. Estas palestras ocorrem na sala de espera com duração média de 1 hora. Há um folder com a data e tema de cada palestra exposto no espaço reservado para os usuários aguardarem atendimento. Neste espaço foram instalados dispositivos de multimídia para a exposição de slides feitos pelos palestrantes, parte destes instrumentos foi doado por um conselheiro.

São doze palestras, com temas relacionados à saúde, sendo eles: “Como usar melhor o SUS”; “Hipertensão e diabetes”; “10 passos para uma alimentação saudável”; “Primeiros socorros”; “Prevenção do câncer de mama”; “Auto medicação e interação medicamentosa”; “Benefícios sociais”; “Terapia ocupacional”; “Doenças crônicas”; “Outubro rosa”; “Saúde bucal” e “Viva com saúde”.

Houve a participação como ouvinte na palestra sobre doenças crônicas. No dia tinha um fluxo de usuários, chegavam e saíam frequentemente, poucas pessoas ficaram do início ao fim da palestra. Dois conselheiros acompanharam a atividade. A palestra foi ministrada pelo clínico geral, que também é membro do CLS.

A palestra, neste espaço, tem potencial para abertura de um canal de comunicação entre os conselheiros e os usuários, há uma preocupação do RU em realizar a abertura da palestra, apresentando-se como conselheiro e convidando os usuários na sala de espera para participarem das reuniões do CLS.

9.1.4 Livros ata

O contato com as atas objetivou levantar aspectos sobre o modo de funcionamento dos CLS. Na ata do CLS 1 há vários documentos anexados, com 25 páginas com registros das reuniões do período de setembro de 2016 a setembro de 2017. A média de assinaturas de presença é de 10 participantes. Os registros são sintéticos, colocando somente o título dos informes e das pautas, não há descrição das discussões. Os informes são relacionados a campanhas de vacina, remanejamento de funcionários, comunicação de férias. A letra é a mesma no registro de reuniões consecutivas, e a grafia de difícil compreensão em alguns momentos. Denota que o registro fica sob responsabilidade de poucas pessoas.

Os RU e RAM fazem informes do andamento das atividades do artesanato. Sugerem atividades, mas não há registros nas atas anteriores sobre o desfecho ou conduta em relação as sugestões, um exemplo é a proposta de um levantamento fotográfico sobre inadequações e problemas estruturais, mas depois não há um retorno.

O nome da gerente é o que mais aparece. Ela informa a ocorrência de uma reclamação por parte do usuário, relata não proceder. A gerente ficou responsável de ouvir as duas partes, funcionário e usuário. Nota-se o papel centralizador da gerência na resolutividade de desentendimentos entre usuários e servidores.

Na ata, consta a avaliação do PMAQ e a unidade conseguiu melhorias a título de exemplo, a compra de um novo purificador de água e um sofá, não foi detalhado na ata quem seriam os beneficiados com tais objetos.

O primeiro livro ata do CLS 2 está desaparecido, estava em posse do antigo presidente. Há 19 páginas na ata e as demais foram disponibilizadas via *e-mail*, o conselheiro que redige, comunicou estar atarefado e deste modo atrasou na escrita das atas.

Este livro ata apresenta-se organizado e possui mais detalhes sobre os acontecimentos, mas também, não aborda sobre o resultado das questões discutidas anteriormente como, por exemplo, usuária com aparente transtorno mental, vai muitas vezes na unidade de saúde.

Podemos considerar a ata como um analisador, faz a instituição falar, demonstrando a burocratização, a fragmentação dos conteúdos devido ao tempo espaçado de reunião, o descuido com o registro, como forma de cumprir uma

obrigatoriedade. Desta maneira, os CLS parecem funcionar de maneira fragmentada, entre uma reunião e outra.

Na categoria a seguir, trataremos da relação do conselheiro com a função e entre os conselheiros e a gerência.

9.2 RELAÇÕES NO CONSELHO

Para a AI, as instituições nos atravessam “falam” através de nós, seres humanos, e do lugar que ocupamos dentro da sociedade. Neste estudo, consideramos os conselheiros como agentes da instituição denominada CLS. Os agentes são os protagonistas, dinamizam e praticam ações (BAREMBLITT, 2002). Os conselheiros então são um estado de “estar” (o lugar que ele ocupa) não o estado de “ser” completo e acabado.

A dinâmica do “estar” conselheiro inicia com a decisão de candidatar-se a função. A fala da gerente é no sentido das pessoas “se perpetuam na função” e “são sempre os mesmos”. Então, neste sentido, quem permanece participando do CLS, se propõe a candidatar-se e continuar como conselheiros?

No CLS 1 o RU vivenciou a construção da UBS e posteriormente do CLS.

Nós montamos a associação [de moradores], por necessidade do bairro que precisava de muita coisa e era através da associação que a gente teria mais chance de reivindicar [...] era interesse que a gente tinha de crescer o bairro [...] a gente acabou assumindo uma coisa daqui, uma coisa dali, até que surgiu o conselho [...] foi assim que eu comecei a participar (RAM 1 CLS 1).

Nos anos 70, ocorreu um aumento na criação de AM e outras entidades organizadas como forma de pressão e controle social para reivindicar serviços de saúde perante as secretarias municipais de saúde. Este aumento ocorreu devido a migração em massa da população rural para áreas periféricas das capitais, intensificando a desigualdade social (BRASIL, 2002). Precisamente, com a luta pela democratização, a criação de AM é um reflexo da ampliação dos espaços políticos como uma organização que propicia a participação da sociedade na discussão pública de ações nacionais e regionais (POZZER, 2010).

Com a intensificação da desigualdade social, a criação das AM foram instrumentos para reivindicar adequações para novos bairros instalados devido a expansão do município (ferrovia). O papel da AM não é somente de reivindicações aos órgãos competentes, trocas com políticos e realização de atividades para o benefício dos associados, mas a intenção é de realizar um conjunto de ações em defesa dos interesses dos moradores daquele local representado (COSTA, 2014).

No CLS 2 os RU e RAM ajudaram na criação do CLS (antigos representantes) e na reforma da UBS, respectivamente:

O grupo que me antecedia já estava trabalhando pra reforma do posto [...] essa reforma foi tão benéfica que transformou o posto que quem olha assim pensa que até um mini hospital. Ele foi bem ampliado todo o mobiliário [...] nós viemos aqui fiscalizar, ver as dificuldades que a empreiteira estava tendo ou o que estava fazendo o que não estava conveniente a gente trocava ideia, falava com engenheiro da prefeitura e foi muito bacana. Nossa participação inclusive tem um detalhe importante que a empreiteira tinha colocado os condutores que colhiam a água do telhado de uma espessura muito pequena, [...] como as chuvas hoje estão muito concentradas o condutor não ia dar vazão porque o telhado era grande e nós iríamos ter infiltração na laje e aí a gente falou com o pessoal da empreiteira. O pessoal da empreiteira falou, “mas já está colocado, não vai ter jeito” na calçada ele vai ficar um tubo grosso vai fazer uma tubulação, aí por orientação desse rapaz ele falou “não, divide se é 6 polegadas dividir duas de 3 polegadas e dá para fazer a vazão do mesmo jeito”, faz caixa coletora, e nós fizemos essa intercorrência e funcionou, trocaram os coletores. Hoje nós não temos infiltração, mesmo com a chuva concentrada, veja como o conselho é importante porque ajuda a não ter problemas no futuro, houve o problema ali na troca na época que já estava colocada, houve, mas para uma solução permanente. [...] a gente acompanhou a reforma, depois houve a inauguração e nós temos hoje o posto bem melhor do que estava (RU 2 CLS 2).

Um dos artigos selecionados na busca da literatura, aponta que a população estudada, por eles, não se envolve na criação, na implementação e no desenvolvimento do CLS devido ao sentimento de não pertencimento, consequente da descrença na política local e da intensa migração de pessoas para áreas industriais (LISBOA et al, 2016).

Na realidade dos CLS 1 e 2, há um movimento diferente, em relação ao sentimento de pertença; anunciam há existência deste sentimento por parte de alguns RU e RAM. No CLS 1 também há um fluxo de migração devido à disponibilidade de empregos na região. Alguns dos servidores entrevistados referem que contribui para a descontinuidade da assistência à saúde e reflete na não participação nos CLS.

O sentimento de pertença, manifestado por alguns participantes, de reconhecer seus direitos e deveres enquanto cidadão, pode ser verificado nos fragmentos a seguir:

[...] eu não sou daqui [cidade] eu vim para cá [...] eu vi a necessidade do bairro eu achava que eu tinha direito de melhorias, porque eu pago imposto [risos] eu tenho direito eu vou à luta, eu vou buscar [...] porque é complicado as pessoas não assumem e isso assim falar assim “gente o bairro é nosso” vamos trabalhar para o bairro ser melhor, buscar melhorias, essas coisas, eu acho assim eles estão acomodados nessa parte (RAM 1 CLS 1).

Em um minicurso⁸ sobre AI, ministrado pelo professor Gilles Monceau, foi abordado a diferença das pessoas que vivenciam a criação de algo; ele utilizou o SUS como exemplo, e as pessoas que vivenciam o que já existe.

A [nome] fez eu me apaixonar pelo SUS, tanto que eu fui fazer especialização, saúde da família quis ir para o serviço público (RS 4 CLS 1).

O ideal, eu sempre gostei de saúde pública desde a faculdade, eu falo que a culpa de uma docente que eu tive de saúde pública que ela me fez deslumbrar pela saúde pública e eu sempre trabalhei nessa área, então assim era um ideal meu [...] a gente viu nascer a 8080 então é diferente de vocês que vieram agora, ela já existia, não via essa transformação. Então foi muito por ideal mesmo (RS 6 CLS 1).

Neste sentido, a participação dos conselheiros perpassa pela questão da ideia de pertença, do ideal do SUS e do exercício da cidadania. O ideal de um sistema de saúde gratuito e de qualidade. A cidadania compreendida como a participação nos espaços em reconhecer seus direitos e deveres, corroborando com outro estudo (BUSANA; HEIDEMSNN; WENDHAUSEN, 2015).

A participação voluntária dos conselheiros e o tempo são colocados em questão como uma dificuldade para adesão de novos integrantes:

Facilidade [em ser conselheiro] a gente não tem nenhuma [...] a gente é voluntário, a gente não ganha nada pra isso, não tem facilidade não, pelo contrário, a gente tem que doar um pouco da gente, do tempo de vir né, esse tempo que a gente vem aqui é mais mesmo, porque sei que faz parte da gente, o jeito da gente de gostar de doar um pouco [...] a população é meio tranquila nesse ponto, hoje em dia as pessoas ter

⁸ Minicurso “Análise Institucional: conceitos e usos”. Ministrado por Gilles Monceau. Evento promovido pelo Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde Coletiva (NUPESCO). Realizado em 26 e 27 de outubro de 2017 e 07 e 10 de novembro de 2017 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

assim disposição pra tá fazendo o trabalho gratuito, falar a verdade é isso (RAM 1 CLS 1).

Não faz parte do meu trabalho de conselheiro, porque se eu trabalho aqui durante tantas horas e tempo de conselheiro é a parte, não faz parte (RS 3 CLS 2).

O inciso 6º do decreto esclarece que os membros do CLS não serão remunerados “sendo o exercício considerado relevante à preservação da saúde da população” (RIBEIRÃO PRETO, 1995). Entretanto, as atividades do CLS só poderão ser realizadas no período de atendimento da UBS dificultando a participação dos RU.

Dentre as atribuições dos profissionais de saúde, estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, define-se que deverão “Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social” sendo considerado como um dos componentes para o processo de trabalho das equipes da AB no apoio e no fortalecimento (BRASIL, 2012a, p. 42 e 45). Assim, a participação no CLS é uma das competências dos profissionais de saúde, pois é um espaço que pode fomentar o apoio e fortalecimento da participação e controle social.

