

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina - UFMG
Programa de Pós Graduação em Promoção de saúde e Prevenção da Violência

Sueli Aparecida Rodrigues da Silva

**A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE:
Um olhar crítico sobre participação e cidadania em Belo Horizonte.**

Belo Horizonte

2020

Sueli Aparecida Rodrigues da Silva

**A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE:
Um olhar crítico sobre participação e cidadania em Belo Horizonte.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Orientadora: **Prof.^a Dr.^a Andréa Maria
Silveira**

Banca examinadora:

Prof.^a. Alzira de Oliveira Jorge (UFMG)
Prof. Ricardo Tavares (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte 13/10/2020

Belo Horizonte

2020

Silva, Sueli Aparecida Rodrigues da.
S586p A participação popular na Atenção Primária de Saúde [manuscrito]:
um olhar crítico sobre participação e cidadania em Belo Horizonte. /
Sueli Aparecida Rodrigues da Silva. - - Belo Horizonte: 2020.
105 f.: il.

Orientador (a): Andréa Maria Silveira.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da
Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Promoção da Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Participação da Comunidade. 4. Educação em Saúde. 5. Dissertação
Acadêmica. I. Silveira, Andréa Maria. II. Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 546



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA: SUELI APARECIDA RODRIGUES DA SILVA

Realizou-se, no dia 13 de outubro de 2020, às 14:00 horas, ON LINE, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: Um olhar crítico sobre participação e cidadania em Belo Horizonte.*, apresentada por SUELI APARECIDA RODRIGUES DA SILVA, número de registro 2018712009, graduada no curso de SERVIÇO SOCIAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Andrea Maria Silveira - Orientador (UFMG), Prof(a). Ricardo Tavares (UFOP), Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

(x) Aprovada

() Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 13 de outubro de 2020.

Prof(a). Andrea Maria Silveira (Doutora)

Prof(a). Ricardo Tavares (Doutor)

Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Maria Silveira, Diretor(a)**, em 21/09/2021, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Tavares, Usuário Externo**, em 23/09/2021, às 12:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Professora do Magistério Superior**, em 24/09/2021, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site



https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0975756** e o código CRC **BBAB3392**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
Linha de pesquisa: Promoção de saúde e suas bases: Cidadania, Trabalho e Ambiente: processo de conhecimento e produção da saúde a partir da atuação sobre suas determinações sociais, políticas, econômicas, culturais.

Reitora: Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Fabio Alves da Silva Junior

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Profa. Eli Lola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof^a Adalgisa Peixoto Ribeiro

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência: Prof^a. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência: Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Profª Andrea Maria Silveira (Titular)

Profª Alzira de Oliveira Jorge (Suplente)

Profª Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Titular)

Profª Maria Monica Freitas Ribeiro (Suplente)

Profª Eliane Costa Dias Macedo Gontijo (Titular)

Prof. Marcelo Grossi Araújo (Suplente)

Prof. Tarcísio Marcio Magalhães Pinheiro (Titular)

Profª Myrian Fatima de Siqueira Celani (Suplente)

Profª Palmira de Fátima Bonolo (Titular)

Prof. Ulysses de Barros Panisset (Suplente)

Belo Horizonte

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Arraral
Coordenadora do COEP-UFMG

À minha mãe, que sempre lutou contra a sua situação social assegurando-me a provisão máxima possível a ela, para que eu vivesse com dignidade e construísse meus valores pautados no trabalho com honestidade, no respeito ao próximo, no amor à família. Estes valores foram os pilares para a realização deste grande sonho da minha vida, que foi alcançar o título de mestre. E ao meu amado companheiro, inseparável, que sempre acreditou que eu conseguiria, até mesmo quando eu duvidava diante das dificuldades. Aos meus filhos Brenner e Débora, que apesar de não optarem pelo mundo acadêmico, sempre entenderam e torceram para que eu realizasse meu sonho, e os meus netos, que eles possam sentir orgulho da vovó muito apaixonada por eles.
Dedico-lhes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir chegar até aqui e realizar o maior sonho da minha vida, que foi além de graduar-me em um curso superior, alcançar o título de mestre.

À minha orientadora e Professora Dra. Andréa Maria Silveira, que ao conhecê-la em sala de aula, já a escolhi mentalmente para minha orientação, pois reconheci sua postura ética e dedicada, o seu carisma, sua simplicidade e naturalidade na condução do trabalho que faz. E a partir do contato para a orientação, sua forma respeitosa e comprometida, me dando segurança no caminho a ser percorrido para a dissertação.

À professora Dra. Elza Machado de Melo, Coordenadora do Programa de Mestrado profissional da Faculdade de Medicina, que conheci em 2016 e vi nela uma mestra a seguir, pois nunca mediu esforços para garantir todas as condições necessárias para que pudéssemos concluir o mestrado, e por compartilhar conhecimento e sabedoria, força, simplicidade e amor pelas almas humanas.

A meus familiares que sempre acreditaram e torceram por mim. A minha mãe e filhos (Brenner e Débora) que sempre colaboraram comigo em todas as etapas da minha vida, sendo compreensivos e pacientes com minha ausência.

Ao Cláudio, meu amor e companheiro inseparável, que durante todo esse quatorze anos de convivência, esteve sempre ao meu lado. Carinhosamente apoiou-me e incentivou-me a ser forte diante das lutas e perseverante na busca dos meus objetivos.

À minha orientadora da graduação e inesquecível professora, Cyntia Iannaco, com a qual aprendi tanto, por meio de sua dedicação e incentivo, entusiasmo e ética, fazendo-me a amar ainda mais a profissão escolhida.

Aos meus amigos e colegas das cidades de Ubá, Visconde do Rio Branco e Porto Seguro, pela possibilidade de tê-los como amigos e fazerem parte da minha trajetória de vida pessoal e profissional.

Aos meus amigos e colegas de trabalho da Regional de Saúde da Pampulha com os quais tenho aprendido tanto e que desde o início sempre estiveram na torcida para a concretização deste sonho.

Aos professores desta Universidade que colaboraram com seriedade para a minha formação, em especial ao Professor Ricardo Tavares, que me ensinou muito e me apoiou para a construção dos resultados da pesquisa e da dissertação.

Aos professores Ricardo Tavares e Alzira de Oliveira Jorge por aceitarem participar da minha banca, pelas críticas e sugestões, contribuições fundamentais para o desenvolvimento da versão final deste trabalho.

À Lauriza e Amanda, amigas que conquistei na UFMG e me sinto honrada em tê-las como grandes companheiras, sempre disponíveis e atenciosas.

Enfim,

A todos os usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte que concederam as entrevistas para a realização da pesquisa e deste trabalho.

Anseio por executar uma tarefa grande e nobre, mas é meu dever principal executar tarefas humildes como se fossem grandes e nobres. O mundo é movido não só pelos vigorosos empurrões dos seus heróis, mas também pelo conjunto dos pequenos empurrões de cada trabalhador honesto.

Helen Keller

RESUMO

A participação popular e o controle social na construção e fortalecimento da política de saúde constituem estratégia de promoção da saúde que propicia o enfrentamento da violência, oportuniza aos usuários do sistema de saúde o protagonismo na sua construção e no exercício da cidadania, não sendo somente consumidor dos serviços ofertados, sem conhecimento e atuação sobre a realidade que os cerca. Este trabalho tem por objetivo avaliar a participação dos usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte nas Comissões Locais de Saúde, utilizando-se da descrição do perfil dos usuários das unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, participantes da pesquisa. Também avaliar os fatores que influenciam a participação e a não participação dos usuários nas CLS, a relação entre participação e violência e avaliar a relação entre participação nas CLS e a satisfação com os serviços prestados na APS. A metodologia utilizada foi uma pesquisa realizada com os usuários da Atenção Primária à Saúde, por meio de questionário semiestruturado, aplicado pelo pesquisador participante, treinado conforme a metodologia do projeto, sendo 2017, o ano referencial da coleta de dados, armazenado em SPSS. Realizado estudo quanti e qualitativo tendo como eixo a participação da população nas CLS, construído a partir de quatorze dimensões, sendo a quarta, o campo para busca e resposta à hipótese e objetivos do trabalho. Os resultados e a discussão foram alcançados por meio da distribuição de frequências em tabelas uni e bivariada com a associação das variáveis por método de análise de correspondência. Os resultados respondem à hipótese inicial e corrobora para que a gestão municipal possa construir, junto aos Conselhos e CLS, estratégias para que o Controle Social se efetive de forma plena, protagonizado pelas Leis 8080 e 8142/90.

Palavras-chave: Política de Saúde; Participação Popular; Cidadania; Educação em Saúde; Promoção de Saúde.

ABSTRACT

Popular participation and social control in the construction and strengthening of health policy constitute a health promotion strategy that promotes the confrontation of violence, provides health system users with a leading role in its construction and in the exercise of citizenship, not just being a consumer of the services offered, without knowledge and performance on the reality that surrounds them. This work aims to evaluate the participation of users of Primary Health Care in the city of Belo Horizonte in the Local Health Commissions, using the description of the profile of users of the basic health units in Belo Horizonte, who participated in the research. Also assess the factors that influence the participation and non-participation of users in the CLS, the relationship between participation and violence and assess the relationship between participation in the CLS and satisfaction with the services provided in the PHC. The methodology used was a survey conducted with users of Primary Health Care, through a semi-structured questionnaire, applied by the participating researcher, trained according to the project's methodology, 2017 being the reference year of data collection, stored in SPSS. Quantitative and qualitative study was carried out with the participation of the population in the CLS as an axis, built from fourteen dimensions, the fourth being the field for searching and responding to the hypothesis and objectives of the work. The results and discussion were achieved through the distribution of frequencies in univariate and bivariate tables with the association of variables by method of correspondence analysis. The results respond to the initial hypothesis and corroborate that the municipal management can build, together with the Councils and CLS, strategies for Social Control to be fully effective, led by Laws 8080 and 8142/90.

Keywords: Health Policy; Popular participation; Citizenship; Health Education; Health Promotion.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

Figura 1 - Mapa Mundi categorizando o índice de Desenvolvimento Humano, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.	51
Figura 2 - Distribuição da população por sexo e faixa etária, segundo IBGE,2010.	52
Figura 3: Mapa de correspondência entre a visão do usuário e a vitimização versus a participação na comissão local de saúde.	61
Figura 4: Mapa de correspondência entre dúvidas/demandas atendidas e o que faz quando está insatisfeito.	62
Figura 5: Mapa de correspondência entre a frequência e os motivos para participar da CLS.	64
Figura 6: Distribuição percentual cruzada entre a frequência dos usuários às reuniões da CLS e as sugestões para maior participação.	65
Gráfico 1: Frequência na CLS x sugestões dos usuários para aumentar a participação:	65
Figura 7: Distribuição percentual cruzada entre os entrevistados e a participação dos usuários às reuniões da CLS.	66
Gráfico 2: Percentual de todos os entrevistados x Percentual de Participação por Região em Belo Horizonte:	66
Quadro 1 - Índice de Vulnerabilidade da Saúde, (BH, 2012, p.8)	84
Quadro 2 – População por distrito sanitário – BH seundo o IVS 2012 (BH, 2012, p.8)	84
Quadro 3 - Distribuição espacial dos SC de Belo Horizonte por categoria de IVS em 2012.	85

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Distribuição univariada e bivariada da participação do usuário na Comissão Local de Saúde, segundo o perfil sociodemográfico, BH, 2017. 56
- Tabela 2: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (visão do usuário). 60
- Tabela 3: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (vitimização versus a participação na CLS). 60
- Tabela 4: Contribuições relativas do perfil linha – (Dúvidas/Demandas são atendidas). 61
- Tabela 5: Contribuições relativas do perfil coluna. (O que faz quando insatisfeito). 62
- Tabela 6: Contribuições relativas dos perfis linha (Motivo para Participar da CLS). 63
- Tabela 7: Contribuições relativas dos perfis coluna - (Frequência de participação na CLS). 63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização De Internação Hospitalar
CAPS	Caixas De Aposentadorias E Pensões
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLS	Comissão Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional De Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional De Secretarias de Saúde
COSEMS	Colegiado De Secretarias Municipais de Saúde
EC – 29	Emenda Constitucional 29
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NOBS	Normas Operacionais Básicas
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado E Descentralizado De Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCA	Unidade De Cobertura Ambulatorial
UFMG	Universidade Federal De Minas Gerais

Sumário

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 MARCO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O CONTROLE SOCIAL NO SUS - Aspectos gerais: Os primeiros modelos de saúde no Brasil	20
2.2 O PAPEL RELEVANTE DAS CONFERÊNCIAS E OS CONSELHOS DE SAÚDE: O Controle Social relevante ao processo de participação no SUS.....	29
2.3 A RELEVÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR PARA A CONCRETIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS.....	38
3. HIPÓTESE E OBJETIVOS	49
3.1 HIPÓTESE.....	49
3.2 OBJETIVO GERAL.....	50
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
4 METODOLOGIA: BUSCANDO CAMINHOS PARA REPENSAR O CONCEITO DE CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE.....	50
4.1 O Cenário da Pesquisa.....	50
4.2 O Desenvolvimento da Pesquisa.....	52
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXO 1 – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE/BELO HORIZONTE-MG	96
ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS USUÁRIOS DO SUS.	98
ANEXO 3 – RESPOSTAS DOS USUÁRIOS DO SUS À QUESTÃO 76	101
ANEXO 4 – RESPOSTAS DOS USUÁRIOS DO SUS À QUESTÃO 86	105

1 INTRODUÇÃO

Durante o curso de Serviço Social vivenciei a aproximação com a temática saúde cursando a disciplina Política Setorial. Esta aproximação coroou com total êxito o trabalho que desenvolvi por seis anos, até 2009, quando executava a tarefa de faturamento hospitalar do sistema único de saúde da rede pública em um hospital privado/conveniado, no interior de Minas Gerais.

Naquela época, muitos conhecidos na cidade em que residia, município de Ubá, procuravam-me para tentar agilizar cirurgias e internações. Eram pessoas que tiveram algum problema de saúde e aguardavam nas filas de regulação e ou precisavam de uma cirurgia com maior rapidez devido ao agravamento da situação de saúde. Não tinha como função a regulação, mas as pessoas não entendiam como o sistema de saúde público era organizado e achavam que poderia contribuir pelo fato de estar no faturamento do SUS.

A partir destas experiências comecei a acompanhar a inserção das pessoas nas discussões sobre saúde e o trabalho do conselho municipal de saúde, pois entendia que este tinha como uma de suas atribuições, preparar os cidadãos para participarem do planejamento, execução, monitoramento e avaliação dos resultados da implementação da política de saúde. Dessa forma, os questionamentos acerca da política de saúde foram amadurecendo e colocados no caminho de uma discussão necessária para se entender a importância da participação popular.

Após a formação em Serviço Social e a vivência com os usuários da rede sócio assistencial, tanto na Política de Assistência Social como na Política de Saúde, em municípios de Minas Gerais e também no estado da Bahia, quando lá estive por alguns anos, vi que a possibilidade desta participação precisava continuar a ser discutida para que o usuário pudesse entender e aprender a importância de participar dos rumos que a gestão municipal imprime à política *in loco*.

Este conhecimento é fundamental para que a população usuária do SUS saiba como enfrentar as violências sofridas no cotidiano, seja qual for o tipo e a motivação para o ato de violência. Então resolvi buscar entendimento sobre o financiamento das políticas públicas, e no curso de especialização em Gestão Pública e Gerência de Cidades, a partir da disciplina Políticas Públicas e Sociais encontrei ainda mais sustentação para continuar esta discussão.

A palavra participação está na pauta do dia da organização da sociedade e, especificamente na área da saúde, a partir da Constituição Brasileira de 1988, quando foi aprovado que a saúde é “*direito de todos e dever do Estado*”. No livro “*Cidadania e Participação Social*”, mais especificamente no prefácio, Pedrinho Arcides Guareschi, filósofo e pós-doutor em psicologia social, nos fala que “nas atividades humanas e sociais existem ao menos três tipos de participação”. Seria participar no planejamento, na execução e nos resultados de algo.

A história do Brasil nos fala de uma sociedade massificada, mais acostumada a participar dos resultados do que no planejamento e execução de alguma política pública. Esse quadro nos leva a pensar em como ainda somos muito novos na participação e na construção de nossas políticas públicas e sociais. Muito já se avançou, mas muito há de avançar para que, na saúde ou em qualquer outra política pública, seja construída, a partir de uma interação social e cidadã mais atuante, a participação no planejamento e na execução, e não somente nos resultados.

É importante ressaltar que o primeiro registro de uma Conferência Nacional foi em 1941, para discutir saúde (Almeida, 2010). Àquela época e até a VIII Conferência em 1986, a população não tinha acesso para livre participação. Era somente uma parte da gestão federal que fazia a discussão em saúde e determinava os rumos que esta tomaria.

Com a gradativa transformação das conferências de saúde e com a criação dos conselhos de direitos, a participação do usuário na saúde pública se torna assunto de primeira ordem a ser trabalhado para o fortalecimento da Política de Saúde. Fica então determinado que uma das atividades do Conselho Municipal de Saúde junto à população usuária do sistema de saúde é apoiar e promover a educação para a participação e esta passa a se chamar “Controle Social”, definida em estatuto e orientada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Esta competência nos faz repensar como o papel do conselheiro é importante e poderia ser mais eficaz na vida do cidadão e da cidadã entrevistados na pesquisa que será apresentada mais à frente. Seria importante se pudéssemos acompanhar o conselho municipal e suas ações, mas decidimos analisar somente a partir da pesquisa com os usuários sobre o conhecimento e a participação nos conselhos locais de saúde.

Quando iniciamos a participação no projeto Para Elas, em 2016, observamos nas declarações das pessoas que participavam do projeto, que ir ao projeto seria

uma forma de acesso rápido ao atendimento no Hospital das Clínicas, pois ficavam anos na fila da regulação aguardando por um atendimento solicitado para uma consulta especializada e inserida na regulação pelo centro de saúde de referência.

Verifiquei que essa percepção não se tratava de algo novo, mas constante na vida do usuário do sistema de saúde brasileiro, que cria estratégias para o acesso ao SUS. Apesar dos avanços do sistema, aquela mesma situação vivenciada no interior do Estado de Minas Gerais, quando ainda estava na graduação, e posteriormente quando atuei na Política de Assistência Social e de Saúde na Bahia, permanecia a mesma.

Participei de oficinas de capacitação para os conselheiros locais de saúde, de algumas regionais; parceria entre a UFMG e o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Não foi diferente do entendimento que tinha, pois muitos conselheiros desconhecem a importância do papel que assumiram, discordam entre eles de forma violenta, não conseguem fazer a preparação do usuário para participar por causa da forma como se comunicam e porque muitos se apropriam daquele lugar e do papel inicial como forma de status, propiciam acesso à saúde para os seus e para si próprio. Muitos ainda veem aquele lugar como forma de fazer amizade e angariar um espaço na política partidária.

Nota-se que o tema é vasto, complexo e inesgotável para a abordagem, por isso está dividido em partes para a contextualização do assunto. Num primeiro momento serão apresentados alguns marcos sobre a Política de Saúde e os avanços para a construção de um sistema mais igualitário e eficiente. Depois será abordado o papel relevante das Conferências e dos Conselhos de Saúde bem como a relevância da participação popular para a concretização dos princípios do SUS.

A pesquisa dialogará com diversos autores que já discutiram essa temática, como por exemplo, Bordenave (1983), Soares (1987), Valla (1993), Cunha (1998), Heimann (2001), Sousa (2001), Campos (2006), Santos (2011), dentre outros mais recentes, apresentando também a historicidade a partir de diversos documentos do Ministério da Saúde. É importante esse diálogo porque legitima minha discussão e interesse acerca desta temática.

Num segundo momento, buscando caminhos para repensar o conceito de controle social, a pesquisa realizada será apresentada para obtermos os resultados mais próximos da realidade da população usuária do sistema de saúde pública de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Os marcos históricos fundamentais para a construção da política de saúde serão apresentados, focalizando os termos “*política de saúde; participação popular; cidadania; educação em saúde; promoção de saúde*”, com a finalidade de dar ao leitor um breve esboço histórico e ainda, colocá-lo no caminho do entendimento sobre o assunto que foi eleito para este trabalho acadêmico.

Esta dissertação é constituída de seis capítulos: O primeiro capítulo introduz o interesse da discente pelo tema e sua relevância no cotidiano profissional; o segundo trata-se do referencial teórico dialogado entre os autores sobre o termo participação e controle social; o terceiro estabelece a hipótese e os objetivos do estudo, o quarto descreve a metodologia utilizada e a contribuição dos docentes que possibilitaram esse trabalho acadêmico, o quinto contempla os resultados da pesquisa, que responde aos objetivos propostos e faz a discussão entre os resultados encontrados e os autores que se debruçaram no assunto e finalmente, o sexto capítulo, onde apresentamos as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para entendermos a Política de Saúde no Brasil, faremos uma breve retrospectiva do início da política de saúde até as conquistas de hoje. Porém, apresentaremos o marco de cada etapa da saúde como Política Pública para melhor apreendermos o processo histórico que a determina.

2.1 MARCO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O CONTROLE SOCIAL NO SUS - Aspectos gerais: Os primeiros modelos de saúde no Brasil

Quando a corte portuguesa chegou ao Brasil em 1808 e implantou Salvador como a primeira capital do país, a preocupação inicial era com as ações sanitárias nos portos e ao seu entorno porque o objetivo era a abertura destes para todas as importações de quaisquer gêneros provenientes das nações que estavam em paz com a coroa portuguesa. Não existia relação explícita entre saúde e sociedade. A atuação dos médicos e do Estado era evitar a morte e não a preservação da saúde (GOMES, 2007).

A transferência da capital para o Rio de Janeiro, somada à expansão das atividades agrárias e de exportação do país, aumentou a preocupação com a situação da saúde e do combate aos inúmeros casos de doenças que surgiam. Juntamente com as escolas de medicina de Salvador e do Rio de Janeiro, o meio urbano, passou a ser alvo de reflexão e prática médica devido aos diversos tipos de doença que foram surgindo em meio a um processo de transformação social, político e econômico. O apoio científico passou a ser indispensável ao exercício do poder do Estado. Nasceu então a Medicina Social e com ela a formação em 1829 da primeira junta de higiene pública no Brasil com o objetivo de cuidar da saúde da população (GOMES, 2007).