Para os RU e RAM, o analisador ‘tempo’ é novamente colocado como uma dificuldade para o exercício do trabalho voluntário; o tempo de doar-se entra em conflito com o trabalho e as responsabilidades com a família. Os RU e RAM atualmente ativos – em relação a presença nas reuniões – são aposentados e exercem outras atividades voluntárias não conflitantes com o horário das atividades do CLS, tais como, da religião ou da AM.

Por ser um trabalho desenvolvido voluntariamente, não pode ser “cobrado” no sentido de exigir a participação e o envolvimento para com as atividades do CLS.

[...] quem está lá já participou de uma maneira voluntária, já tem várias responsabilidades, vários problemas para resolver e você cobrar de alguém ali é complicado (RU 1 CLS 1).

O serviço voluntário no Brasil é regulamentado pela Lei nº 9.608 de 18 de fevereiro de 1998 e foi promulgada entre 2003 e 2008; dispõe como “a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza” (BRASIL, 1998, p.1). No artigo segundo, o serviço “será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do

serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício” (BRASIL, 1998, p.1). Os conselheiros e a unidade de saúde não firmam acordo ou termo para esclarecimentos das condições para o exercício da função.

Neste sentido, indagamos sobre os motivos do exercício do trabalho voluntário e a permanência? A análise da implicação dos agentes (conselheiros) com as instituições poderia revelar os motivos. Esta análise coletiva pode deflagrar os não ditos. Lourau (2004) esclarece: “requer a análise do saber conscientemente dissimulado e do não-saber inconsciente próprio de nossas relações com a instituição” (LOURAU, 2004, p. 133). Uma das possíveis instituições aqui destacadas é a religião, na relação de “doar-se e ajudar o próximo” disseminado na maioria das religiões.

Contudo, a extra implicação é “a ideologia normativa do sobretrabalho gestora da necessidade do ‘implicar-se’” (LOURAU, 2004, p.190), vela e atrapalha o processo de análise da implicação. Por isto, a análise é realizada pelo grupo com a possível contribuição de um pesquisador (BORGES, 2017).

Outro fator observado é a visão dos gerentes e alguns servidores consideram os RAM e RU são usuários diferenciados da maioria da população, corroborando com a similaridade sociocultural.

Tinha uma pessoa muito influente aqui, da comunidade, que era [nome] e eu convidei ela para me ajudar formar esse conselho a gente fez várias reuniões para dizer como é o conselho, aí fizemos a eleição e até hoje está o mesmo conselho ou é o presidente ou é o outro. Toda vez que a gente faz eleição fica os mesmos, e a gente conseguiu a reforma em 2008 e em 2010 nós inauguramos. Ela é muito falante muito comunicativa e ela trabalhava também, não sei como é que chama o lugar que ela trabalhava, e tinha muito contato com o governo. Então, ela ia lá conversava direto com [nome do ex prefeito], conversava com os secretários da saúde ele chamava a gente para expor sobre a reforma e ela atuou muito até bem pouco tempo (Gerente CLS 2).

Esses poucos moradores que participam eles são até um pouquinho diferenciados da maioria daqui em termos de conhecimento [...] conhecimento da parte burocrática, mas não chega ao ponto da gerência [...] se eles soubessem que isso poderia significar para eles, eu acho que teria maior movimento (RS 4 CLS 1).

[...] o senhor [nome] ele chegou ser até gerente do [nome do banco] trabalhou muitos anos, então ele escreve super bem, faz uns ofícios muito bem feitos. Teve um congresso que eu participei dos secretários do Estado e eles me perguntaram como que eram feitos esses ofícios se eu fazia, eu falei que não, que era os próprios membros, mas ele escreve bem sabe então eu acho que nesse ponto eu tive muita sorte. O

senhor [nome] também, ele é aposentado da ferrovia, também é muito diferenciado não é assim o padrão que a gente vê nessas reuniões [...] é uma maior compreensão e que tem cultura, eles frequentam estes centros [espíritas], que eles são espíritas, eles dão palestras no centro, então eles são umas pessoas evoluídas (Gerente CLS 2).

OS RU e RAM são diferenciados no sentido de conhecimentos específicos para redação de documentos oficiais, de experiências laborativas, sobre parte de procedimentos e de envolvimento religioso espiritual. Corrobora com a pesquisa de Monceau (2009), em relação à proximidade dos representantes dos usuários com a gerência em relação aos demais moradores da área de abrangência no sentido de não considerar como pessoas meramente figurativas, por ter uma função.

A diversidade de função e formação dos membros do CLS torna o ambiente propício para a discussão e o debate, devido a existência de saberes diferentes. Os RU possuem o saber do ambiente, que é o conhecimento em relação ao contexto histórico, político e sociocultural da comunidade (MATOS; TURNES, 2013). O reconhecimento desses saberes ainda é fragilizado. Por isso, algumas vezes, o conselheiro coloca-se na condição de receber as informações e ajudar conforme a necessidade.

Estar na função de conselheiro para os RU não é interpretado como um benefício individual

Não estava vindo determinado remédio, aí eu fui comprar na farmácia e a pessoa que frequenta o postinho me perguntou “o senhor é do conselho e o senhor também vem comprar remédio?” eu falei “sim”. Ela achava que por eu ser do conselho eu tinha o remédio. Não, não me facilita em nada, eu sou um usuário como qualquer outro usuário, toda dificuldade que eles tiverem eu também tenho. Não há facilidade, mas o prazer de servir o prazer de ajudar faz com que eu continue participando e tenha interesse em participar. [...] porque se eu posso conversar com a gerente qualquer um pode, às vezes, eu estou saindo, algum problema, algum conflito, alguma dificuldade “fala com a [nome da gerente] a sala dela é aquela ali (RU 2 CLS 2).

No caso do RS, considera ser conselheiro local um benefício:

[...] Existe uma possibilidade de participar do conselho municipal de saúde que é o que eu estou tentando. Então, participando aqui do conselho eu espero participar da eleição e entrar no conselho municipal de saúde. Eu acho que para isso facilita, porque é difícil entrar de outro jeito, essa é uma das formas mais fáceis do trabalhador entrar na vaga do trabalhador [...] Porque ninguém, trabalhador quer entrar naquela bomba. Eu acho que isso é um dos positivos (RS 3 CLS 2).

As vantagens de estar na função de conselheiro é a potência do agente transformador e na luta pela permanência deste espaço, que outrora foram conquistados arduamente. Apesar do objetivo não estar claro para todos os membros, podendo corroborar com o desconhecimento do poder e da força social deste coletivo.

O RS refere o desinteresse dos trabalhadores de saúde em serem conselheiros municipais, na entrevista ele relata sua pretensão de melhorar as condições de trabalho, mas também podemos inferir a existência de interesses por parte das organizações às quais ele também pertence, no caso o partido político e o CEBES.

As pretensões são diferentes em relação ao lugar que cada um ocupa; todos os RU e RAM entrevistados alegaram não receber benefícios diretos. Para os RS e gerência há intencionalidade ditas, tais como a avaliação do PMAQ e o conselho como forma de ingressar no CMS.

Os agentes (conselheiros) da instituição (CLS) são pessoas implicadas e extra implicadas com as instituições (religião, saúde, educação), que dão formas e sentidos para a instituição. Neste sentido, os agentes são parte de outros grupos, os quais tem relação direta como, por exemplo, da associação dos moradores. A participação é motivada pelo sentimento de pertença aos CLS, reconhecendo como espaços de direito dos usuários. O tempo é colocado como dificultador do trabalho voluntário. Há uma proximidade sociocultural entre os gestores e RU e RAM. Os benefícios são pretensões diferentes para cada agente.

Estes aspectos apresentados e discutidos ao longo do subitem são considerados pela AI dispositivos para disparar a análise coletiva. Os conceitos de autogestão (LAPASSADE, 1989, p. 218) e autoanálise (BAREMBLITT, 2002) podem ser potentes para o trabalho em grupo e podem ser experimentados nestes espaços. Com o intuito de que o próprio grupo possa autogerir e autoanalisar, identificando suas necessidades, dificuldades e potencialidades. Estes processos são deflagrados a partir da encomenda e da demanda do grupo com a análise coletiva das implicações e dos analisadores.

9.2.1 A visão dos conselheiros e dos gerentes

A visão dos conselheiros parte da vontade e da ideia do objetivo do CLS, discutido anteriormente; por este motivo, continuam como conselheiros. Identificamos um distanciamento entre a vontade e a realidade que permeia os CLS estudados.

A relação entre o conselheiro e sua função, parte da motivação em participar do CLS, e está relacionada com a vontade de promover mudanças no cenário envolvido, tanto em relação ao CLS, quanto de melhorias para a unidade de saúde e atendimento aos usuários.

Eu tenho bastante sonhos de promoção de diálogo dentro daquele local [reunião do CLS], que eu acho que tem muita necessidade. Então eu aceitei para tentar fazer que esse desafio fosse implementado, mas ainda não consegui (RU 2 CLS 1).

Então, a gente deseja um grupo comunitário, a gente deseja ampliar o artesanato [...] eu acho que são pautas de... vontades de que algumas pessoas têm, mas individualmente, que constrói essa que eu chamo de pautas de desejos, só que a gente geralmente esbarra em alguma coisa, isso aí não é feito, porque existe limitação de alguma coisa, ou limitação das outras pessoas participarem (RS 3 CLS 2).

Eu adoro saúde pública, adoro gestão em saúde, então isso é uma coisa que me motiva. Eu adoro poder modificar algumas coisas que não estão corretas, e através do conselho a gente consegue [...] quando eu entrei na rede pública eu fiquei apaixonada pela saúde pública [...] Então, tudo que eu podia participar dentro das outras unidades eu participava que era o grupo gestor do conselho [...] Eu falo se eu não fosse dentista eu ia ser assistente social. Porque eu adoro atender as pessoas que precisam. Adoro atender bem, adoro a pública, é minha maneira de agradecer ao mundo tudo o que eu tenho. É muito bom [risos] (RS 4 CLS 2).

Olha o que motivou é que eu sempre tive vontade de estar inteirado com as causas da sociedade, eu sempre participei de ações que pudessem beneficiar seja na própria família no próprio bairro todas as dificuldades que a gente pudesse coletivamente solucionar eu acho que é interessante, sempre participei e por isso me envolvi, havia ali um caminho de poder auxiliar, para que o posto se mantivesse bem e a colaboração dos que necessitam do próprio posto com os funcionários (RU 2 CLS 2).

Estas vontades, manifestadas para a melhoria dos CLS, devido às dificuldades em relação a falta de participação dos usuários e da efetivação do preconizado como função do CLS, são perpassadas por instituições.

Um conselheiro propõe uma atividade, mas não é de interesse do outro, este outro acaba por não participar. Então, colocar em discussão pode emergir o debate sobre a implementação ou não das atividades propostas, se é necessária e o que cada um compreende por necessidade da população da área de abrangência.

Para os RU e RAM o CLS serve para colaborar, auxiliar em questões administrativas e promover interação entre as necessidades dos usuários e a unidade de saúde.

A comissão local para mim ela tem um papel super importante. Eu acho que além de valorizar a saúde da população, ela também tem o papel de gerar sincronia dentro da equipe. Eu ainda não percebo que a comissão esteja nesse ponto [...] uma sincronia que eu falo das coisas que acontecem dentro da UBS (RU 2 CLS 1)

[...] pelo que eu tenho vivido aqui o objetivo do conselho é auxiliar a própria administração, porque não é fácil para administração pública fazer um trabalho sem o auxílio do conselho. Eu acho que o conselho é primordial em auxiliar administração, uma administração que possa ser melhorada (RU 2 CLS 2).