Poucos foram os avanços até 1851 quando foi instituído um sistema único de saúde, limitado ao município, insuficiente ao controle de doenças e na oferta de melhores condições para a saúde. Ainda assim, os médicos que assumiram essa junta, criaram medidas de controle de higiene pública e regulamentaram diversas ações para a saúde. Transformaram a junta de higiene pública em Junta Central de Higiene Pública, ampliando as ações para inspeção da vacinação, controle do exercício médico, e criaram a polícia sanitária da terra (GOMES, 2007).

Realizaram inspeção de alimentos, farmácias, cemitérios, açougues, restaurantes, cadeias, aquedutos, colocando em prática a promoção da saúde ao invés de somente evitar a morte após doenças instaladas. Estes médicos delegaram atribuições para as juntas municipais criadas, entre elas o controle dos navios e portos. Em 1888, com a abolição da escravatura e a chegada dos imigrantes europeus para o trabalho na lavoura, surgiram ações de controle de saúde destes, pois aumentaram as doenças entre eles e, com isto, os navios não queriam atracar no porto do Rio de Janeiro (GOMES, 2007).

A partir de 1921 registra-se uma atuação mais abrangente do sanitarista Carlos Chagas à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública quando expandiu as ações de saúde para além do Rio de Janeiro onde o controle epidemiológico era mais rigoroso, mas ainda distante da atenção à saúde do indivíduo. Foram surgindo por parte dos trabalhadores, organizações para o custeio e o cuidado da saúde deles e de seus familiares dependentes, como nos aponta Minayo no livro “As condições de saúde no Brasil”, (2002, p. 141)

A saúde como direito do cidadão não fez parte da primeira constituição do país em 1824 e nem em 1891. O Estado passou a ser responsável pela saúde dos

brasileiros, além das ações de saúde, somente em 1934 quando esta foi associada ao Direito do Trabalho (MARTINS, 2014). Esta inserção da saúde ao direito do trabalho e as alterações posteriores, não incorporaram ganhos e benefícios significativos à saúde da população, nem mesmo no campo estrutural do governo. O Ministério da educação e Saúde Pública (MESP), implantado em 1934, permaneceu com esta nomenclatura até sua alteração para Ministério da Educação e Saúde (MES) passando por reformas pouco significativas, sem produto e ações que merecem destaques.

O que podemos observar na história do país é que as ações de saúde vieram como parte das demandas do Estado, mas como direito do cidadão, somente na Constituição de 1988. A partir das mudanças de um Estado agrário para um país industrializado, consolida-se uma política de Estado mais atuante na regulação das atividades econômicas e nasce uma proteção social aos trabalhadores de diferentes categorias.

Em 1923 foi aprovada a Lei Eloy Chaves que marca a trajetória das transformações ocorridas na área da saúde. Esta Lei possibilitou aos trabalhadores um poder organizacional para atendimento à saúde com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

As CAPS eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas por representantes das empresas e dos empregados. Cabia ao poder público apenas a resolução de conflitos (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 286).

Nesse contexto, os segmentos beneficiados foram somente dos trabalhadores ferroviários, marítimos e portuários e, somente mais tarde, estendeu-se aos demais segmentos.

Articulados à proposta de desenvolvimento, com o crescimento industrial, as ações do Estado e sociedade são redefinidas e, ampliam-se as CAPs para os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), “entidades organizadas não mais por empresas, mas por categorias profissionais”, dependentes do governo federal na sua forma organizacional e administrativa (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 287).

No final dos anos sessenta, o sistema de saúde brasileiro começa a se preocupar com o combate de doenças através das campanhas de saúde pública, mas permanece o modelo de saúde Flexneriano pensado desde os anos 1910,

considerado um “modelo avançado”, onde prioriza-se a assistência médica curativa e individual, negando a saúde pública e reafirmando o modelo biomédico. A partir dos anos setenta, sob um novo olhar, inicia-se um outro cenário sob a perspectiva sanitária. Isto se deve aos diversos encontros mundiais que antecederam à Conferência Mundial de Alma-Ata em 1978¹.

Em 1973 e 1974, acontecem movimentos para uma transformação na saúde promovidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tanto na China quanto no Canadá. A partir dos relatórios de seus responsáveis inicia-se a discussão sobre o paradigma que determina o conceito de saúde simplesmente como ação médica, com a finalidade de mudar e ampliar seu conceito que:

Certamente, o relato das missões enviadas à China em 1973 e 1974 constitui uma das primeiras observações relativas ao cuidado da saúde que extrapola a tradicional abordagem da atenção médica. Tanto quanto [GRIFO NOSSO] o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde: “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (BUSS; FERREIRA, 2001, p. 255)

Estes movimentos internacionais contribuíram para que nascesse no Brasil, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde, através da Lei 6.229/75, separando as ações de saúde pública das ações ditas de atenção às pessoas. Em 1977, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para organizar o atendimento exclusivamente às pessoas que possuíam emprego formal, ou seja, possuidoras da carteira de trabalho assinada pela empresa em que trabalhavam.

O atendimento dos desempregados e residentes no interior ficaria sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, dos Serviços Públicos Federais e das entidades filantrópicas. Ou seja, a saúde do brasileiro continuava na lógica de uma cidadania fragmentada e regulada pelo trabalho e mercado desde os anos de 1934 quando foi vinculada ao direito do trabalho.

Em 1978, na Convenção de Alma-Ata, mais uma batalha pela saúde foi vencida, ampliou-se à visão do conceito saúde introduzindo a atenção básica para a promoção da saúde, tendo como slogan “Saúde para todos em 2000”, pois:

¹ Conferência Internacional de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata, cidade situada no Cazaquistão. (Ver texto da Declaração de Alma-Ata).

Na verdade, o texto da Declaração de Alma-Ata, ao ampliar a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, superava o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde (BUSS; FERREIRA, 2001, p. 258).

Articulado a essas transformações na saúde, nasce no Brasil o movimento da Reforma Sanitária², e os primeiros sinais de mudanças do modelo de atenção à saúde no Brasil surgem com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS a partir de alguns projetos de medicina comunitária em 1979 (BRASIL, 2008).

Em 1983, com a implantação das Ações integradas de Saúde (AIS) surge o primeiro modelo de ações estratégicas de “cogestão”, de descentralização e de universalização da atenção à saúde. Nesse aspecto, culmina a VIII Conferência Nacional de Saúde³, em 1986, sendo esta conferência a mais marcante de toda a história da saúde no país, pois nela se concentrou a luta pela proposta de que a saúde deveria ser “direito de todos e dever do Estado”. Vislumbra essa nova perspectiva devido à efervescência dos anos oitenta, e as mudanças econômicas e políticas juntamente com a redemocratização do país, exigem a substituição do modelo médico assistencial privatista por outro modelo de atenção à saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, com as recomendações deliberadas no relatório final e os atos do ano seguinte foram responsáveis pela inserção das Ações Integradas de Saúde (AIS) e pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se configurou em um processo, chamado “processo-ponte” para a criação do SUS e a “desconcentração” de recursos e das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde. O SUDS transitou entre a VIII Conferência e a Constituição de 1988, mas o Decreto que o

² O Movimento Sanitário Brasileiro, formado por pessoas ligadas ao Cebes e à Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), entre eles, Sérgio Arouca, formalizou o documento “Saúde e Democracia”, apresentado no Simpósio sobre saúde da Câmara dos Deputados, onde assegurava que a saúde é um direito de todos e que o Estado deveria garanti-lo. (REVISTA TEMA, Fundação Oswaldo Cruz, nº 20, 2001, p.5)

³ Em 1986, é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços da saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança no setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. (CUNHA & CUNHA, Caderno Planejamento e Gestão em Saúde, p. 297)

institucionalizaria somente foi aprovado em 1989, pelo decreto Presidencial 94657/1989, ou seja, meses após a promulgação da nova carta magna do país.

Durante o processo de elaboração da Constituição Federal, outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Idealizado como estratégia de transição em direção ao SUS, propunha a transferência dos serviços do INAMPS para os Estados e Municípios (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 297).

A Constituição Federal de 1988 ampliou o conceito de saúde, passando a ser vista como direito do cidadão e, o Sistema Único de Saúde regulamentado dois anos depois pelas leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, garantem essa ampliação e resguarda a participação da população no controle desse direito.

Um passo importante na construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto nº 99.060 de 07 de março de 1990, que conforme Brasil (2008) *“transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde”*.

Após a promulgação da lei 8.080, em 27 de julho de 1993, o INAMPS foi extinto através da lei nº 8.889/93, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias Federal, Estadual e Municipal do SUS.

O SUS a partir da sua formação foi estruturado sob um “tripé” de leis que articuladas, o legitimaram, a Constituição Federal de 1988, e as referidas Leis 8.080/90 e 8.142/90, sendo reforçado complementarmente pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs).

O atual texto constitucional sela não mais um sistema de seguro social, mas de seguridade social, constituído por um conjunto integrado de ações assegurando os direitos relativos à Saúde, Assistência e Previdência Social (OLIOSA, 1999, p.31).

Este tripé da seguridade permitiu o início de um acerto ao débito social do país para com seu povo. Um débito gerado pela desigualdade social, pelo descaso das autoridades, fruto dos períodos governados pelo populismo de Vargas e pelos militares que comandavam o país com *“punhos de ferro”*. O objetivo era a transformação do sistema de desigualdade na assistência à saúde da população não permitindo pagamentos pelos serviços e dando um atendimento igualitário aos

cidadãos, tornando-o obrigatório a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 2008).

Nessa nova perspectiva, os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, se filiaram ao SUS ou dele passaram a fazer parte, e ainda os hospitais privados que se associaram para atender a população. O SUS passou então a atender a todos os cidadãos com direitos a consultas, exames, internações, e tratamento nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, seja pública ou privada, contratada pelo gestor público de saúde.

As normas operacionais básicas tiveram suas definições e aplicações delineadas e bem definidas para possibilitar a nova forma de se fazer saúde no país.

A primeira NOB chamada NOB-SUS 01/91, e sua Resolução nº 258/1991/INAMPS, “instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) para o financiamento das atividades ambulatoriais; instituiu a Autorização de Internação Hospitalar (AIH)”. Também estabeleceu os parâmetros para o financiamento das internações Hospitalares; *“definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do INAMPS”* e, por fim, *“definiu recursos para o financiamento de Programas Especiais em Saúde”*, determinando recursos para *“investimentos no setor de saúde”*. (BRASIL, 2008)

A NOB-SUS 01/92, por meio da Portaria nº 234/1992/MS criou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASENS), como instâncias gestoras colegiadas do SUS (BRASIL, 2008).

A partir dessa importante criação organizou a descentralização das ações previstas e os serviços de saúde; com isso, *“normalizou o Fundo Nacional de Saúde; descentralizou o planejamento e a distribuição das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pelas Secretarias Estaduais de Saúde”*. (BRASIL, 2008)

O trabalho na recuperação da saúde passou a ter novos caminhos a percorrer dentro de uma estrutura organizacional séria e sistematizada. Sob o eixo de um novo modelo, novas variações sucederam devido às exigências da própria conjuntura e, outras NOB’s surgiram para dar conta dessa nova etapa da saúde no Brasil.

A partir de 1993, publica-se a NOB-SUS 01/93 que lançou o documento denominado Portaria nº 545/1993/MS para a *“Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”*; deu maior ênfase à

municipalização da saúde; criou a CIT⁴ e a CIB⁵, como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente.

Nesse processo de construção e reconstrução social, o Governo Federal desenvolveu nos primeiros anos um papel de resgate social da saúde de tamanha importância para uma população que saiu da ausência total de uma Política de Saúde, onde anteriormente configurava-se um tratamento de benevolência para aqueles que se viam sem acesso aos serviços de saúde.

No afã de uma participação governamental nas três esferas para um aperfeiçoamento do sistema de saúde, consolida-se mais uma NOB-SUS 01/96 que instituiu a Gestão Plena Municipal da Saúde e a Gestão Plena de Atenção Básica, através da Portaria nº 1.742/1996/MG *“gerando a responsabilidade dos Municípios pela saúde dos cidadãos”*; juntamente com o governo federal. (BRASIL, 2008)

O Município passou a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão; os Estados passam a ser mediadores nesse atendimento, assumindo alguns papéis que direcionassem as ações de saúde e a garantia de acesso; e a união normaliza e financia o Município que gera e executa essas ações.

Outras medidas de controle, gerenciamento e organização do SUS são estabelecidas pelas NOBs, culminando na NOAS-SUS 01/2001, NOAS-SUS/2002 e também no Pacto pela Saúde 2006. Este dividido em três eixos: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão.

A partir dessa nova estrutura implementada, sem pretensão de esgotar o assunto que envolve esse histórico da sua criação, vimos o Estado desenvolver uma nova proposta para prestação de assistência à saúde bastante superior ao modelo anterior, apesar de diversos entraves que trataremos no decorrer do trabalho. A nova proposta de saúde implantada e implementada pelo Governo, o Sistema Único de Saúde – SUS foi criada a partir da necessidade emergente do país em construir uma Política de Saúde garantidora de acesso e direitos numa lógica de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Para tanto, o Pacto pela Saúde apontou nas portarias 339 de 2006 e 325 de 2008 o público prioritário para o cuidado em saúde. Alinhou os ciclos de vida de

⁴ Comissão Intergestora Tripartite.

⁵ Comissão Intergestora Bipartite.

acordo com as ofertas de serviço cuidando da saúde do idoso, controlando o câncer de colo de útero e mama, preservando a relação materno-infantil e trazendo uma série de recomendações para o cuidado da criança, das gestantes e puérperas, após o nascimento de seus filhos.

Ofertou o cuidado com a imunização para a rotina do calendário de vacinação, mas também orientou para as ações que serviriam de bloqueios epidemiológicos para os surtos e as endemias que surgiram ao longo da história em saúde. Esse arsenal de orientações e protocolos ofertados nos mostra que a saúde deixou de ser um sistema de seguro para ser um sistema de seguridade social, pois não cuida da doença, mas possibilita o cuidado da pessoa antes que a doença surja.

A promoção de saúde passa a ter papel protagonista para o sistema de saúde, ainda que incipiente naquele momento, pois a cultura da população focava na ação curativa como solução para todas as causas de enfermidades. Era ainda centrada na ação médica ou ato médico.

Na Política de Promoção de Saúde o objetivo principal é promover a qualidade de vida das pessoas, reduzir as vulnerabilidades e os riscos sociais relacionando os determinantes e os condicionantes de saúde para avaliar a qualidade e a vulnerabilidade em que o sujeito esteja exposto.

Essa política contempla a Carta de Otawa em 1986 quando ela reafirma a necessidade de promover a saúde a partir do reconhecimento das questões sociais em que diversas famílias estão inseridas e reafirma a necessidade de capacitar a população para poder participar das conferências, como forma de exercer a sua cidadania.

Reforça o empoderamento do cidadão, a ampliação de práticas saudáveis no cotidiano, desenvolvimento das habilidades intelectuais, sociais e econômicas das pessoas, o reforço da vida comunitária e da rede de apoio nela inserida. Amplia a necessidade de participação da população através dos conselhos e conferências em saúde.

As três esferas de controle do sistema de saúde compostas do Governo Federal, Estadual e Municipal se amparam nas Conferências de Saúde e nos Conselhos Municipais de Saúde para o Controle Social. O SUS universal, financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, garante gratuitamente, a atenção à saúde em todo o país, sendo o maior sistema público de saúde do mundo, que atende toda a população, conforme o

documento final do Fórum Social Mundial da Saúde que diz: “O Sistema Único de Saúde (SUS) é um tipo de política pública que ajuda a combater a privatização da saúde provocada pelas políticas neoliberais” (FMS,2005).

Sua definição na Lei Nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Lei orgânica da Saúde, em seu artigo 4º, versa como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Estão incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde, garantida a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (CRESS, 2006, p.79)

De acordo com o art. 198 da Constituição Federal, a direção do SUS é exercida em âmbito estadual e no Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente e, no âmbito municipal, pela secretaria de saúde, sendo auxiliados em suas ações através das Conferências de Saúde, seja no âmbito federal, estadual e municipal. Assunto que trataremos a seguir para compreendermos a importância deste novo modelo de diálogo do governo com a sociedade, desenvolvido com objetivo de implantar a participação popular e garantir a eficácia do Sistema Único de Saúde.

2.2 O PAPEL RELEVANTE DAS CONFERÊNCIAS E OS CONSELHOS DE SAÚDE: O Controle Social relevante ao processo de participação no SUS

A Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, garantiu a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelecendo em seu 1º art. que o SUS contaria com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Nas conferências reúnem-se representantes da sociedade, do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos Municípios, nos Estados e no país. A Conferência de Saúde é convocada para avaliar a situação da saúde e propor políticas de saúde nos níveis nacional, estadual e municipal.

De quatro em quatro anos são realizadas as Conferências de Saúde no âmbito municipal, estadual e após estas, a Conferência Nacional, onde são apontados os rumos para aperfeiçoamento do SUS e proposições de meios e métodos com o objetivo de garantir a saúde a todos.

Os Conselhos de Saúde são órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual, federal. Eles foram criados para permitir que a população possa participar na gestão da saúde, garantindo o direito constitucional com qualidade e respeito à dignidade, conforme Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992 quando diz que:

O Controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde (BRASIL, 1993).

Desta forma, os Conselhos de Saúde compostos por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários, devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

Entre suas competências definidas nas leis federais e advindas das Conferências de Saúde destacam-se: *“Apoiar e promover a educação para o Controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos de Saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento”* (CES/MG, 2006, p.33).

Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde têm suas competências bem definidas e devem desenvolver um grande trabalho junto à população para o controle social tão discutido e apontado como meio para regulação das ações em saúde. Carvalho (1995) ao discutir a questão do Controle social, considera que ele corresponde a *“uma moderna compreensão da relação Estado – Sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”*. (MONTENEGRO, s.d., p.3)

Mas entre as competências e a realidade das ações dos conselhos existe uma “enorme distância”, isso porque estão voltadas muito mais para controle das ações do governo e fiscalização para fins de denúncias, do que para educação da população sobre o sistema de saúde de nosso país. Não que aquelas devam ser menos valorizadas que esta, porém, a educação em saúde propicia empoderamento

e autonomia para uma avaliação mais crítica e fundamentada ao cidadão que participa.

Moreira (1999) afirma que os conselhos se constituem em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correccional das políticas sociais, à base de anulação do poder público (MONTENEGRO, s.d., p. 5).

Então se o verdadeiro e final poder de deliberação é atributo do Executivo, como afirmam e reafirmam as leis, outras tarefas, também nobres, podem e devem ser assumidas pelos Conselhos, de acordo com o que está referido na Resolução número 333 do CNS (GOULART, 2013, p.54/55).

O trabalho direcionado para a educação da população usuária do SUS está preconizado na resolução acima mencionada, descrito na primeira e na vigésima segunda competência quando diz que ao conselho cabe *“Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde”* e *“Apoiar e promover a educação para o controle social”*.

Ainda explica, na última competência citada, como deverá ser feito: *“Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento”*.

Este processo educacional é feito no âmbito interno dos conselhos, muitas vezes restrito aos conselheiros que participaram ou aos novos eleitos quando são preparados pela direção de cada conselho para atuar em seu Município.

As intervenções desses conselhos nas ações, tanto no nível municipal, bem como estadual e federal podem ser muito eficazes, caso estes conselhos preparem os usuários do sistema público de saúde para ajudá-los, a partir da realidade de cada localidade e da real necessidade de sua população, porque *“A participação popular e a descentralização das decisões mostram-se como caminhos mais adequados para enfrentar os problemas graves e complexos dos países em desenvolvimento”* (BORDENAVE, 1983, p14).

O SUS tem seus princípios e diretrizes bem formulados, bem como um organograma de comissões, criadas pela segunda Norma Operacional Básica do SUS – a NOB-SUS 01/93, que auxiliam no seu desenvolvimento. A comissão

intergestora tripartite – CIT é composta por representantes dos gestores de acordo com cada esfera de poder.

Estes integrantes são membros das comissões municipais, representadas no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), comissões estaduais que integram o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e, Federal (Ministério da Saúde). Conta também com a Comissão Intergestora Bipartite – CIB, integrada por representantes dos gestores Municipais – Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Estadual (Secretaria Estadual de Saúde). Estas são responsáveis pelo gerenciamento do Sistema Único de Saúde, buscando a integração entre as esferas de governo.

Nesse aspecto, as ações destes órgãos, auxiliadas pelos Conselhos de Saúde desenvolvem os meios para a sustentabilidade do sistema que estará em permanente aperfeiçoamento. É importante enfatizar que a população conscientizada a respeito do sistema, resulta em ações eficazes destes órgãos e garantem ações práticas e constantes na saúde apontadas pela nossa *“carta política”* passando do âmbito filosófico para uma intervenção baseada na teoria e na prática, pois *“a participação”* oferece vantagens para ambos. *“Ela pode se implantar tanto com objetivos de liberação e igualdade como para a manutenção de uma situação de controle de muitos por alguns”* (BORDENAVE, 1983, p.12).

O projeto da saúde na Constituição de 88 é um marco de uma seguridade social pública, universal, garantidora de direitos de cidadania e o Estado está cômico das suas responsabilidades acerca da sua implantação. É caracterizado por políticas públicas que garantem o acesso a todos como dever do Estado e o coloca como responsável por um trabalho de ações igualitárias e serviços padronizados no atendimento.

Neste modelo está bem clara a intenção de que não haja nenhum tipo de discriminação, seja do ponto de vista econômico, social, étnico ou de qualquer outra natureza que venha prejudicar o avanço da democratização do país na instância da saúde. O SUS deve ser entendido como um projeto em permanente construção social da saúde, que não se iniciou em 1988, com a sua inclusão na Constituição Federal e não tem momento definido para ser concluído, pois:

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos.

Decorrentes de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são fruto apenas do momento atual. Ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 285).

O que se pode afirmar é que a relevância desta conquista para a população não se compara e nem tão pouco pode ser descaracterizada pelas intempéries que ocorrem no dia a dia desse processo.

De acordo com a nossa legislação, *“a saúde é um direito fundamental do ser humano”*; cabendo ao poder público, Estado, Distrito Federal e Municípios garantir este direito através de políticas sociais e econômicas. Estas ações objetivam a *“redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde”* (Art. 196, CF,88).

Ainda de acordo com a Constituição Federal, parágrafo único do artigo 198, que versa:

“O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. (C.F, art. 198, 1988, p.133)

Entendemos que o financiamento do SUS se dá pelo orçamento da seguridade social, da união dos Estados, do Distrito Federal e Municípios. Portanto o SUS é uma responsabilidade financeira dos três níveis de governo federal, estadual e municipal, neste financiamento deve ser considerado o investimento para a educação e preparação da população usuária do sistema público de saúde.