é uma participação para a gente interagir, saber o que está acontecendo no nosso bairro o que que nosso bairro está precisando [...] para ser discutido o que nós precisamos melhorar no nosso posto “Está precisando de um ar condicionado” [...] melhoria para o posto então essa reunião nossa é para ser discutido [...] Eu como estou lá fora eu trago para reunião o que que o pessoal tá precisando. “Qual é a coisa mais urgente que o pessoal está precisando?”. Então este encontro nosso eu acho que é muito válido, porque todos aqui é do bairro [...] Então, cada um traz alguma coisa, precisava arrumar essa praça para fazer alguma coisa aqui, o outro fala “precisava de um curso” bom pode ou não pode, se têm verba (RU 1 CLS 2)

Conselho é o que eu te falei é uma face democrática do SUS [...] ele é gerido de cima pra baixo, mas também de baixo para cima. Então essa tentativa de democratizar, de que as demandas, das unidades, das pontas subam e chegue em até alterar política, se necessário, mudar política nacional. Então, porque tem um Conselho Municipal depois tem uns conselhos estaduais até o Nacional o Conselho Federal. Então, essas demandas vão subindo e conforme a identificação de problemas comuns chega até no nível nacional é aonde pode se mudar alguma política de saúde (RAM 2 CLS 2).

A compreensão dos RS é que a presença do conselho ajuda fazer um elo entre a unidade de saúde, usuários e prefeitura. Como, também, um espaço de informar como é o funcionamento da unidade e problemas que podem afetar o atendimento como, por exemplo, a falta de médicos.

O conselho veio para ajudar, para fazer essa ponte entre paciente, funcionário e prefeitura, a gente consegue levar os problemas pra prefeitura pra que possa solucioná-los. Tanto falta de médico, serviços que a unidade podia prestar pro morador a gente não consegue, às vezes, fica numa conversa, mas não tinha um canal pra levar pra prefeitura, o conselho é um canal que a gente consegue levar até o secretário da saúde e eles dão um parecer final (RS 1 CLS 2).

Participar por dois motivos, por que é uma oportunidade de você esclarecer certas coisas, por exemplo, aqui na odonto nós temos dois dentistas uma de manhã e uma a tarde. A paciente reclamou que não foi atendida, às vezes se não tem ninguém da nossa categoria aqui como nós vamos nos defender? Nem sempre o paciente tem razão. Então, às vezes é importante a categoria estar aqui para te defender ou mesmo para esclarecer, as vezes não está sendo acusado, mas está tendo um mal-entendido, às vezes a pessoa não entende direito, não consegue interpretar como funciona. Então, a gente está aqui para esclarecer (RS 5 CLS 1).

A questão da informação dos problemas e do modo como funciona a unidade é no intuito dos RU e RAM sejam multiplicadores da informação, corrobora com os autores (DOMITROVIC; ARAUJO; QUINTANILHA, 2013).

A visão dos gerentes em relação ao conselho é de um local propício para “dar voz” às necessidades da unidade diante da SMS. Quando os gerentes encaminham uma demanda à SMS, é diferente de quando o CLS faz um ofício e entrega pessoalmente à SMS, pois o “peso é maior”. A presença do grupo tem um poder maior. O gerente por ser funcionário fica sujeito a aceitar a decisão da gestão. Também, consideram ser um espaço de conhecer as demandas da população da área de abrangência.

Um exemplo relacionado à “pressão do grupo” para Durkheim, é a coerção (faz com que um grupo exerça influência sobre outro), foi da necessidade de repor um clínico geral na unidade de saúde; o CLS fez um ofício, a SMS aprovou o pedido. Pode-se inferir que o gerente tem menos força para influenciar a SMS comparado ao CLS, devido ao fato de que o CLS tem maior poder de resistir, devido ao embasamento legal, maior número de pessoas e até uma possível pressão por meio de manifestações.

A diferente visão de cada um dos participantes sobre o objetivo do CLS pode, também, ser um fator contribuinte para os entraves na questão da formulação de propostas que de fato contribua com a promoção e prevenção de agravos, sendo o foco da AB e colocar estas propostas em prática.

Para alguns o conselho deveria ser, pois não atingiu o objetivo

Eu acho que o conselho deveria ser um local de encontro desses três atores para discutir como é que está funcionando a saúde dentro daquele território. Já chegaram e falaram “ah a gente tá com muito idoso na casa sem fazer nada, a gente podia criar um grupo pra eles”, “Ah interessante, quem vai criar?” Falei que ia fazer o projeto, acabei não fazendo o projeto, daí morreu, a pessoa sai, ninguém vai mais discutir sobre isso. Então, foi uma das poucas propostas que vieram da realidade a sua volta, o conselho devia discutir a realidade da sua volta para organizar as ações da unidade em relação aquilo, mas não as ações da unidade são organizadas [deveria ser] para o que acontece em volta (RS 3 CLS 2).

Na realidade dos CLS, há uma resistência à participação por considerar que o seu trabalho será julgado neste espaço de modo negativo.

Eles acham que isso não leva a nada, que é só perda de tempo. É bem assim que eles falam. Eles falam que é puxar saco de farinha, tem pessoas que acham que isso não leva a nada, não vê nada de produtivo, não vê nada de positivo, só negativo, acha que viemos aqui na reunião só para reclamar deles. Tem funcionário dessa comissão que acha que essa reunião é para reclamar deles e não é isso, tem muitas vezes que é elogiado os funcionários (RS 3 CLS 1).

Dobbies e L’Abbate (2016) denominam como “movimento de resistência” quando um determinado grupo/coletivo realiza em oposição ao poder. Corroborando com Monceau (2009) sobre a definição de resistência como uma força social oposta ao poder instituído, em dois polos: contra a opressão e/ou conservador. No caso da pesquisa destes autores, o grupo resistiu a proposta dos gestores, pois consideravam que teriam perdas em relação ao apoio para a assistência em saúde (DOBBIES; L’ABBATE, 2016). Este movimento pode ser considerado uma resistência a autoanálise, o receio da atuação profissional ser colocado em análise.

A resistência como um analisador da gerência (resistência ao poder). A gerente revela que precisa insistir para obter a participação dos servidores na reunião do CLS, quando indagada dos motivos, refere não verbalizarem os motivos.

Funcionário tem um pouco de resistência dos funcionários para participarem. Eu tenho que ficar chamando, chamando, e se é um dia que tem pouco funcionário não vão mesmo, só quando realmente está muito calmo e tem funcionário sobrando. Eu acho que eles nem gostam muito de participar [...]. Não, eles não falam nada, mas eu vejo que eles não gostam de participar eu tenho que ficar insistindo sabe, até cansativo (Gerente CLS 2).

A caminho da sala de reuniões a gerente em tom de ironia diz que os funcionários afirmam que não podem participar da reunião do CLS 1,

mas “vivem conversando pelos corredores” (Diário de pesquisa – 31/08/17).

Os entrevistados do CLS 2 disseram que a gerente do CLS 2 “resolve tudo”, todos os problemas da unidade são informados a gerente, inclusive os RU e RAM, muitos anunciam não haver necessidade de colocar em discussão no CLS. A gerente assume a responsabilidade de repassar informações para a reunião dos CLS, podendo influenciar na decisão por parte dos servidores de não se sentirem necessária a participação.

Os entrevistados foram convidados a destacar quais problemas eles identificam na área de abrangência; mencionam o lixo nos terrenos e praças, atrelados aos indivíduos em situação de rua, que em sua maioria são usuários de álcool e outras drogas e também da falta de educação da população. A maioria coloca a questão das pessoas em situação de rua como indivíduos geradores da sujeira no bairro, causam medo e insegurança nos moradores e nos clientes dos estabelecimentos comerciais acarretando no prejuízo nas vendas.

Não tem uma política nacional [...] não é só você pegar e tratar a pessoa e falar assim “tratou agora acabou” não é, porque se a pessoa sai, digamos que não existe essa política te pegar e tratar essas pessoas [...] qual que é a solução que nós temos enquanto sociedade para essas pessoas? Nenhuma, nós não temos nenhuma solução. Caiu no vício que se vire [...] a sociedade não oferece e as pessoas viram as costas. Infelizmente é um problema muito grave e que está se tornando um exército de zumbi, o crack destrói a pessoa, você pega uma pessoa ela vai para sarjeta direto em pouco tempo [...] precisa de ter uma ação da sociedade, mas a sociedade não tem essa organização (RAM 2 CLS 2).

Gera insegurança, muitas pessoas têm medo, porque aqui na avenida onde eu mais convivo, as pessoas param vão no carro pedir, eles vão atrapalhar, e as pessoas já reclamam para gente que fica difícil voltar para cá “eu gostaria muito, gosto de ir na avenida para comer para passear, mas quando eu chego tem esse pessoal, eu penso duas vezes antes de ir e nós perdemos clientes que é um cliente que paga os impostos (RAM 4 CLS 2).

Um grupo de comerciantes nas proximidades está organizando um projeto para a reinserção de ex usuários de drogas, incentivando outros comerciantes a contratar como, por exemplo, para serviços de jardinagem. Há um movimento, mas não há articulação com as demais organizações.

Em relação às pessoas em situação de rua, a discussão na reunião do CLS é sobre a sujeira (dejetos) e utensílios deixados na porta da UBS, acionaram a Central de Triagem e Encaminhamento ao Migrante/Itinerante e Morador de Rua (CETREM), mas que voltavam a porta da unidade; a solução que eles propuseram foi a de instalar um portão na área coberta para impedir o alojamento no período noturno, proposta recusada pela SMS.

A fala a seguir, reafirma a questão do fluxo de atendimentos do SUS, não aceita o modo como é organizado devido a população da área de abrangência ser, na maioria, composta por idosos.

[...] o sistema do SUS funciona assim, mas eu também não concordo, você tem uma urgência você tem que ir lá na UBDS aí você é atendido lá para aquela urgência e o posto só atende o acompanhamento, por exemplo, agora eu vou ter uma consulta em novembro que é aquela consulta que é feita todo ano para fazer o acompanhamento para ver como é que tá a glicose, agora se eu tiver qualquer dor, qualquer coisa eu tenho que ir lá na UBDS e eu não aceito muito isso porque como a população é idosa eu acho que deveria ser atendida no posto do bairro, pessoa se sentiu mal levantou, “estou com tontura” vem aqui e deveria ter um médico para fazer esse atendimento e não tem, mas o sistema do SUS é assim e a gente não tem como mudar (RU 2 CLS 2).

Então, o questionamento sobre a lógica de funcionamento do SUS está presente nas falas dos RU, RAM e dos IF. Nota-se a visão na mesma direção.

Oliveira, Matos e Souza (2009) discutem sobre a possibilidade da organização do SUS ser moldada partindo das necessidades dos usuários. Defendem o acolhimento das demandas espontâneas e que deva ocorrer em qualquer nível/tipo de atendimento (OLIVEIRA; MATOS; SOUZA, 2009). As unidades de saúde possuem o acolhimento, a depender da agenda e da quantidade de clínicos, para o atendimento sem consulta marcada, mas não é suficiente. Então, mais uma vez a questão do desmonte do SUS com falta de recursos humanos e materiais é evidenciada.

Alguns participantes abordam a educação como ponto primordial para a corresponsabilidade com a saúde e que se os usuários participassem do CLS seria um espaço para abordarem sobre o funcionamento da unidade e a corresponsabilidade. Consideram a falta de educação em saúde como um entrave para a participação de outros usuários. A presença da ‘instituição educação’ atravessa a ‘instituição saúde’.

Não basta só criticar, população tem que ser educada para que ela também seja responsável pelo bem-estar dela, não delegar isso

somente a nós profissionais. Eu acho que isso com a participação a gente conseguiria mais rápido esse *start* mesmo (RS 4 CLS 1).

Percebe-se a diferença de compreensão sobre educação, pois o trecho acima refere-se à educação em saúde no sentido de corresponsabilização. Os participantes seguintes consideram a educação como a busca de conhecimento, experiências de vida e de cidadania.

[...] e realmente o livro [qualquer livro] me fez crescer porque eu primeiramente eu fui conhecer o pessoal do passado [...] os grandes empreendedores da época os inventores eu li a vida de todo esse pessoal, isso me fez um bem danado, porque vi que as coisas não são tão fáceis que tudo que a gente conquista é depois de muita luta, por exemplo, a vida do Santos Dumont quando eu li, por que a princípio Santos Dumont era filho de um rico fazendeiro e ele tinha todo conforto, mas depois eu descobri pela informação do livro que ele tinha dificuldades, que ele era frágil [...] então eu vi que não era tudo tão fácil por ele ser rico, ele tinha as dificuldades a vencer e ele conseguiu pela persistência, trazendo pra nós todo esse conforto de encurtar distâncias [...] e isso me educou de que na vida tudo tem dificuldade, mas tem que haver persistência porque havendo persistência a gente conquista aquilo que a gente almeja. O que o estudo a busca do conhecimento dos livros é importante e hoje é, num esta tem essa cultura (RU 2 CLS 2).

[...] pessoas que falam, falam, para tudo quanto é lado e não tem um resultado que produz valores é diferente da pessoa que é educada tem boa formação, a palavra dela é sempre bem construtiva (RU 2 CLS 2).

[...] falta de educação [...] esse pessoal que grita que encheu o bueiro e entrou água na casa dele é isso, bueiro entupido lá fora por que se estiver tudo limpo lá fora a água desce e vai embora, agora se estiver entupido como é que ela vai sair? (RAM 1 CLS 2).

A questão dos direitos e deveres enquanto cidadãos, remetem a participação como um exercício de cidadania, conforme destacado a seguir:

Eu acho que é uma ação cidadã. O conselho seja de saúde, seja da assistência, seja da criança é uma forma cidadã da gente participar da vida né. Eu acho que é uma forma da gente expressar a nossa vontade, mas que a vontade é lutar por direitos que não são meus, mas são nossos. Então conselhos são formas de expressar o social mesmo é cidadã (RU 2 CLS 1).

Ele [conselho] representa para mim cidadania de participação de você poder levar tantos os problemas de um lado do outro tanto da assistência quanto da população é a maior ferramenta que uma sociedade pode ter a participação popular. Então o conselho demonstra que você tem cidadania né para mim é isso o conselho de saúde (RS 4 CLS 2).

[...] a pessoa ainda não entendeu que nós temos que compartilhar os problemas na sociedade a gente não pode viver isolado. Geralmente uma pessoa que [...] reclama e não participa é uma pessoa que tem um pouco até muito de egoísmo, ela só pensa nela, o problema dela e eu acho que nós todos temos que pensar no sistema coletivo, tem que haver um compartilhamento da sociedade, porque se eu não fizer uma parte de doar de mim alguma coisa, como é que eu posso exigir de receber? isto é uma consciência que a sociedade do futuro vai adquirindo [...] vão entender que a participação em todos os casos da sociedade tem que acontecer (RU 2 CLS 2).

Para Coelho (2012), a construção da cidadania é considerada um dos elementos fundamentais para conquistar espaços de direitos sociais e democráticos (COELHO, 2012).

O movimento de deliberações das pautas é fragilizado, na realidade dos CLS, pois os encaminhamentos não são verdadeiramente debatidos, seja pela questão dos RU e RAM adotarem uma postura de aprender com os demais, seja pela compatibilidade de ideias na relação detentor de saber e receptor. Matuoka e Ogata (2010) consideram ser um espaço pouco deliberativo devido a existência de uma cultura centralizadora e não reconhece o espaço como deliberativo (MATUOKA; OGATA, 2010).

Neste subitem, abordamos sobre a relação dos conselheiros com a sua função, motivada pela vontade de auxiliar nas demandas da unidade de saúde. Os RU e RAM, são vistos e colocam-se como auxiliares, ajudantes e multiplicadores das informações como, por exemplo, em relação ao modo de funcionamento da UBS. Talvez isso restrinja suas participações em relação a formulação de políticas de saúde. Consideram os demais usuários não participantes por falta de educação e que alguns servidores não querem participar por receio de sua prática ser julgada pelos conselheiros. Não há articulação com as demais organizações e movimentos da área de abrangência.

Os conselheiros parecem não perceber a importância do ‘ser conselheiro’ e o poder que isto lhes confere, principalmente em relação aos ataques ao SUS. A questão da representação pode estar atrelada a este fato. A seguir, trataremos sobre a representação dos conselheiros.

9.2.2 Representar e ser representado

Conforme destacado na introdução desta dissertação, as questões sobre a crise da representatividade colocam em discussão a efetividade da representação na maioria dos países democráticos. Não difere dos CLS estudados e da pesquisa de Monceau (2009). Este, questiona os diretores sobre a representação desses pais de classe média no sentido de falar em nome dos outros pais. Houve a participação de alguns pais de escolares não representantes, estes não se reportavam aos representantes dos pais, por entenderem que eles não poderiam dar encaminhamentos às suas demandas.

Na realidade dos CLS estudados, os usuários que reportam-se aos RU e RAM são aquelas que os conhecem e corresponde a uma pequena porcentagem dos moradores da área de abrangência.

Nesta dissertação, para obter informações sobre os não representantes, utilizamos o conceito de informante-chave (MINAYO, 2002). Foram entrevistados quatro informantes-chave: dois usuários pertencentes a área de abrangência de cada UBS.

Tabela 8 – Caracterização dos informantes-chave

Código	Idade	Sexo	Escolaridade / Atividade laboral	Tempo que mora no bairro	Participação em atividades coletivas
IF 1 CLS 1	75	M	Fundamental incompleto/ Aposentado	55 anos	Dirigente da escola de samba
IF 2 CLS 1	48	M	Fundamental incompleto/ Comerciante	18 anos	Não participa
IF 1 CLS 2	54	F	Fundamental incompleto	20 anos	Não participa
IF 2 CLS 2	48	F	Ensino fundamental completo/ Cabeleireira/Diarista	48 anos	Não participa

Fonte: dados da pesquisa.

Foram entrevistados 2 mulheres (50%) com média de idade de 51 anos e 2 homens (50%) com média de idade de 61 anos. Três não concluíram o ensino fundamental e uma possui curso profissionalizante. Somente um realiza atividades coletivas, além de ser dirigente de escola de samba realiza atividades de caridade.

Elencamos os dados que constam nas atas dos CLS para tratar sobre a relação da quantidade de votos que cada conselheiro eleito recebeu e o número estimado de habitantes da área de abrangência. A não exigência de número mínimo de votos causa a desproporção entre o número de pessoas que vão às urnas e o número estimado de habitantes da área de abrangência da UBS. O número de votos da última gestão corresponde a 0,7% e 1,18% da população, respectivamente.

Tabela 9 - Processos eleitorais registrados em ata

Eleição	CLS 1		Eleição	CLS 2	
	votos	Mais votado %		votos	Mais votado %
1ª (2006)	138	Não há registro	1ª (2006)	Não há registro	-
2ª (2009)	94	Não há registro	2ª (2009)	119	47
3ª (2013)	141	105 (74,4%)	3ª (2011)	91	-
4ª (2016)	86	48 (55,8%)	4ª (2014)	90	49 (54,4 %)
			5ª (2016)	110	57 (51,8%)

Fonte: atas dos CLS 1 e CLS 2

Conforme os números apresentados, nota-se uma pequena participação da população nas eleições para os representantes dos usuários e os mais votados de cada processo eleitoral com o percentual acima de 50% total dos votos.

Em relação à falta de representatividade apontada em estudos sobre os CLS, incluídos na introdução desta dissertação (LIMA, 2001, SERAPIONI; ROMANÍ, 2006, GRISOTTI; PATRÍCIO; SILVA, 2010, SERAPIONI, 2014), a questão da eleição, pouco discutida na literatura demonstra ser, também, um dos entraves para a efetiva representação, em consequência, a corresponsabilidade das ações desenvolvidas nos CLS.

Em ambos os CLS dois dos informantes-chave sabem da existência do CLS e dos representantes devido à proximidade com membros do CLS e referiram que nunca participaram das reuniões dos CLS:

É o conselho local, é isso que eu ia falar para você, é esse que nós temos aqui, o qual [nome] ele fazia parte, ele era o presidente do conselho. Então, é através dele também que eu sei tudo isso que eu estou falando para você [...] amicíssimo da gente aqui, é através dele que eu ficava sabendo, sempre eu perguntava para ele “e aí [nome] como que estão as coisas?” “ôh bem ôh tá legal, tá legal” (IF 1 CLS 1).

Em relação à função e o objetivo do conselho verbaliza que:

É se eu não me engano é luta, assim em termos de dizer, para o bom atendimento, para o bom serviço que vai ser realizado e eu acredito que sim, porque eles se reúnem, falou do erro que tem ou que está existindo ou alguma coisa. Então se reúne para definir a situação daquilo que está acontecendo, pelo que eu sei (IF 1 CLS 1).

O participante considera o CLS um espaço de discussão e resolutividade de problemáticas que ocorrem dentro do serviço de saúde, como sendo as questões principais para a melhoria do atendimento. Quando indagados sobre o que consideravam necessário para a melhoria, informaram a disponibilidade de consulta médica, medicamento e aceitar encaminhamento do serviço privado.

[...] é o que falta em todos os lugares né, às vezes é remédio que falta isso está faltando mesmo, mais médicos que médico são poucos, remédio e médicos. Eu acho que é o que está faltando um pouco mais médicos, que médicos são bem poucos (IF 1 CLS 1).

Essa mudança, eles aceitarem o pedido de um médico particular para poder fazer um encaminhamento para um hospital porque nesse caso do meu marido. Ela falou “olha o clínico só tem daqui 2 meses”, ele tinha morrido, eu que deveria ter mesmo porque, eles descarregaram um pouco o pronto-socorro porque o pronto-socorro fica lotado, se distribísse um pouco, essa possibilidade de um pouquinho cada um no posto o pronto-socorro talvez não estaria tão lotado (IF 1 CLS 2).

Nota-se uma visão restrita sobre o CLS, sobre a organização do SUS e individualizada. Referem que a UBS não atende urgências e emergências e não sabem o motivo. As consultas precisam ser agendadas com o intuito de:

Tudo eles consultam a gente muito bem por sinal, revira, principalmente o doutor [nome] [...] revira assim, quer saber de tudo, olha tudo, olha a garganta, olha tudo, revira a gente para fazer um bom serviço (IF 1 CLS 1).

O posto para mim, o posto acho que serve para passar pelo médico, igual eu te falei passar pelo médico vou marcar uma consulta, tudo bem vou marcar uma consulta para fazer um *check-up*, aí sim, mas [...] se eu chegar aqui hoje estou doente e chegar para ser atendido hoje, tinha que ser atendida, eu penso assim [...] agora eu tenho colesterol alto aí eu quero marcar uma consulta com o médico pra mim fazer um exame para ver se meu coração está alto, está normal, isso aí você marca uma consulta, pra daqui 8, 10 dias, agora se a pessoa está doente é igual a minha empregada esses dias na semana passada, com dor no rim quase morrendo, veio aqui e não atendeu, precisou ir lá pra UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. Então eu achei errado queria marcar uma consulta depois de quatro dias, marcar uma consulta eu acho que é errado se a pessoa vem no posto e está doente acho que tem que ser atendido (IF 2 CLS 1).

As visões dos usuários em relação aos atendimentos ofertados nestas unidades de saúde são consideradas demoradas para o atendimento de urgências, no momento de dor, por isso não atende as necessidades deles. A classificação de risco realizada é objetiva, o que pode não atender a necessidade do usuário, percebida por ele. A população valoriza o modelo centrado na doença e em tecnologias complexas procurando por atendimento médico imediato, limitando o avanço da aplicação da promoção da saúde (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014).