Confirmando esse conceito, em setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29) que determinava a vinculação de receitas das três esferas de governo para o SUS, definindo percentuais mínimos de recursos para as ações e serviços de saúde, vinculados à arrecadação de impostos e as transferências constitucionais.

Até que fosse elaborada a lei complementar à EC-29 e esta, aprovada definitivamente, foram definidos os recursos mínimos a serem aplicados de 2000 a 2004 nas ações e serviços públicos de saúde, pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Por outro lado, A EC 29 reforçou a obrigatoriedade desses recursos serem aplicados através dos respectivos fundos de saúde que são acompanhados e

fiscalizados pelos Conselhos de Saúde correspondentes, evitando que os recursos da saúde sofressem “desvio de finalidade”.

No ano 2000 passaram a existir fontes de recursos e percentuais definidos para o SUS, o que antes não havia. Até 2004 a união deveria gastar no SUS, no mínimo o valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB - Produto Interno Bruto. Os Estados e o Distrito Federal deveriam gastar no mínimo 12% do produto da arrecadação dos impostos próprios e dos que lhes seriam transferidos pela união, deduzidas as parcelas que fossem transferidas aos Municípios. E estes financiarem a saúde com o percentual de 15% de toda a receita bruta, conforme texto da Emenda 29 – “*mais dinheiro e estabilidade para a saúde*”:

“§ 3.º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.” (AC)

Estabeleceu-se fundamentalmente três os mecanismos de transferência dos recursos do SUS da união para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

“Transferência fundo a fundo: os recursos são repassados diretamente do fundo nacional de saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou qualquer outro instrumento segundo as condições de gestão.

Transferência por serviços produzidos: os recursos são pagos diretamente a prestadores da rede estadual ou privados contratados ou conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor obedecendo às tabelas editadas pelo MS/SAS.

Transferência por convênio: os recursos são repassados via convênio visando à execução descentralizada de programa e ações de saúde com interesses mútuos ou cumprimento de emendas parlamentares ou ainda a assistência suplementar” (BRASIL, 2008)

A luta para garantir a saúde e o financiamento da política é incessante, demanda investimento de tempo e mente, convicção e conhecimento sobre o projeto da reforma sanitária e da trajetória política em defesa da saúde. As conquistas são lentas, somente em 2012, ou seja, doze anos depois da EC-29, a alíquota da união para investir em saúde ficou determinada por meio da Lei Complementar 141/2012

estabelecendo o percentual mínimo da união, reforçando o controle social e a transparência dos gastos em saúde.

Em 2015 alcançou uma outra vitória, desta vez em menor espaço de tempo, não a desejada, mas uma vitória. Ficou estabelecido o percentual sobre a receita líquida da união, apesar de ser almejado o percentual sobre a receita bruta. Porém, em 2016, a saúde sofreu um duro golpe. a EC 95 chamada de a “PEC do mal” congelou os gastos em saúde até o ano de 2036. Um golpe para a política de saúde e para a população brasileira, que em sua grande maioria depende do sistema único de saúde para a promoção, a prevenção e a reabilitação de sua saúde.

Todos os mecanismos instalados para o financiamento do sistema de saúde deveriam ser para garantir saúde e acesso a todos, universalmente. Por acesso universal ao SUS entende-se, o atendimento a toda população do país que necessita dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público, seja por meio dos serviços próprios, proporcionando a acesso igualitário de todo cidadão brasileiro ou residente deste país. E por acesso igualitário entende-se respeitar os direitos de cada um mediante as desigualdades que lhes são pertinentes.

Porém, é preciso observar que entre o que foi proposto e conquistado pelas lutas dos sanitaristas e do povo para garantir saúde para todos e o que de fato continua acontecendo, há muito para se transformar. Sempre houve dois projetos em disputa neste país, desde a VIII Conferência de Saúde em 1986.

O projeto da Reforma Sanitária que almejou a garantia de saúde como direito de todos e para todos e o projeto neoliberal que desde a década de 1990 almeja um estado mínimo, cuja saúde seja privatizada, e o SUS tenha um caráter focalizado na população pobre e ou vulnerável, que não possua condição financeira para adquirir um plano particular de saúde. Em busca desse projeto, sempre mantiveram o questionamento aberto sobre a universalidade do acesso.

A contínua luta dos defensores do SUS e daqueles que tem o projeto da reforma sanitária como ponto central, não pode parar, porém, o investimento para aperfeiçoar o controle social precisa ser repensado, repactuado e estabelecido

mecanismos pedagógicos que empoderem a população brasileira para poder participar, lutar e defender a política de saúde.

O controle social garantido, tanto na Constituição Federal, como nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90) estabelecem que a população seja ativa para construir e implementar, monitorar e avaliar a saúde que está sendo entregue à população. Uma saúde que seja direito de todos e dever do estado e, suas ações e serviços devem ser organizados com a participação da comunidade. Essa participação se refere tanto em receber os resultados como atuar para a fiscalização e controle das ações do poder público. Isso quer dizer que o SUS impõe o direito de cidadania que deve ser exercido institucionalmente através dos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Conselhos que precisam atuar de forma independente, consistente e em prol da população. Que tenha membros comprometidos com a coletividade e a política pública de saúde como política de Estado e não política de governo.

Podemos correlacionar aqui as preocupações de Gandhi⁶, quando ele se inquietava com quem estaria assumindo a governabilidade da Índia. Sua preocupação não era em que mão estaria o seu país, de pessoas do seu país ou dos ingleses, mas ele temia pela governabilidade através de princípios que fossem pautados na ética e moral, para o bem comum de seu povo.

Em uma carta dirigida a um antigo Governador de Madras⁷, em 09 de outubro de 1909, Gandhi disse: *“Eu devia mostrar-me não interessado quanto, a saber, quem é que governa [...], pois a consideração importante é saber como governa”*. (FISCHER, 1983, p.88). Então é fundamental que os conselheiros entendam como se governa e quem são aqueles que assumiram tal função.

É importante que saibam, para agirem, mas também é importante que preparem a população para apoiá-los nessa função. De uma forma geral podemos ver resultados que nos direcionam para a democratização da saúde.

A proposta de participação e Controle social, por exemplo, significou a retomada da democracia após quase vinte anos de cultura do silêncio demonstrada ao longo da história política e administrativa do país. Foi nesse contexto que a participação social foi vista como uma

⁶ Mahatma Gandhi, (Grande Alma) foi um líder Indiano de influência mundial, o líder sem sangue pela independência da Índia, morreu pelas mãos de um fanático em 30 de janeiro de 1948. Mas a inspiração de sua vida e de seus ensinamentos espirituais sobrevive nos corações de milhões. (FISCHER, Louis, Gandhi Sua Vida e Mensagem para o Mundo., tradução de Raul de Polillo, 1983)

⁷ Madras é uma cidade localizada no Estado norte americano de Oregon, no Condado de Jefferson .(Origem: Wikipédia Livre - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Madras_\(Oregon\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Madras_(Oregon)))

possibilidade de maior democratização das relações entre Estado e Sociedade, um recurso ético-político de fortalecimento e organização da sociedade civil (MONTENEGRO, s.d, p.2).

As avaliações dos Conselhos de Saúde existentes apontam para a necessidade de propiciar a capacitação dos conselheiros mediante cursos regulares, de forma sistemática, para o exercício do controle social da saúde. Para ser conselheiro não é exigida nenhuma formação específica ou escolaridade mínima, mas estes cidadãos precisam entender a grandiosa tarefa que lhe é imputada, não é fiscalizar somente, é preparar a população para participar da defesa do SUS.

É certo que em suas diversas competências está também a de fiscalização e acompanhamento dos serviços de saúde como determina a Resolução nº 333 (INCISO XVI) de 04 de novembro de 2003, quando define as suas competências e versa:

“Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente”.

Porém, é necessário que a sua atuação ultrapasse as fronteiras da atuação interna e exteriorize suas ações junto à população, permitindo, ou melhor, fazendo-se conhecida desta, e convidando a população para entender sobre o plano de saúde garantido através de tantas lutas e que precisa ser protegido.

Quando um Conselho de Saúde organiza uma Conferência Municipal de Saúde, em uma das etapas de organização, deve convocar a população e elaborar um plano de trabalho que permita ampla e livre participação dos cidadãos na preparação e organização da conferência. Os municípios preparam um roteiro para a organização, elege comissões para conduzir o processo e articular com a sociedade. Isto nos leva a entender que a população deve ser mais que convidada, porque a palavra convocar quer dizer, fazer reunir. Para isso, é preciso que os membros do conselho trabalhem junto a esta população para que haja engajamento da sociedade para aprender a participar.

Mas esse trabalho não obtém resultados de uma simples organização de conferência a cada quatro anos, é uma construção permanente e diária, desenvolvida sob a perspectiva de envolver a população que utiliza os sistemas de saúde, chamá-la a conhecer, entender suas regras, recuperar a participação dos

trabalhadores urbanos e rurais, nos órgãos decisórios, como havia no período em que foram fundadas as Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPs).

Naquela época, cada categoria participava e tinha um colegiado com poder deliberativo e esta atuação foi retirada a partir da transferência das CAPs para o novo modelo denominado Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

A educação permanente da população sacramentaria o controle social a partir da perspectiva de controle da população sobre as ações do governo, de acordo com o seu significado. E este tema “*participação da população nos diversos foros de decisão na sociedade brasileira*” tem sido foco de interesse de muitos estudiosos (HEIMANN, *et al*, 2001, p.9). Ao aprofundar esta discussão com a sociedade para a educação permanente dos usuários do SUS, propiciaria uma construção coletiva capaz de fazer com que os indivíduos deixassem de buscar resolver somente problemas individuais, passando a ter uma relação horizontalizada e participativa na sociedade, construindo coletivamente o sistema de saúde.

Esta trajetória da saúde até aqui descrita, objetiva preparar, aos que dela usufruir, para a discussão que faremos sobre a participação popular e seu acesso ao sistema, serviços e órgãos que compõem a assistência à saúde.

2.3 A RELEVÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR PARA A CONCRETIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

A cada ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) traz à luz para reflexão um tema importante a ser discutido com a população mundial em comemoração ao dia mundial da saúde, que é comemorado no dia 07 de abril. Data instituída em 1948 para comemorar também o dia da OMS. Em 2005, no Dia Mundial da Saúde – foram elaboradas reflexões para garantir mudanças que nos levassem o mais rápido possível a aproximarmos de nosso direito a vida, com saúde e qualidade.

A primeira reflexão foi à cerca do processo econômico que estabeleceu os novos modelos de saúde no mundo. Era preciso promover o acesso da população à saúde sem maiores investimentos financeiros da própria população. Então ficou o entendimento que o pagamento pelos serviços de saúde era barreira de acesso de uma população mundial empobrecida e que precisava escolher entre acesso à saúde e a outros de necessidade diária, como a alimentação e moradia.

No Brasil, a realidade era a mesma e ainda não é diferente para muitos brasileiros. Muitos procedimentos e serviços em saúde ainda não são ofertados pelo SUS e a população precisa pagar por eles, seja pela falta de financiamento e cobertura, seja pela longa fila de espera que mediante a urgência em resguardar a vida, não é possível esperar. Além da situação de ausência de evidência científica aceita pelo governo, para a inserção de uma nova tecnologia em saúde no sistema, processo muitas vezes, moroso.