Os outros 2 usuários, 1 comerciante vizinho à UBS e 1 cabeleireiro não sabiam da existência do CLS e consequentemente dos conselheiros:

Eu acho que não tem ninguém não, se tiver eu não estou sabendo, não estou sabendo até hoje [...] ninguém comentou nada não, é tipo como é que fala, sócio do bairro? [...] associação do bairro tipo isso, não é? Que leva as questões para dentro da prefeitura? do posto? [...] faz 17, 18 anos que eu moro aqui, até hoje eu não sei se tem. Eu falo assim o representante do bairro, aqui do bairro não sei se tem [...] você pode sair pesquisando, ver se alguém sabe quem é, acho que ninguém sabe (IF 2 CLS 1).

Os informantes-chave também não acreditam na política do país, neste sentido, devido aos escândalos de corrupção, não querem ocupar estes espaços, assim, delegando a outras pessoas que manifestam interesse. Esta falta de credibilidade na política é apontada na busca da literatura desta investigação.

A crise na representatividade, e em seus variados níveis, leva a refletir sobre alternativas. A soma dos tipos de democracias (participativa/deliberativa e representativa) podem ser potenciais nos CLS com a integração/parceria com as organizações da área de abrangência, tais como da AM. Há necessidade de fomentar e valorizar a função do conselheiro e a participação dos demais usuários, destacando sobre a importância da participação e os diversos saberes.

9.2.3 Relação entre os gerentes e os conselheiros

Nas reuniões há um momento de descontração, de falar e ouvir sobre viagens, lamentos, indignação e comentários sobre fatos recentes.

Começa a rir uma conta uma coisa, outra conta outra e vai, uma descontração, a área da saúde é muito pesada, como eu já trabalhei no [hospital] é um peso enorme principalmente para quem trabalha com o paciente eu trabalhei eu era auxiliar (RAM 1 CLS 2)

O ritmo atual dos serviços de saúde, em relação às demandas e a preocupação em atingir as metas dos programas e políticas de saúde, atreladas a problemas de infraestrutura, pode afetar a saúde do trabalhador. Um momento de descontração é benéfico. Todo trabalho envolve algum risco, situações de risco, podem ser, por exemplo, substâncias químicas, fatores físicos, mas quando há situações prazerosas este risco pode ser atenuado (AGOSTINE, 2002).

Este elo entre os conselheiros e a gerente pode ser notado também quando propuseram visitar um conselheiro afastado decorrente de problemas de saúde. A fala da gerente do CLS 2 menciona a criação do vínculo. Entretanto como uma forma de aproximar a população da gerência e não propriamente do CLS.

Eu acho que é muito importante o conselho para isso essa troca de vínculo mesmo, criar um vínculo entre, aproximar a população do gestor da unidade para que o serviço funcione melhor para todo mundo (Gerente CLS 2).

Para a saúde coletiva, o usuário vai ao encontro movido por uma necessidade, pode ou não estar declarada, guarnecido de seu corpo e individual subjetividade (CAMPOS, 2005). No caso dos CLS os usuários (conselheiros) participam movidos

pelos anseios, conforme discutido no outro subitem. Ressaltamos que os usuários portam a função de conselheiros, mas estão também como usuários do serviço de saúde.

Na pesquisa de Monceau (2009) a relação entre os diretores, professores e os pais é de cooperação e há um esforço por parte da diretoria em mostrar seu papel central. Os representantes dos pais consideram que participar favorece entender melhor a escola e neste sentido agir no interesse dos seus próprios filhos.

A presente investigação apresenta, nestes aspectos, algumas similaridades, os RU e RAM colocam-se como pessoas que participam para adquirir conhecimento e ajudar nas questões relacionadas à unidade de saúde:

Eu gostei porque eu estou mais interagido aqui dentro então eu acompanho o que está acontecendo aqui dentro, porque se alguém lá fora vir perguntar eu sei responder [...] eu tô junto não assim de uma espia no caso, mas interagir para saber o que tá acontecendo. Eu sou a voz do povo lá fora (RU 1 CLS 2).

Há também o que se espera de um RU e RAM, por exemplo, o fato de que uma candidata a RU não conseguir ser conselheira (não foi eleita) por ser expansiva, menos diplomática, pode ter afetado no resultado da eleição, na percepção de alguns trabalhadores da UBS.

Nos CLS, as gerentes também demonstram seu papel central e são vistas como pessoas que absorvem e dão encaminhamento às demandas.

Nossa gerente ela é muito atuante, então ela já toma a frente da gente não ter que ter mais problema, aqui só tem eu de pediatra, então eu tenho que dar conta do volume, então ela parece que ela fica assim ela absorve as coisas e ela já vai levando a conhecimento deles [conselheiros] nas reuniões, ela toma a frente ela ajuda muito (RS 2 CLS 2).

Em contrapartida, a gerência considera a proximidade com os conselheiros como uma intimidade e apesar dos usuários trazerem necessidades dos que reportam aos representantes, não há um respeito em relação ao encaminhamento das questões, como por exemplo, discutir o caso nas reuniões do CLS.

A cobrança é um pouco maior, porque a gente acaba ficando muito próxima, muita coisa já vem direto, não tem barreira nenhuma já entra direto ou se queixa de alguém. O senhor [presidente do conselho] às vezes ele encontra alguém que reclama daqui, ele já vem direto “Ah reclamou porque não pegou o remédio”. Não acho isso difícil, para mim é até bom porque aí eu vou ver o problema, tem coisas que realmente que está correto, por exemplo, teve gente que reclamou que

não recebeu tantas fitas que precisava para fazer teste. Então esse ponto é bom que ele me traz os problemas dos meus usuários eu posso tentar resolver [...] a gente acaba explicando só que realmente cria uma liberdade. Não que me incomode, mas realmente assim tem vezes que vem todo dia sabe, às vezes eu estou ocupada, tô fechando uma frequência, mas assim entra já fala e já fica. Não é uma coisa que respeita assim: “vamos marcar uma reunião e depois a gente conversa” é uma intimidade quase [...] Eu acabo tentando resolver na hora, peço um tempo para conversar. Geralmente são queixas de atendimento que eles me trazem (Gerente CLS 2).

Uma RS refere uma proximidade com a gerente e pode ser vista de um modo negativo por parte dos servidores que não comparecem a reunião do conselho.

Ser vista que você é puxa saco, que você tá levando coisas que não deveriam ser levadas para o gerente, para a comunidade. Eles têm essa visão ainda, você é puxa saco da gerente, você mostra, você leva as coisas que não tem que ser levadas [...] Eu já fui muito prejudicada no trabalho por outras funcionárias, eu falo que é um defeito, tem gente que fala que é qualidade, eu tenho um defeito que é gostar de participar, gostar de tentar resolver, ajudar e isso as vezes não é visto dessa forma, é visto como “ah, você passa na frente”, “ah, você quer se aparecer” [...] Então as vezes eu tinha uma ideia, eu falava com a gerente, eu falava com a enfermeira antes de começar a reunião e falava “oh, não fala que eu que tive a ideia” e chegou ao ponto de eu não dar mais opinião, e foi muito pesado, teve uma época que eu cheguei até a ficar doente, ficar com problemas emocionais, de tomar remédio pra depressão mesmo, foi muito complicado. Hoje eu consigo lidar melhor com essa parte, levo mais na brincadeira, mas ainda de vez em quando dói, palavras machucam, mas eu estou aqui (RS 3 CLS1).

Fato que prejudica, expõe e intimida a participação do conselheiro, de modo a ocultar sugestões por temer perseguição.

Os conselheiros, principalmente os RU e RAM, são considerados aliados da gerência

Há um tempo atrás chegou o questionamento que eu saberia que as agentes comunitárias estavam saindo daqui e eu não comuniquei, e isto foi na minha ausência, acho que foi a única reunião que fizeram sem eu saber. Um funcionário chamou o presidente da associação, convocar uma reunião do conselho para discutir isso. [...] Assim que eu retornei de férias eu convoquei uma nova reunião, expus minha posição deixei eles à vontade de irem atrás das informações. Alguns dias depois ele retornou o telefone e falou “realmente falaram que não tem nada definido” [...] na época eu me senti muito prestigiada pelos membros que vem no conselho, porque eu não estava aqui [...] elas me defenderam falando que nesse tempo que eu estou na gerência em nenhum momento eu nunca escondi nada. Por isso eu gosto dessas reuniões porque é uma via de ida e volta. Então me senti bem

fortalecida no conselho a respeito disso. Então não tenho nenhuma dificuldade com eles não (Gerente CLS 1).

A questão da hierarquia é colocada, novamente, como algo que deve ser respeitada devido a inflexibilidade da gerência, na relação entre gerência e RS.

Porque eu acho que eu tô participando de uma coisa que acho que não dá certo, porque não faz a minha, um horário que eu posso vim, sendo que os outros participantes dessa reunião poderia vir a tarde, que são os moradores [...] quando eu vou pedir ajuda só sabe gritar [gerente] não adianta reclamar, porque sempre tá com a razão, então eu prefiro me calar. Respeitar a hierarquia que não adianta bater de frente [pediu transferência de unidade] (RS 4 CLS 1).

A maioria dos RS e RAM atuantes, são aposentados, com aparente estabilidade financeira, percebe-se pelo discurso de viagens realizadas. Neste sentido, podemos inferir há existência de uma proximidade sociocultural entre os gerentes e os RU e RAM, corroborando com a pesquisa de Monceau (2009). Esta aproximação com a gerência e não com a maioria da população da área de abrangência pode ser um dos fatores pelo qual alguns moradores não têm interesse em participar do CLS, por considerar que não são pessoas mais adequadas para a função.

Desta forma, os CLS são espaços de descontração, necessário no ambiente de trabalho, mas precisa avançar em relação a deliberações para além de infraestrutura da unidade de saúde, conforme destacado anteriormente.

A seguir, discutiremos sobre o controle social explícito e implícito, ou seja, diretamente e indiretamente, que ocorre em relação a interferências na unidade de saúde e consequentemente no CLS.

9.3 O CONTROLE SOCIAL IMPLÍCITO E EXPLÍCITO

Os agentes (conselheiros) na instituição (CLS), realizam tímido movimento em relação ao controle social preconizado pelo SUS. Os RU e RAM fiscalizam o serviço oferecido pela UBS, como destacado nas falas dos RS elencadas a seguir:

Porque essa população aqui ela é bem [ênfase] exigente. Eles são exigentes. Então, a gente está sempre remodelando ali para não ter problema, e a [nome da gerente] traz isso pra cá [funcionários da clínica odontológica] conversa com eles e depois leva pra gente: mudança de horário da emergência; poder ou não fixar alguma coisa na parede; pra que não diminua o acesso, mas que seja pelo menos mais organizado. Então, a gente tem que tomar muito cuidado porque eles sabem que tem que ter acesso que tem que ter equidade. Então, aqui é complicado, eu sempre levo pra [gerente] traga aqui [sala de reunião do CLS] para ver o que a gente pode fazer [...] da parte da população, representação da população eles também vêm se ver alguma coisa errada fala tão sempre observando é muito bom aqui (RS 4 CLS 2).

O primeiro fragmento da fala, aborda sobre o cuidado com as ações desenvolvidas devido a população ser “exigente”; neste sentido, não é só a atuação dos representantes, os demais usuários também manifestam exigências.

Eles são ativos [usuários], eles questionam, **eles gostam de saber por que está acontecendo**. Se eles vê algum problema no posto eles relatam, como a gente teve problema da limpeza e até uma delas eu acho que foi a [nome] que chegou a falar, “nossa a limpeza piorou muito” quando trocou a empresa. Então, eles falam mesmo, eles cobram eu acho isso muito importante, que é o papel da população [...] o [nome do ex RU] procurava, ela ia lá na farmácia “como é que está aqui? Que vocês estão precisando? Como é que estão?” (RS 6 CLS 1).

Nota-se um olhar atento por parte de alguns usuários em relação ao modo como a unidade de saúde está organizada e a preocupação dos servidores em atender as demandas pressupõe um movimento de participação dos usuários e de certa maneira, compreendem que possuem o direito de colocarem-se perante situações consideradas inadequadas. Há indícios de controle social em relação ao preconizado no SUS, que é a fiscalização de algumas ações. Embora tímida e incipiente.