Toda essa história tem relação direta com os conselhos de saúde, seja em nível nacional, estadual ou municipal. “Apesar de a experiência dos conselhos não ser nova na história das democracias ocidentais, no Brasil ela é relativamente recente e tem suscitado algumas questões teóricas interessantes” (HEIMANN, L.S. et al, 2001, p.9).

Muitos conselheiros não compreendem o financiamento da saúde, não tem embasamento sobre a inserção de novo procedimentos, não acompanham o desenvolvimento de tecnologias em saúde, conseqüentemente, estão menos preparados para opinar sobre o processo e para preparar a população para o acompanhamento dos planejamentos em saúde do país e de seu próprio município.

Esta reflexão retrata como o conhecimento interfere no processo de promoção de saúde. Vejamos, no início do século XX, tivemos o modelo sanitaria – campanhista, que visava o controle de endemias e epidemias para o saneamento dos espaços por onde circulavam as mercadorias de exportação e combate às doenças transmissíveis para controle daquelas que prejudicavam a exportação do café, era o auge deste modelo.

Em 1937 foi criado o primeiro órgão de saúde de dimensão nacional, o Serviço Nacional de Febre Amarela. Em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste e em 1940 o Serviço de Malária da Baixada Fluminense (Cunha; Cunha, 2001, p. 288). Com a aceleração do processo de industrialização crescia a necessidade de restauração da capacidade física - produtiva dos que produziam as mercadorias.

Nos anos de 1950 a 70 surgiram a Medicina Previdenciária e o Modelo Médico – Assistencial Privatista, pois “*os serviços próprios continuavam a conviver com o setor privado conversado e contratado, também em expansão*” (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 290);

Naquele período, a Previdência Social era limitada aos trabalhadores formais, ou seja, o atendimento era prioritário à força do trabalho que mantinha o lucro do

sistema capitalista. E no caso dos trabalhadores doentes ou acidentados utilizava-se a assistência médica individual.

Passaram-se décadas até o surgimento dos movimentos de resistência a essa política de saúde excludente: o movimento popular e comunitário, movimento sindical, movimentos autônomos de mulheres, organização do setor de saúde, movimento pela reforma sanitária – entre outros, propondo a saúde como direito de todos e dever do Estado. Muitos anos se foram e gerações passaram sem compreender a política de saúde estabelecida no país.

Foi nesse movimento de resistência dos trabalhadores que iniciou a construção do SUS, partindo do princípio: *Saúde, direito de todos; dever do Estado*”, tendo que romper com várias barreiras para conquistar sua efetivação, como o enfrentamento político às investidas contra o SUS, em essência pela concepção de que saúde era mercadoria e para obter o cuidado necessário a ela, teria que pagar. A população em geral desconhecia as informações sobre o processo de investidas contra o SUS e por vezes apresentava dificuldades em enfrentar os problemas advindos da época. Esse desconhecimento persiste ainda nos dias de hoje.

Um dos problemas era a saúde vista como mercadoria a ser comercializada, persistindo esta lógica entre muitos profissionais até os dias de hoje que seguem pautados no sistema capitalista, já que o próprio sistema lhes impõe vender a força de trabalho em troca de ganhos para a subsistência. Como afirmou Marx, em seu livro *O Capital*,

“Embora a saúde da população seja um elemento tão importante do capital nacional, reaceamos ter de confessar que os capitalistas não se sentem de modo algum inclinados a conservar esse tesouro e dar-lhe o devido valor, pois o capital não tem a mínima consideração pela saúde [...] a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração”. (2ª ed.; 2011, p. 241 a 646).

Na realidade, os problemas enfrentados com imensas filas, atendimento desumanizado, falta de leitos, de exames, de médicos, de medicamentos, de vagas para transferências e tratamentos especializados, entre outros, não surgiram com o SUS, elas já existiam desde o tempo que a população tinha que contar com a “caridade” para tratar da sua saúde.

As infundáveis críticas que se fazem ao SUS são resquícios de um modelo excludente e seletivo anterior a ele. Conforme documento da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (2008), *“há um esgarçamento na relação entre os cidadãos que*

demandam os serviços de saúde, públicos e privados, e os profissionais de saúde”. Esse esgarçamento é fruto de uma interação social frágil entre esses atores, vinculada à pouca inclusão da população nos processos decisórios do sistema de saúde.

É preciso enfatizar que nessa jornada do SUS, se obtiveram resultados bastante positivos, mas também surgiram muitos entraves para que a população usuária dessa política social compreendesse como se organiza o Sistema – seu plano de assistência médica preventiva e curativa.

Os resultados do trabalho desenvolvido ao longo desses anos, numa visão macro do sistema, podem ser apontados em níveis positivos de eficácia e eficiência pelos sujeitos participantes do projeto.

Estamos falando de prevenção para a saúde, de campanhas de nível nacional que atingem todas as partes deste país. As mais distantes e imagináveis áreas geográficas recebem a atuação do Governo. Como, por exemplo, as campanhas para a erradicação da poliomielite, que levou o Brasil em 1994 a receber da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), *“o certificado de interrupção da transmissão dos vírus selvagens da poliomielite”* (HERMANN SCHATZMAYR et al, 2002).

Outro exemplo é a campanha contra o sarampo erradicado no país em 2016, quando a OPAS entregou ao Brasil, o certificado de erradicação da doença e considerou a *“Região das Américas como a primeira livre em todo o mundo”*. (BRASIL,2016).

São inúmeras campanhas que possibilitaram a diminuição considerável de outras doenças, evitáveis pela vacina e evitáveis pelo trabalho de educação da população brasileira. As ações de controle das doenças transmitidas por vetores – em especial a malária, leishmaniose e dengue – assim como as de controle de tuberculose, da hanseníase, das infecções sexualmente transmissíveis, são exemplos dentre outras já citadas.

Faz-se necessário registrar que o avanço se dá pelo conhecimento, pela educação da população com a participação de todos os entes políticos do país. E o abandono desta educação propiciou o retrocesso que temos visto e vivido nos últimos anos. Gerações que não vivenciaram inúmeras doenças desqualificam a importância da imunização, recebem e repassam informações desqualificadas sobre as vacinas e como consequência, as doenças erradicadas estão retornando no país.

Além disso, o Brasil, que permaneceu no rank de um país com cobertura vacinal exemplar, tem demonstrado baixíssimos índices de cobertura.

O controle social e a educação em saúde, são tarefas inerentes ao papel dos conselheiros e dos profissionais de saúde. Não há como avançar se as ações pedagógicas forem banalizadas ou abandonadas. Também as ações de promoção de saúde estabeleceram seus caminhos ao longo da implantação da Política de Promoção de Saúde em 2006, por meio do Pacto pela Saúde, pois mais importante que nascer, é viver com saúde e com qualidade de vida.

Por isso é preciso que o cidadão e a cidadã tenham bem elaborado o conceito de saúde ampliado e que exige a *“participação social em saúde como processo em permanente construção no Brasil, sobre o qual uma visão crítica deveria ser, não apenas acolhida, mas também promovida”* (GOULART, 2013, p.44).

Ainda falando sobre a Política de Promoção de Saúde (2006) é preciso que seja respeitada e compreendida como um conjunto de ações que traz protagonismo aos indivíduos durante toda a sua história e sua trajetória, pois desde 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) já se falava que “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (CNS, 1986).

São inúmeras ações nas quais a população reconhece a atuação permanente do Governo e de seus órgãos para possibilitar uma qualidade de vida para o povo brasileiro que utiliza o SUS. Mas o grande entrave na saúde é a falta de conhecimento desta população sobre o funcionamento deste sistema que é tão complexo e que confunde a população quando se trata das responsabilidades em assumir o seu atendimento quando ela mais precisa.

Nesta situação, muitas vezes, o cidadão ou a cidadã ouve “não há cobertura” ou “terá que aguardar em uma longa fila de espera”. Nestas horas, a falta de conhecimento a impossibilita de agir com a racionalidade que a situação exige e dentro dos meios legais para fazer valer o seu direito de total acesso aos recursos para garantir a sua saúde.

Por isso, *“a participação popular, neste contexto, significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias”* (VALLA, 1998, p. 10).

A Política de Promoção de Saúde nos diz:

“O exercício da cidadania, vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede” (PNAS, 2006, p. 11).

A rede territorial é importante instrumento para a construção da participação, protagonismo e empoderamento dos cidadãos deste país. Para falarmos da rede como instrumento é preciso que percorramos um caminho que foi trilhado na saúde para a construção da municipalização.

A municipalização da saúde estabelecida na Constituição Federal e na lei Federal 8.080/90 pode ser compreendida sob dois aspectos: a habilitação dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território e a descentralização da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios. Mas a municipalização da saúde, apesar de colocar o poder público municipal como o responsável imediato, não se tornou o único responsável pelas necessidades de saúde de sua população.

A municipalização da saúde não eximiu os demais poderes públicos (União, Estados e Distrito Federal) da responsabilização com a saúde, pois esta é determinada em nível Federal e Estadual. Também não eximiu a população de atuar junto aos conselhos para defender o sistema de saúde universal, pelo contrário, possibilitou a aproximação da população para o controle social e a participação na fiscalização dos gastos em saúde. É preciso que a população tenha interesse em participar, em aprender a forma e o funcionamento do SUS. Quando falamos em controle social, precisamos saber do que estamos falando e verificar quem realmente está no controle e o que a população entende por controle social.

Na década de 90, Bresser Pereira escreveu em seu livro “A reforma do estado” que *“controle social é a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando objetivos, processos e resultados”*. (PEREIRA, 1997)

Raichelis (2000) citado por Corrêa (2003) considerou o controle social como um dos *“elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública”*. Este controle implica ser, na verdade, instrumento que a sociedade adquiriu para legitimar o acesso às ações da esfera pública e acompanhar os seus interesses em jogo.

Pesquisas e estudos realizados no Brasil sempre apontaram para a crescente organização da sociedade civil como resultado de uma aproximação entre o Estado

e a sociedade para a implementação de políticas públicas, que têm como objetivo, a descentralização do poder de decisão e de recursos na prestação de serviços sociais, principalmente para o setor da saúde (CORREA, 2003)

Quando o governo Federal instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNES), em 2004, favoreceu o fortalecimento da rede territorial que por sua vez, possibilitou ainda mais a construção das ações de promoção de saúde, pois levou os profissionais para mais perto das comunidades, permitindo e ampliando o olhar dos cidadãos sobre a importância da valorização dos espaços comunitários para o exercício da cidadania, pois,

“O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde” (PNAS, 2006 p. 11).

Em 2007 o Ministério da Saúde “revitalizou” a PNES por meio da portaria 1996/GM/MS que “focalizou a descentralização das ações visando o fortalecimento das instâncias gestoras, da gestão participativa, das necessidades locais e regionais” (BRASIL,2007). Isto pressupõe que os trabalhadores da saúde, através de um processo contínuo de educação em saúde, têm condições de buscar junto à comunidade, no território onde estão localizados a “*resolução de problemas concretos*”, possibilitando a participação dos usuários da saúde pública, aumentando a capacidade de participação social e a interação comunitária mais eficiente.

Ainda é pouco conhecido o conceito de controle social pela população brasileira que muitas vezes o operacionaliza por meio de fazer denúncias nos canais de ouvidoria ou por meio de chamar a polícia para registrar um boletim de ocorrência, quando não há satisfação de suas necessidades, entendidas por esta, como a mais urgente e imprescindível a ser acatada. O conceito de controle social compreende:

A correção dos desvios e a responsabilização dos agentes políticos, e seu exercício requer a organização da sociedade civil, sua estruturação e capacitação para esse fim, de forma permanente, em múltiplos espaços públicos, antes e durante a implementação das políticas, além da transparência e visibilidade do Estado e mecanismos legais que garantam a participação do cidadão (TEIXEIRA, 1998, p.123).