Em decorrência das interferências do macro para o micro espaço político, ousamos fazer uma aproximação dos conceitos de resistência para a AI e das proposições de Gramsci, que defende:

Que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, pode-se inferir que o ‘controle social’ acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o ‘controle social’ sobre o conjunto da sociedade. Assim, o ‘controle social’ é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – e está balizado pela referida correlação de forças (CORREIA, 2009, p.68).

Esta correlação de forças também é proposta por Monceau (1997) como um movimento integrado, no qual ora um é mais expressivo que o outro, mas ocorrem ao mesmo tempo. A disputa entre as classes pelo controle social pode ser considerada um movimento de resistência, por meio de direitos conquistados devido a mobilização social e atacados pelo outro grupo social.

Imagem 1 – A representação dialética dos três movimentos do conceito de resistência

Fonte: Monceau, 1997, p.53 apud Dobbies e L'Abbate, 2016, p.76

O movimento será sempre constante. Então, a luta pela participação e controle social sempre estará presente como uma força contrária ao desmonte do SUS.

O controle social implícito foi elucidado ao longo da participação nas reuniões, atividades e entrevistas com os participantes da pesquisa. Identificamos a presença do controle social em outros espaços não legitimados. Esse controle é realizado por grupos

sociais sobre as ações e serviços de saúde nos cenários pesquisados. Estes grupos/atores não estão relacionados diretamente com os CLS, mas são reconhecidos pela população da área de abrangência enquanto grupo/ator que também detém o controle das ações como, por exemplo, intervenções de saúde realizadas na área de abrangência e mediador de conflitos entre funcionários/usuários e entre serviço de saúde/usuário.

Há conversas informais, referindo a ocorrência e outras unidades de saúde do município, afetando a gerência e os atendimentos, mas não é colocado em pauta no sentido de dar encaminhamento a estas interferências.

Fiquei pensando sobre um fato relatado: uma gerente que não respondia aos interesses dos médicos da unidade de saúde, foi “convidada” por um usuário a renunciar ao cargo. Um usuário alegou que se o médico parasse de atender sua filha, a gerente não precisava mais voltar à unidade de saúde. Como uma interferência deste tipo, envolvendo servidor ocorre e não é discutida? Só consigo pensar que é por causa do receio (Diário de pesquisa – 09/2017).

O trecho a seguir descreve uma situação vivenciada pela agente comunitária de saúde (ACS) e a gerente, que estavam à procura de um morador da área de abrangência para entregar uma ficha de encaminhamento para uma determinada especialidade médica, devido tentativas frustradas de contatar o usuário pelo telefone:

Às vezes a gente vai no endereço que você chega lá tem um monte de cara olhando para você “o que é que está fazendo aqui?”. Teve uma das vezes que agente comunitária falou “a senhora deixa o carro ligado” ela encontrou uma pessoa, que levou ela, tirou ela do asfalto e levou ela lá no terreno, e eu fiquei olhando pelo retrovisor, daí 10 minutos ela voltou e ela falou “Doutora [nome] vamos embora”. Porque ele achou que a gente vai lá para investigar, para fazer denúncia de alguma coisa ilícita, então tem isso também [...] eles falaram assim que a pessoa que a gente estava procurando era conhecida dele, **mas que ele ia fazer o contato** (Gerente CLS 1).

Em uma das reuniões do CLS 1, relataram que, felizmente, a unidade de saúde não tinha mais sofrido furtos, como ocorre em algumas unidades de saúde do município; neste momento a gerente da unidade informa que roubaram os fios condutores de energia elétrica, no mesmo dia, um usuário foi até ela perguntar o motivo pelo qual sua esposa gestante não seria atendida. Foi informado do roubo dos fios condutores e todos os atendimentos foram interrompidos. O mesmo se apresentou como uma pessoa influente no bairro e iria providenciar que não ocorresse mais roubos na unidade de saúde, de fato, segundo a gerente, o episódio não ocorreu novamente.

Gerente fala sobre problema na fiação, lembrou e recontou um fato ocorrido há alguns anos quando os fios foram roubados. Ela disse que o usuário deixou claro que ninguém mais iria roubar a unidade, ele sempre vai na unidade de saúde saber como estão as coisas. Relatou que “outro dia me fez parar o carro para saber, deram uma informação errada” (Diário de pesquisa – 31/08/17).

Ao fim deste relato, os presentes na reunião entreolharam-se, alguns riram e começaram a falar sobre o serviço terceirizado de limpeza, que estava sendo inadequado e o problema de comunicação entre esses prestadores de serviços.

Na ação do “mutirão da dengue”, em parceria com outros serviços da rede de saúde, também foi observado olhares de alguns moradores durante a ação e em alguns pontos fomos informados que não poderíamos tocar nos objetos.

É por causa que ele se esconde droga lá né, você viu que aqueles meninos estavam rodeando? Você não reparou quando eles ficam assim, assim, assim... [encenou] para afastar, eles não falam, quando eles ficam rodeando muito você percebe que não pode [...] então você vê que não pode mexer, mas parece que um chegou e falou para outra moça, que ele **falou que não era para mexer lá**, a [nome] (RS 2 CLS 1).

Na reunião do CLS disseram que precisa avisar eles [traficantes] que terá mutirão, ficou acordado que a representante dos usuários e a agente comunitária de saúde iriam falar com “eles” (Diário de pesquisa – 14/09/17).

O informante-chave que também considera ser uma pessoa de grande influência no bairro devido à realização de atividades com jovens e doação de produtos alimentícios para pessoas que necessitam, relata uma intervenção na unidade de saúde entre uma funcionária e usuária:

[...] vou te abrir o jogo [...] aqui quando acontece alguma coisa no posto eles vem falar comigo por causa do meu conhecimento com o pessoal todo. Então, há poucos dias atrás aconteceu um fato até engraçado, a farmacêutica do posto ela tem um horário estabelecido e às vezes estamos estressados, nós não queremos saber disso, ela está ali é para fazer, mas a pessoa chegou em cima do horário que ela estava fechando e existe a regra do postinho de tal hora a tal hora. Então, ela tinha que fechar o posto e a pessoa que foi buscar o remédio não quis nem saber, falou poucas e boas para ela, não sei quem foi, veio me chamar, aí eu fui lá [...] alguém que estava ali por perto veio aqui me chamar e eu fui lá ver o que que era. Então, a única coisa que eu expliquei para paciente foi o seguinte “filha por causa de 5 minutos precisava disso? E a senhora porque que a senhora não veio um pouco mais antes?” [...] quer dizer todas as duas estão

erradas, vamos supor a farmacêutica está lá ela tem que fechar 10 para 5, não custa nada 5 minutos ela atender a paciente pegar lá um comprimido e entregar, não vai gastar mais do que cinco minutos. Eu acredito e a pessoa também, é o velho negócio de brasileiro é de última hora, vem na última hora, sabe que o posto vai fechar às 5 horas, mas vem em cima do horário. Então o negócio foi assim no ato (IF 1 CLS 1).

Os grupos e atores mencionados não realizam o controle social, conforme a definição do SUS, mas detêm um papel importante que interfere os serviços de saúde e seu reconhecimento necessita ser explorado com o objetivo de fomentar discussões e reflexões sobre essas interferências. Então, sugerimos pesquisas que tratem sobre essas interferências e avancem na discussão e reflexão dos impactos para os serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CLS é composto por representantes eleitos pelo voto de seus pares, com mandato de 2 anos. Não há uma discussão aprofundada das propostas dos candidatos a conselheiros. São consideradas atividades, as reuniões mensais e as atividades se perpetuam ou são implantadas pelo olhar dos conselheiros e algumas demandas.

As reuniões aparentam ser um espaço de descontração, possibilita maior interação entre os conselheiros e demonstra uma proximidade. Durante as reuniões observadas não houve encaminhamentos. Nas atas, há poucos registros em relação a conduta e desfecho das questões elencadas.

A instituição CLS é dinamizada pelos agentes. Os agentes que se propõem a participar são aqueles motivados pelo sentimento de pertença, vivenciaram a implantação de algo, seja da UBS, seja do CLS ou do próprio SUS; consideram a participação como um exercício de cidadania, no sentido de reconhecer seus direitos e deveres.

Os agentes também são motivados por interesses individuais, podendo induzir certas ações, quando os demais não percebem a necessidade de debater e questionar as informações transmitidas devido a hierarquia entre o lugar que ocupa e o conhecimento profissional. Neste sentido os RU e RAM são vistos pelos RS como ajudantes e agentes multiplicadores de informações, visão esta consentida.

A baixa participação e as desistências são explicadas devido a indicação de nomes para compor, não importando quem exerça a função. O tempo é colocado como um fator que dificulta a participação, devido a demanda do serviço de saúde, o horário das reuniões e atividades laborativas. Por isso, os RU e RAM, que participam ativamente, são aposentados.

Os CLS pesquisados lutam constantemente para continuarem ativos. No município poucos CLS estão em vigor e realizando atividades. Valorizar os agentes que resistem as forças e entraves existentes é valorizar as lutas – mesmo que timidamente – contra o desmonte do SUS.

Neste sentido, buscamos ofertar elementos que possibilitem aos trabalhadores e pesquisadores, para posteriores pesquisas, os conceitos de autogestão e autoanálise possam ser desenvolvidos nestes espaços como uma forma de analisar as implicações, sobreimplicações e as práticas do CLS.

A pesquisa realizada na França ilumina alguns aspectos da realidade dos CLS, como a proximidade sociocultural dos RU e RAM com a gerência, acarretando na falta de representação sociológica em relação aos demais usuários da área de abrangência. Outro fato, é a gerência assumindo um papel centralizador.

O controle social não é exercido ainda de elaboração de políticas de saúde. Nestes espaços, há a presença do controle exercido por outros grupos sociais que interferem no serviço de saúde. Sugerimos outros estudos para aprofundar a reflexão sobre essas interferências.

Em síntese, o modo como o CLS funciona está relacionado aos modos instituídos de participar. Estes agentes são implicados por várias instituições e a análise coletiva poderia elucidar essas instituições que influenciam em sua visão, atitudes e comportamentos.

Os conselhos operam na lógica instituída, sendo uma força que perpetua ações burocráticas, hierarquizadas e de fragilidades nos encaminhamentos. Estes aspectos corroboram com as pesquisas citadas na busca na literatura.

Concluimos que é preciso promover avanços na reflexão prática e teórica do funcionamento dos CLS e apostamos nas contribuições deste estudo.

REFERÊNCIAS⁹

- AGOSTINI, M. **Saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sfwjtj/pdf/andrade-9788575413869-46.pdf>>.
Acesso em: 5 de abr. de 2018.
- ALVAREZ, M. C. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 168-176, jan/mar. 2004.
- AMORIM, P. E. G. B. **Controle social no município de Vitória da Conquista**: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos conselhos locais de saúde. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Feliz Guattari, 2002.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Envolvimento comunitário na Estratégia Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1.313-1.332, 2012.
- BORGES, F. A. B. **Análise de implicação profissional: um dispositivo disparador de processos de educação permanente em saúde**. 2017. 141 f. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado, 1988.
- _____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação superior. Resolução CNE/CES nº 3, de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 15 de jan. de 2018.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Convocatória para a marcha em defesa da saúde, da seguridade social e da democracia**. Brasília, junho de 2016a.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2007.
- _____. Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888. Declara extinta a escravidão no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 maio 1888. Disponível em:

⁹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim3353.htm>. Acesso em: 01 de fev. de 2018.

_____. Emenda constitucional nº 95 de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 25 de abr. de 2018.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. Lei nº 5.972, de 23 de abril de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde em Ribeirão Preto e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, SP, 1991.