O Trabalho da 8ª à 14ª Conferência Nacional de Saúde possibilitou grande correção dos desvios políticos, propiciou o avanço na participação da população usuária da saúde pública nas ações da saúde. Porém, essa participação ainda é muito incipiente, é preciso fazer com que o conhecimento a respeito do Sistema Único de Saúde seja transferido para uma massa usuária do sistema numa escala muito maior, que as ações de educação sejam elaboradas de forma mais pedagógica, com textos de fácil entendimento para a população, utilizando espaços públicos para organização de encontros com esses usuários em seu território, para além das reuniões mensais da comissão local de saúde dentro das UBS.

Significa demandar dos conselheiros a exteriorização do conhecimento adquirido ao assumir esse papel participativo, não podendo ficar restrito ao espaço somente da existência dos conselhos territoriais, locais ou regionais. *“Do ponto de vista da sociedade, é preciso considerar seu grau de organização, [...], isto é, o grau de organização dos interesses representados e [...] e, finalmente, o grau de horizontalização das relações”* (MONTENEGRO, s.d.; p.3).

Isto porque se as relações se dão nessa “horizontalização”, o processo de aprendizado vai permear a construção da cidadania através de experiências que tanto o Estado quanto a população, sairão fortalecidos. Da 8ª à 14ª Conferência Nacional de saúde chega-se aqui com muitas lutas e resistências, *“do SUS que temos ao SUS que queremos”*, de um lado os que desejam o aprofundamento do neoliberalismo e do outro, os que se unificam para a construção de um “projeto nacional desenvolvimentista”, rumo às mudanças para o Brasil.

Diante da complexidade do processo de construção de um modelo de atenção à saúde voltada à qualidade de vida, [...] as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinadores da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas (BRASIL, 2008, p.19-20).

Sendo assim, algumas questões postas como: redução do risco da doença e de outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, atenção integral à saúde, tem que ser objeto de constante entendimento da população e eixo norteador dos trabalhos desenvolvidos

pelos conselhos e conferências de saúde. É preciso que a população compreenda e reflita, juntamente com os gestores da saúde, que a saúde é um bem humano e não pode estar incorporada nos processos de negociação de acordos comerciais.

É nesse contexto que as diretrizes do SUS devem ser aplicadas, viabilizando “o acesso universal e equânime à saúde”, e efetivando a formulação e a implantação de um sistema de saúde para o povo e do povo brasileiro.

Podemos exemplificar aqui com um período de luta dos cidadãos e dos trabalhadores da saúde na crise do governo, em 1992. À época, acontecia um retrocesso na política e administração pública; intensa participação da sociedade em denúncias e críticas, em demandas para mudanças gerais, incluindo a área da saúde, seriamente afetada.

Novamente, o Movimento Sanitário reivindicou e pressionou pela realização da IX Conferência Nacional de Saúde já atrasada em dois anos, a qual veio a ser realizada no período de 9 a 14 de agosto de 1992 tendo como tema central “*Saúde: a Municipalização é o Caminho*”, explicitando a dimensão e o poder de articulação acumulado pelos defensores do SUS e de seu processo de descentralização na gestão dos serviços e ações de saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde, organizada a partir de conferências municipais e estaduais, com intensa participação social (representantes de usuários, associações, movimentos populares e sindicais, entre outros) ocorreu praticamente às vésperas da votação do “impeachment” do presidente Fernando Collor de Melo. Representou um importante ato político, seja de apoio ao movimento político pela substituição do governo, conforme texto da Carta desta Conferência à sociedade brasileira; seja na luta contra o retrocesso, com reafirmação e reforço da defesa dos avanços e conquistas jurídicas, institucionais e práticas da reforma sanitária e da implantação do SUS (BRASIL, 2008).

Ainda lembrando o ocorrido, pouco tempo após a IX Conferência de Saúde e a destituição do governo, assumiu a gestão da saúde “*um grupo técnico/político do Movimento Sanitário (...) em outra realidade da reforma sanitária*” (BRASIL, 2008). Nascia a terceira Norma Operacional Básica do SUS, NOB-SUS 01/93⁸, como estratégia, foi o referencial do processo de implantação do SUS desde aquele momento, tendo procurado sistematizar o processo de “*descentralização da gestão*

⁸ Maiores informações consultar o site da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.
<http://www.saude.gov.br/bvs>

do sistema e serviços, num esquema de transição”, com diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e Municípios e, por relação, do próprio Governo Federal.

Logo em seguida, a NOB-SUS 01/96⁹ estabeleceu duas condições de gestão municipal: Plena da Atenção Básica - GPAB e Plena do Sistema Municipal - GPSM. Para a gestão estadual estabeleceu também duas condições: Avançada do Sistema Estadual - GASM e Plena do Sistema Estadual – GPSM.

Esta NOB estabeleceu para o Ministério da Saúde quatro papéis básicos que estariam nesse contexto histórico como necessidade real em exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional, a citar: promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais de modo a conformar o SUS Estadual; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde; fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS Nacional; e finalmente, exercer as funções de normalizações e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Por último, aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001¹⁰, através da Portaria Ministerial nº 95, de 26 de janeiro de 2001, ampliando as responsabilidades dos Municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de Estados e Municípios (BRASIL, 2008).

A ideia, portanto, da “descentralização/municipalização” da saúde pareceu ter um potencial significativo no sentido de que o município pode assumir e atuar como “base da Federação”, com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública.

O que não significou isolamento, mas *“uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis estadual e federal, nos seus respectivos e competentes papéis, constitucional e das Legislações Complementares”*, conforme

⁹ Maiores informações consultar o site da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.
<http://www.saude.gov.br/bvs>

¹⁰ Maiores informações consultar o site da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.
<http://www.saude.gov.br/bvs>

texto do Ministério da Saúde em sua biblioteca virtual (2008). A descentralização devia ser entendida como:

Repasse de recursos e delegação de poder para que os níveis, estadual e municipal, formulem a política de saúde correspondente, de acordo com prioridades que respondam à especificidade local, mas que obedeçam, ao mesmo tempo, as diretrizes nucleares formuladas para o âmbito nacional (COHN, 1999, p.51).

Nesta perspectiva, a população poderia ser grande parceira para o sucesso da descentralização e para as melhorias na saúde, a partir de sua preparação para participar por meio do trabalho do Conselho Municipal de Saúde, pois de acordo com suas atribuições asseguradas no Código de Saúde do Estado “o conceito de conhecimento, implícito, é algo que se constrói permanentemente e que nunca é definitivo” (SOARES, 1987).

Se o caminho para um atendimento justo, igualitário, universal, era assumir esse processo, fez-se necessário que os representantes de cada esfera dentro dos conselhos, não estivessem lá para representar pura e simplesmente um setor da sociedade, mas o segmento da saúde. Isso implicou ações voltadas para a educação da população usuária do SUS e maior envolvimento com o poder municipal no controle das ações por ele desempenhadas.

O processo de municipalização foi o caminho para a autonomia dos municípios, colocou em prática a descentralização que contribuiu para aproximar a população nas discussões e decisões em saúde e para fortalecer o conceito de territorialização. Hoje, de igual modo, a busca pela rede regionalizada em saúde, aproxima os municípios para fortalecerem entre eles o conceito de rede em saúde, tão importante como foi a municipalização naquele período.

A rede em saúde explicita as diretrizes de regionalização e hierarquização, insculpidas na Constituição Federal de 1988, tão importantes para minimizar as desigualdades territoriais e possibilitar à população um acesso mais justo e igualitário.

Ao longo desse tempo vários grupos, associações, comunidades se organizaram e avançaram no processo de participação. Logicamente, houve retrocessos, mas a participação sempre foi o “caminho natural” para o homem viver em sociedade.

Se a participação social é um caminho natural ao homem, os usuários da saúde não podem ser chamados ao processo de participação, somente de quatro

em quatro anos. Ela precisa acontecer na rotina da vida diária e a cada instante que algo surge de novo na gestão do sistema de saúde, seja porque uma nova normatização foi inserida ou porque alguma outra precisou ser reformulada. Se não houver continuidade, o processo se perde.

A vida de uma política pública é dinâmica assim como a vida de quem dela usufrui, porque a sociedade se transforma, cria-se hábitos, surgem novos agravos de saúde, muda-se o contexto social e econômico. Então a participação precisa ser mantida e fortalecida para assegurar que o objetivo do controle social se mantenha vivo.

Essa participação chamada de controle social no SUS deve ser objeto de análise constante para que suas bases, “*afetiva*” e “*instrumental*”, como alega Bordenave (1983), não se sobreponham. Ou seja, que as pessoas participem não porque quer conhecer pessoas, encontrar amigos ou algo para fazer, mas porque é fundamental que seja instrumento de transformações e possibilite acesso aos direitos fundamentais garantidos na Constituição Federal e nos direitos sociais conquistados por meio da formulação de políticas públicas, pois “*o futuro ideal do homem só se dará numa sociedade participativa*” (BORDENAVE, 1983).

Não basta que as pessoas se associem a grupos, formem associações e ou sindicatos, é preciso que além de fazer parte, tomem parte do processo de construção, de execução e de monitoramento da política de saúde, sejam atuantes em busca de soluções e melhorias coletivas.

Tratar-se-á no segundo momento, da análise destas ações, a fim de colaborar com a produção científica, a partir dos resultados encontrados na pesquisa e na discussão com os autores elencados para esta produção. A permanente reformulação destas ações, chamada de “*cultura articipativa*”, também será assunto para o próximo texto.

3 HIPÓTESE E OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESE

Pessoas que participam dos conselhos de saúde têm a possibilidade de melhor entender sobre a importância de participar e de ter melhor relação com as unidades de saúde, além de terem mais informações sobre a política de saúde

3.2 OBJETIVO GERAL

Avaliar a participação dos usuários da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte nos Conselhos locais de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

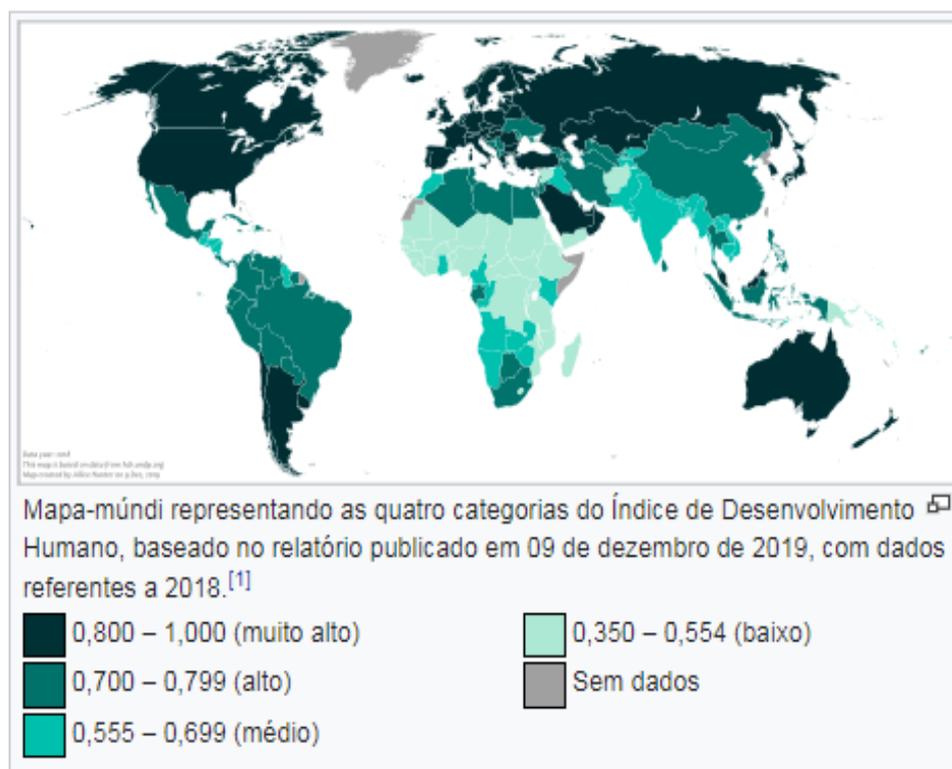
1. Descrever o perfil dos usuários das unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, participantes da pesquisa;
2. Avaliar os fatores que influenciam a participação e a não participação dos usuários nas CLS;
3. Avaliar a relação entre participação nas CLS e ser vítima de violência;
4. Avaliar a relação entre participação nas CLS e satisfação com os serviços prestados na APS.