_____. Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 fev. 1998. Seção 1, p. 2. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/839470.pdf>>. Acesso em: 12 de abr. de 2018.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 1999. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm>. Acesso em: 20 de mai. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde - Municipalização é o caminho**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 14 de fev. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A_Pratica_Control_Social.pdf>. Acesso em: 16 de jan. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>. Acesso em: 12 de mai. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/02.pdf>>. Acesso em: 20 de dez. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. **Política nacional de gestão participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf>. Acesso em: 10 de dez. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 de mar. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Autoriza a realização de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59., 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/BPdKdr>>. Acesso em: 2 de dez. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 28 de fev. de 2018.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008 / IBGE**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/zV2pKn>>. Acesso em: 2 de fev. de 2018.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **O que é orçamento participativo?**. 2015. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/orcamento-da-uniao/elaboracao-e>>

[execucao-do-orcamento/o-que-e-orcamento-participativo>.](#) Acesso em: 15 de abril de 2018.

_____. Ministério Público Federal. **Caso Lava Jato:** Entenda o caso. [201?]. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/para-o-cidadao/caso-lava-jato/entenda-o-caso>>. Acesso em 02 de mar. de 2018.

_____. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 553, de 2017. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2018. Seção 1, p.41-44. Disponível em: <<http://www.use.ufscar.br/direitos-e-deveres-dos-usuarios/resolucao-553-2017-carta-dos-direitos-e-deveres-da-pessoa-usuaria-da-saude>>. Acesso em: 10 de abr. de 2018.

_____. Secretaria Nacional de Políticas para mulheres. Secretaria de governo da presidência da república. Distribuirão percentual feminina por cor/raça. Brasil e Grandes Regiões, 2014. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/diversidade-das-mulheres/negras/dados>> . Acesso em: 22 de mai. de 2018.

_____. Senado notícias. **Senado julgará um presidente da república pela segunda vez.** Brasília, DF, atualizado em 12 mai. 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/05/12/senado-julgara-um-presidente-da-republica-pela-segunda-vez>>. Acesso em: 15 de mar. de 2018.

_____. Senado notícias. **Impeachment:** da admissibilidade ao julgamento. Brasília, DF, atualizado em 26 ago. 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/08/26/impeachment-da-admissibilidade-ao-julgamento>>. Acesso em: 15 de mar. de 2018.

_____. Senado notícias. **Promulgada emenda constitucional do teto de gastos públicos.** Brasília, DF, atualizado 23 abr. 2018. Disponível em : <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos>>. Acesso em: 28 de abr. de 2018.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. O. Conselhos de saúde e serviço social: luta política e trabalho profissional. **Ser Social**, n.10, p.15-27, 2002. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/95>. Acesso em: 20 de out. de 2016.

BRESSON, M. La participation: un concept constamment réinventé. Analyse sociologique des enjeux de son usage et de ses variations. **Socio-logos**, n. 9, 2014.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.573-583, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a15v10n3>>. Acesso em: 1 de mai. de 2018.

CARDOSO, C. L. Os “mutirões da saúde” como ação interdisciplinar de atenção primária à saúde. **Gerais: Rev Interinstitucional de psicologia**, Juiz de Fora, v. 8, p.177-193, 2015. Edição especial. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/03.pdf>>. Acesso em: 23 de mar. de 2018.

CARIA, T. H. Hierarquias de conhecimento e saber profissional. **Cader de Pesquisa**. v.44, n.154, p. 798-826, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v44n154/1980-5314-cp-44-154-00798.pdf>> Acesso em: 8 de fev de 2018.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saude Soc.** v.21. São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500012> Acesso em: 4 de março de 2018.

CORREIA, M. V. C. Controle Social. Dicionário da educação profissional em saúde. [online]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em: 20 de out. de 2016.

COSTA, A. G. **Conselhos de políticas públicas e associações de moradores:** estudo de caso do orçamento participativo no município de São Carlos. 2014. 163 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

DA SILVA, Z. P. et. al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde 2003-2008. **Cien. Saúde Colet.** v. 16, n. 9, p. 3807-16, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232011001000015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 6 de fev. de 2018.

DOBBIES, D. V.; L'ABBATE, S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da análise institucional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 120-133, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0120.pdf>>. Acesso em: 31 de mar. de 2018.

DOMITROVIC, N.; ARAUJO, M. D.; QUINTANILHA, B. C. O papel do mediador no incentivo à participação das comunidades nas ações de promoção da saúde. **Psicologia teor. prá.**, v.15, n.1, p. 81-91, 2013.

DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. *The Lancet*, v. 388, n. 10047, p. 867-868, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31428-3/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31428-3/fulltext?code=lancet-site)>. Acesso em: 23 de mai. de 2018.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. Tradução Paulo Neves. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FORTUNA, C.M. et al. A análise de implicação de pesquisadores em um pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. n.32, v.9, p.01-10, 2016.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida:** notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida. 2003. 216 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FORTUNA, C. M. **Prática de Acolhimento e os Modos de Gestão na Atenção Básica em Saúde a luz da Análise Institucional.** 2016. 168f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

FORTUNA, C. M. et. al. Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a análise institucional. **Revista Fractal de Psicologia**, v. 26, n. 2, p. 255-266, maio/ago. 2014.

FREITAS, L. O. Ensaio inicial sobre pobreza e desigualdade social: indicações políticas para a política de assistência social. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís (MA), v. 8, n. 2, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/XCQvHK>>. Acesso em: 16 de abr. de 2018.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISES DE DADOS. Portal de estatísticas do estado de São Paulo. Mortalidade infantil. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/mortalidade-infantil/>>. Acesso em: 19 de mai. de 2018.

GARCIA, L. P. et al. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1425-1434, maio 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/E5x8xi>>. Acesso em: 23 maio 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, F. Participação : muito melhor com ela. Mas com qualquer uma ? Saúde em Debate, Rio de Janeiro. v.34, n.84, p.56-56, 2010.

GUIZARD, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a03.pdf>>. Acesso em: 2 de abr. de 2018.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, maio 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a26.pdf>>. Acesso em: 3 de març. de 2018.

HEIDEMANN, M.; GOMES, M. L. B.; SANCHEZ, C. O. O pensamento de Antônio Gramsci como referencial teórico na pesquisa em história da Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 18, n. 4, p. 1159-1164, 2008. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a29.pdf>. Acesso em: 20 de out. de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População do último censo de Ribeirão Preto. Disponível em: IBGE 2010 e 2017 <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>> Acesso em: 10 de jan. de 2018.

_____. Taxa de desemprego 2017 – 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>> . Acesso em: 20 de fev. de 2018.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. tradução de Henrique Augusto de Araújo Mesquita, prefácio Juliette. Favez-Boutonnier. Rio de Janeiro, F. Alves, 1989.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274. 2003.

L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine**, v.8, n. 1, p. 194-219, 2012.

L'ABBATE, S. Introdução a Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 3 ed. Petrópolis: vozes, 2014.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Petrópolis: vozes, 1993.

LOURAU, R. **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LISBOA, E. A. et. al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 679-698, 2016.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-36, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a08.pdf>>. Acesso em: 03 de abr. de 2018.

MARTINS, A.L.X.; SANTOS, S.M.R. O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, p. 199-209, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/17.pdf>>. Acesso em: 15 de fev. de 2018.

MATOS, B. T. P.; TURNES, V. Conselhos Locais de Saúde como novos atores sociais: uma força coletiva na produção do bem público?. **Temas de administração Pública**, v. 8, n. 2, 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.fclar.unesp.br/temasadm/article/view/6848>>. Acesso em: 4 de fev. de 2018.

MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, 2010.

MELO, F. A. B. **Análise de implicação profissional: um dispositivo disparador de processos de Educação Permanente em Saúde**. 2017. 141p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

MELO, C. M. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. *Texto Contexto Enferm.* v.16, n.3, p. 426-32. Florianópolis, 2007

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 04 de mai. de 2018.

MICHAELIS. Dicionário online. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/peculato/>> . Acesso em: 2 de març. de 2018.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 411-423, 2017.

MONCEAU, G. Efficacité des mécanismes de représentation des parents d'élèves: équité ou égalité?. *Pesquis educa. Santos*. v.1, n.1, p. 49-56, 2009.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-26, jun. 2008.

MONCEAU, G. A pesquisa-com e o Ensino-com: pela repolitização da pesquisa e do ensino. Palestra. Organizada pelo Programa de pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública e Núcleo de estudos em Saúde Coletiva- NUPESCO da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 28 de abril de 2016.

MOREIRA, M. Mulheres negras não chegam a 1% do total de candidaturas para prefeito nas eleições de 2016. **Revista Fórum**, São Paulo, 26 set. 2016. Disponível em: <<https://www.revistaforum.com.br/mulheres-negras-sao-apenas-14-do-total-de-candidatos-nas-eleicoes-de-2016-no-brasil>>. Acesso em: 23 maio 2018.

NOGUEIRA, M. A. Representação, crise e mal-estar institucional. **Soc. estado.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 91-111, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000100006>. Acesso em: 05 de mai. de 2018.

NOVAES, F. S.; SANTOS, M. E. P. dos. O Orçamento Participativo e a democratização da gestão pública municipal - a experiência de Vitória da Conquista (BA). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n.4, p. 797-820, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n4/a01v48n4.pdf>>. Acesso em: 8 de març. de 2018.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde e Soc**, v.18, n.1, p. 141-153, 2009.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/35>>. Acesso em: 18 de mai. de 2018.

OLIVEIRA, A. M. C.; DALLARI, S. G. Participação social no contexto da atenção primária à saúde: um estudo de caso das comissões locais de saúde do Sistema único de Saúde de Belo Horizonte. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1059-1078, 2015.

PAILLE, P.; MUCCHIELLI, A. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. 3ème éd. Paris: Armand Colin; 2012.

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública**. Rio de Janeiro: FGV, editora, 2005.

PEITER, C. C.; CAMINHA, M. E. P.; OLIVEIRA, W. F. Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa. **Espaç. Saúde**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 165-173, 2017.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da análise institucional: potencializando reflexões no cotidiano da saúde bucal coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a07v21n4.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

POZZER, M. A. S. Socialização política: promoção da cidadania através das Associações de moradores. In: I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, 2010. Anais... Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/4.MilenePozzer.pdf>>. Acesso em: 5 de fev. de 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Legislação municipal. Decreto nº 72 de 03 de maio de 1995. Homólogo o novo regimento interno dos conselhos locais de saúde, 1995.

_____. Legislação municipal. Lei nº 5972 de 23 de abril de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde em Ribeirão Preto e dá outras providências.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Relação dos Conselhos Locais de Saúde. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/rela-com-locais.pdf>>. Acesso em: 20 de mai. de 2017.

ROTOLO, L. M.; FERNANDES, G. F.; MARTELLI, P. O controle social em nível local no SUS e as possibilidades de transformação da cultura política no Brasil. **Sau & Soc**, Florianópolis. v.6, n.1, p.31-42, 2016.

SANTANA, F. R. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro**: pesquisa socioclínica no Brasil e na França. 2016. 341 f. Tese (Doutorado em cotutela) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2016.

SAVOYE, A. Análise Institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. *Memosine*, v.3, n.2, p. 181-193, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Relação dos Conselhos Locais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Última atualização 23 de dezembro de 2016. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/rela-com-locais.pdf>>. Acesso em: 10 de out. de 2017.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4829-4839, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04829.pdf>>. Acesso em: 20 de mai. de 2017.

SERAPIONI, M.; ROMANI, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/15.pdf>>. Acesso em: 20 de mai. 2018.

SILVA, L. M. S. et. al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, p. 117-125, maio 2012. Suplemento 1.

SILVA, I. B. Desafios do financiamento da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p.110-117, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5919/pdf>>. Acesso em: 5 de abr. de 2018.

SIMÕES, et al. Controle Social na Estratégia Saúde da Família: concepções e ações dos usuários e trabalhadores de saúde. **Rev Baiana de Saúde Pública**. v.38, n.2, p.499-502.