4 METODOLOGIA: BUSCANDO CAMINHOS PARA REPENSAR O CONCEITO DE CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

4.1 O Cenário da Pesquisa

Belo Horizonte, situada na região do quadrilátero ferrífero, fundada em 12 de dezembro de 1897, localiza-se a 716 km da capital do país, Brasília e, segundo o IBGE (2010), tem população de 2.375.151 habitantes, com uma atualização estimada em 2019, de 2.512.070 habitantes. Segundo a mesma fonte, a área da unidade territorial é equivalente a 331.354 Km² e a densidade demográfica de 7.167,00- hab/km² (2010) e ocupa a quarta posição no ranking dos municípios com maior produto interno bruto (PIB). Ainda segundo o IBGE, o PIB per capita é de R\$ 35.245,02 (2017) e a cidade possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,810 com ascendência a partir de 1991, período de grandes transformações após redemocratização do país. Isto nos sinaliza, conforme a figura 1 a seguir, que o município é promissor no processo de desenvolvimento, na promoção e na potencialização para melhorar a qualidade de vida de seus munícipes.

Figura 1: Mapa Mundi categorizando o índice de Desenvolvimento Humano, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD



O setor terciário é responsável por parte do PIB¹¹ de Belo Horizonte e desempenha o papel mais importante na economia do Município. A cidade, capital do estado de Minas Gerais, considerada um dos maiores centros financeiros e um dos maiores polos industriais do país passou a ter um grande polo turístico de negócios, por provisionar serviços para este segmento, inclusive para o consumidor final do estado e de outras regiões do país.

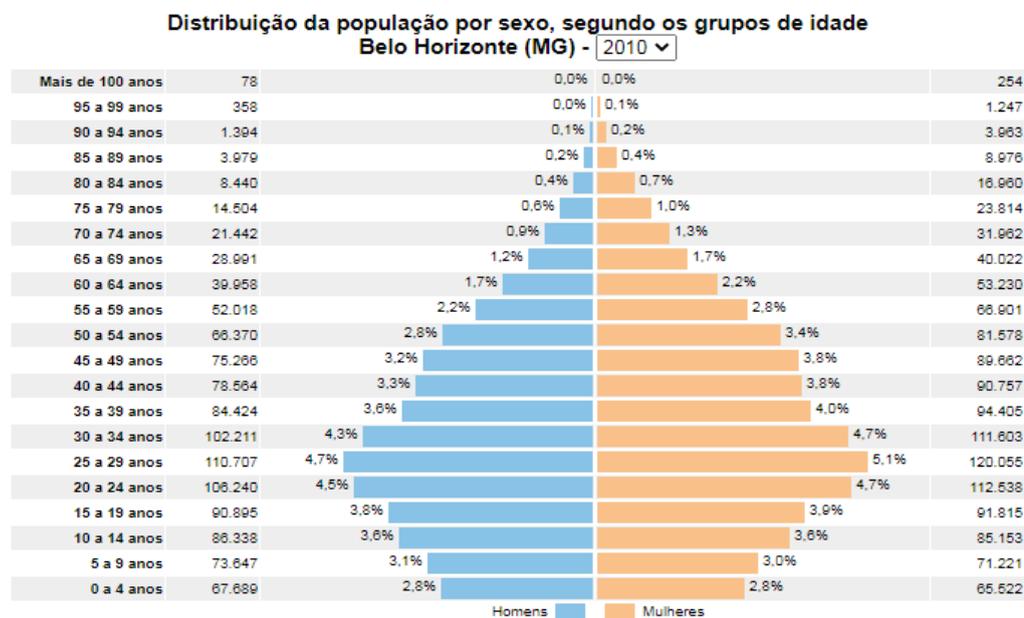
A cidade também sedia uma das principais universidades federais do país, a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, além de diversas faculdades bem conceituadas pelo Ministério de Educação.

Em Belo Horizonte, de acordo com a pirâmide abaixo, na distribuição da população por sexo, as mulheres representam o maior percentual, 53,12%,

¹¹¹¹ O PIB (Produto Interno Bruto) é um dos principais indicadores de uma economia. “Ele revela o valor de toda a riqueza gerada no país”. Fonte: <http://www.folha.uol.com.br>

enquanto os homens correspondem a 46,88, sendo que a faixa etária com maior percentual foi de 25 a 29 anos com 9,72% do total da população de Belo Horizonte.

Figura 2 - Distribuição da população por sexo e faixa etária, segundo IBGE,2010



4.2 O Desenvolvimento da Pesquisa

O Núcleo de Promoção de Saúde e Paz da Faculdade de Medicina da UFMG executou um projeto de pesquisa intitulado PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE que teve como objetivo principal “Investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde da atenção básica de saúde de Belo Horizonte”. Para tanto, foi preciso “mapear e descrever a atuação das redes sociais do território adscrito à atenção primária de saúde, sua forma de proteção e seu papel na proteção e enfrentamento da violência na cidade de Belo Horizonte”.

Elaborou-se um plano amostral para todos os grupos a serem pesquisados, divididos em profissionais, gerentes, gestores e informantes-chaves da comunidade e usuários, este último, objeto de análise deste trabalho.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - COEP/UFMG e pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres humanos da Secretaria Municipal de Belo Horizonte – (CEP-SMSA/PBH) – projeto CAAE – 011480812.10000.5149; número do parecer: 1499847).

Mediante aprovação, os responsáveis pelas UBS foram contatados para a organização do cronograma especificando os dias e horários para a coleta de dados. Esta, foi realizada na Unidade de Saúde da Família, em dias normais de atendimento, com a anuência de cada entrevistado conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado por eles e arquivado na instituição pesquisadora, juntamente com o questionário aplicado. O questionário semiestruturado foi aplicado pelo pesquisador participante, treinado conforme a metodologia do projeto e de seu responsável, sendo o ano de 2017 o referencial da coleta de dados.

O questionário para os usuários, objeto de nosso trabalho, foi construído a partir dos blocos temáticos:

- ✓ Bloco 1: Características pessoais e pessoais e sociofamiliares;
- ✓ Bloco 2: Trabalho;
- ✓ Bloco 3: Relações pessoais e comunitárias;
- ✓ Bloco 4: Relação do usuário com a unidade básica de saúde;
- ✓ Bloco 5: Assistência Farmacêutica;
- ✓ Bloco 6: Assistência Social;
- ✓ Bloco 7: Percepção de Saúde;
- ✓ Bloco 8: Consumo de bebidas alcoólicas;
- ✓ Bloco 9: Matriciamento de saúde mental;
- ✓ Bloco 10: Atividades físicas;
- ✓ Bloco 11: Relações aos papéis de gênero;
- ✓ Bloco 12: Situações de violência na área de abrangência da unidade;
- ✓ Bloco 13: Enfrentamento da violência;
- ✓ Bloco 14: Doenças estigmatizantes.

O bloco temático quatro, relação do usuário com a unidade básica de saúde, é o campo onde busca-se a resposta para este trabalho a partir da variável 77. A pergunta é feita ao usuário se ele participa ou não da Comissão Local de Saúde (CLS). Utilizou-se das demais variáveis do mesmo conjunto dimensionado para explicar a relação entre os usuários e a UBS, articulando estas variáveis explicativas com o enfrentamento da violência a partir das variáveis 294 a 297.

Nas nove regionais de Belo Horizonte, foi selecionada uma amostra estratificada, por conglomerado em dois estágios. O primeiro estágio foi o sorteio das unidades básicas de saúde (UBS) e o segundo, o sorteio dos usuários participantes. Na estratificação das UBS foram selecionadas quarenta e cinco unidades das cento e cinquenta e duas existentes em todo o município, sendo sorteadas cinco UBS de cada regional.

No segundo momento foi definido o número de entrevistados num total de 1125 usuários do sistema de saúde público, sendo 25 usuários de cada regional segundo a amostra, calculada com margem de erro de 1,63%. Os entrevistados foram selecionados por ordem de chegada na UBS, sendo cinco de cada centro de saúde, segundo uma tabela de números aleatórios.

Foram critérios de inclusão para participação do estudo: ser morador do local há mais de um ano; ter idade maior de 16 anos e ter sido atendido na UBS, pelo menos uma vez antes da atual, durante a qual está sendo entrevistado. Para o desenvolvimento da pesquisa foram incluídas profissionais e mestrandos ligados ao Núcleo de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da UFMG. Após a coleta, os dados foram codificados, digitados e tratados no banco de dados do software de análise estatística SPSS, construído no âmbito do Núcleo de Saúde e Paz da UFMG.

Para a construção deste trabalho foi realizado levantamento bibliográfico em base de dados nacionais, internacionais, com leitura e fichamento de autores renomados. Buscou-se também resenhas e documentos do Ministério da Saúde para subsidiar o referencial teórico, as discussões e conclusões, numa vertente de um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, com um olhar na abordagem qualitativa, pois esta, segundo Minayo (1994), *“se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”*, ou seja, complementa a pesquisa e permite subjetivar as respostas ofertadas pelos entrevistados.

Complementarmente, foram utilizadas as respostas abertas das variáveis elencadas para a discussão dos resultados, onde os usuários manifestaram-se subjetivamente no questionário semiestruturado. A análise de conteúdo nos permite dialogar com as subjetividades apresentadas na pesquisa, pois segundo Bardin (1977) apud Caregnato e Mutti (2006), trata-se de:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens”

Os resultados também foram descritos por meio de tabelas univariada e bivariada, complementadas com os gráficos de setores que apresentam os percentuais de participação nas nove regionais de Belo Horizonte, o teste Qui-quadrado de homogeneidade e a análise de correspondência.

A Análise de correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência com duas ou mais entradas como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. Com a análise de correspondência tem-se uma visão global dos dados e das associações que mais destacam. Mais detalhes técnicos sobre a teoria e aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre (1984, 2007), Mingoti (2005) e Infantosi et al. (2014).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação do interesse pelo tema, do referencial teórico e da metodologia, advêm a análise dos resultados obtidos na pesquisa, buscando responder aos objetivos propostos