SPECK, B. W.; BALBACHEVSKY, E. Identificação partidária e voto. As diferenças entre petistas e peessedebistas. **Opin. Publica**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 569-602, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/op/v22n3/1807-0191-op-22-3-0569.pdf>>. Acesso em: 04 de mar. de 2018.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73-74, p. 149-160, 2006.

UNIVERSIDADE POPULAR DE ARTE E CIÊNCIA. 13º Congresso Paulista de Saúde Pública. **Cantigas e Músicas populares**. Canção: Caravana SUS - Johnson Soares e Ray Lima, 2013.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: parte I (ABNT)** / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, coordenadora; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro [et al.]. 3. ed. rev. ampl. mod. São Paulo: SIBiUSP, 2016. 100p.

APÊNDICE

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Membros do Conselho Local de Saúde

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre o Conselho Local de Saúde o objetivo é Analisar como funcionam os Conselhos Locais de Saúde em um Município do Estado de São Paulo sob a ótica do referencial teórico da Análise Institucional, as responsáveis pela pesquisa são pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) a Professora Cinira Magali Fortuna (orientadora) e a estudante de mestrado Priscila Norié de Araujo. Caso concorde, sua participação será voluntária, com observação nas reuniões do conselho e entrevista individual. A entrevista será em local, dia e horário de sua escolha e será realizada em local reservado, podendo ser na própria unidade de saúde em uma sala disponível ou se o (a) senhor (a) preferir poderá ser em sua residência ou outro local de sua escolha. A mesma será gravada em um gravador de áudio e transcrita na íntegra. Somente depois desse processo o material será analisado. O tempo estimado da entrevista é de quarenta a sessenta minutos. Ela será feita tendo por base um roteiro de questões previamente elaboradas que serão sobre os Conselhos Locais de Saúde, tais como, como funciona o conselho, como é o seu relacionamento com os demais membros, quais as dificuldades e facilidades, entre outras. Se o (a) senhor (a) aceite participar da pesquisa, poderemos marcar mais de uma entrevista, caso necessário. As observações propostas serão durante as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Local de Saúde, estando previstas a participação da pesquisadora em quatro a cinco reuniões. Nelas serão observado os assuntos discutidos, os modos como às decisões são tomadas, os encaminhamentos, entre outros aspectos. Serão tomadas notas durante as reuniões. Há o risco de desconforto em ter a reunião observada e haver anotações sobre a mesma pela pesquisadora. Durante as entrevistas existe o risco de constrangimento ao responder as questões ou mesmo de desconforto em expressar sua opinião para a pesquisadora. Em ambos os casos, caso sinta os desconfortos citados ou qualquer outro, pedimos que fale diretamente para a pesquisadora. No caso da entrevista a pesquisadora irá interromper, pedirá desculpas pelo ocorrido e perguntará ao senhor (a) sobre alguma forma de amenizar ou aliviar o desconforto. Assim que o (a) senhor (a) estiver sentindo melhor, a pesquisadora perguntará sobre o interesse de continuar com a entrevista, se deseja continuar em outro dia ou se deseja suspender sua participação na pesquisa. No caso da observação, essa também será interrompida e será discutido com os demais participantes e com você sobre a continuidade ou não da observação. Caso queira o (a) senhor (a) também poderá manifestar os desconfortos e decorrentes da participação na pesquisa diretamente à orientadora da pesquisa, a professora Cinira Magali Fortuna, através do telefone (16) 3315-3950. Caso ocorra algum dano que o (a) senhor (a) considere que seja por causa de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país. O (a) senhor (a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso considere necessário, sem que isso lhe traga prejuízo. Se o (a) senhor (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhum gasto. Sua participação é voluntária, com garantia de sigilo, privacidade no momento da entrevista e após a mesma. O senhor (a) não terá benefício direto, indiretamente o benefício será o diálogo e a possibilidade de reflexão sobre a temática e a contribuição para com o tema investigado dos Conselhos Locais de Saúde. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos e outros eventos científicos,

haverá também publicações em revistas científicas. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para todos os participantes desse estudo e sempre que desejar o (a) senhor (a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Qualquer dúvida poderá entrar em contato com as pesquisadoras, a qualquer momento, através do telefone (16) 98243-8502 ou pelos e-mails priscila.araujo@usp.br e fortuna@eerp.usp.br ou pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (16) 3315-9197 ou no endereço: Avenida dos Bandeirantes, número 3900, Campus Universitário no Bairro Monte Alegre- Ribeirão Preto- SP cujo funcionamento é de segunda a sexta feira, em dias úteis, das 8 horas às 17 horas. Caso concorde em participar, uma via original assinada deste termo de consentimento será entregue ao senhor (a). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob protocolo nº _____, que tem a finalidade de garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação, livre e esclarecida.

Priscila Norié de Araujo

Aluna de Mestrado do Programa
de Pós graduação Enfermagem
em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto –
USP

Contato: 16 982438502

Cinira Magali Fortuna

Profa do Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde
Pública da Escola Enfermagem em
Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Contato: 16 3315-3950

Eu, _____, aceito participar da presente pesquisa:
Participação e Controle Social nos Conselhos Locais de Saúde sob a ótica da Análise
Institucional.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Usuário do Serviço de Saúde (Informantes-chave)

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre o Conselho Local de Saúde (CLS), o objetivo do projeto de pesquisa é analisar como funcionam os Conselhos Locais de Saúde em um Município do Estado de São Paulo sob a ótica do referencial teórico da Análise Institucional. As responsáveis pela pesquisa são pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sendo elas, a Professora Cinira Magali Fortuna (orientadora) e a estudante de mestrado Priscila Norié de Araujo. Caso concorde, sua participação será voluntária, ou seja, não ocorrerá pagamento e nem custo pela participação na pesquisa. A participação será por meio de entrevista, que será em local, dia e horário que o senhor (a) escolher. A entrevista será realizada em local reservado, podendo ser na unidade de saúde em uma sala disponível ou se o (a) senhor (a) preferir poderá ser em sua casa ou outro local de sua escolha. A entrevista será gravada em um gravador eletrônico de voz, será escutada e todo seu conteúdo será escrito. Somente depois desse processo o material será analisado. O tempo estimado de duração da entrevista é de quarenta a sessenta minutos. A entrevista será feita com base em um roteiro de perguntas já elaboradas que serão sobre os Conselhos Locais de Saúde, como por exemplo, se o (a) senhor (a) já foi atendido na unidade de saúde, se conhece o Conselho Local de Saúde, quem participa, se conhece o representante dos moradores. Se o (a) senhor (a) aceitar participar da pesquisa, poderemos marcar mais de uma entrevista, caso necessário. Existe o risco de desconforto ao responder as questões ou mesmo de incômodo em falar o que o senhor pensa para a pesquisadora. Caso sinta os desconfortos que escrevemos ou qualquer outro, pedimos que fale diretamente para a pesquisadora que irá parar a entrevista, pedirá desculpas pelo ocorrido e perguntará ao senhor (a) sobre alguma forma de aliviar o desconforto. Assim que o (a) senhor (a) estiver sentindo melhor, a pesquisadora perguntará se gostaria de continuar com a entrevista, se deseja continuar em outro dia ou se deseja parar de participar da pesquisa. Caso queira o (a) senhor (a) também poderá falar sobre os desconfortos que sentiu durante a entrevista com a orientadora da pesquisa, a professora Cinira Magali Fortuna, através do telefone (16) 3315-3950. Caso ocorra algum dano que o (a) senhor (a) considere que seja por causa de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no Brasil. O (a) senhor (a) poderá parar de participar do estudo a qualquer momento, caso considere necessário, sem que isso te cause perdas ou prejuízo. Se o (a) senhor (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhum gasto. Sua participação é voluntária, com garantia de sigilo, privacidade no momento da entrevista e após a mesma. O senhor (a) não terá benefício direto, indiretamente o benefício será o diálogo (conversa) e a possibilidade de reflexão sobre o assunto e a contribuição para com o tema pesquisado. Os resultados do estudo serão apresentados em eventos científicos, haverá também publicações em revistas científicas. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para todos os participantes desse estudo e sempre que desejar o (a) senhor (a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Qualquer dúvida poderá entrar em contato com as pesquisadoras, a qualquer momento, através do telefone (16) 98243-8502 ou pelos emails priscila.araujo@usp.br e fortuna@eerp.usp.br ou pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (16) 3315- 9197 ou no endereço: Avenida dos Bandeirantes, número 3900, Campus Universitário no Bairro Monte Alegre- Ribeirão Preto- SP que funciona de

segunda a sexta feira das 8 horas às 17 horas, não abre em feriado. Caso aceite participar, uma versão original assinada deste termo de consentimento será entregue ao senhor (a). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob protocolo nº _____, que tem o objetivo de garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação, livre e esclarecida.

Priscila Norié de Araujo

Aluna de Mestrado do Programa
de Pós graduação Enfermagem
em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto –
USP

Contato: 16 982438502

Cinira Magali Fortuna

Profa do Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde
Pública da Escola Enfermagem em
Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Contato: 16 3315-3950

Eu, _____, aceito participar da presente pesquisa:
Participação e Controle Social nos Conselhos Locais de Saúde sob a ótica da Análise
Institucional.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante _____

APÊNDICE II – Dados do participante

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Formação:

Religião:

Quanto tempo mora no bairro ou trabalha na Unidade?

Participação em outras atividades coletivas?

Quais?

APÊNDICE III - Roteiro da Entrevista

Local, data e hora: _____

Para membros do conselho local de saúde:

- 1) Conte como iniciou sua participação no Conselho Local de Saúde (quando, o que te influenciou/motivou a participar)
- 2) me fale sobre como funciona o conselho de saúde (o que discute, quem pauta, quais assuntos, etc)
- 3) Me fale sobre a sua relação com os demais membros do Conselho
- 4) Conte sobre sua relação com as pessoas que representa (moradores ou trabalhadores)
- 5) Me fale dos aspectos facilitadores de ser conselheiro e dificultadores
- 6) Na sua opinião quais os principais problemas da área de abrangência da unidade?
- 7) Me conte uma situação que você considera bem sucedida na atuação do conselho

Para Informantes-chave:

- 1) Você já foi atendido na Unidade Básica de saúde do seu bairro? Se sim, como foi?
- 2) Na sua opinião quais os principais problemas da área de abrangência da unidade de saúde?
- 3) Você conhece como funciona a unidade de saúde do seu bairro? Me fale a respeito.
- 4) Você sabe o que é Conselho Local de Saúde? Sabe quem é o morador que atua no Conselho Local de Saúde?
- 5) O que sugere para melhorar a saúde na unidade mais próxima?

ANEXOS

ANEXO I - Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 157 – GS

CV/2017

Ribeirão Preto, 17 de Janeiro de 2017.

Senhora Orientadora,

Informo que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de Ribeirão Preto, SP, manifestou a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nas Comissões Locais de Saúde de Ribeirão Preto. Solicitamos ao pesquisador averiguar, na época da coleta de dados, junto ao Portal da Secretaria da Saúde, as Comissões Locais de Saúde em vigência, e se apresentar a gerência com antecedência para verificar o cronograma das reuniões.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: "PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NAS COMISSÕES LOCAIS DE SAÚDE SOB A ÓTICA DA ANÁLISE INSTITUCIONAL", sob a responsabilidade da PROFª DRª CINIRA MAGALI FORTUNA

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo
p/ Ronaldo Guizzo

Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ilustríssima Senhora

PROFª DRª CINIRA MAGALI FORTUNA

ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA

EERP-USP

NESTA

ANEXO II - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 074/2017, de 07.04.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 225ª Reunião Ordinária, realizada em 05 de abril de 2017.

Protocolo CAAE: 66095517.4.0000.5393

Projeto: Participação e Controle Social nos Conselhos Locais de Saúde sob a ótica da Análise Institucional

Pesquisadores: Priscila Norie de Araujo
Cinira Magali Fortuna (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Cinira Magali Fortuna

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP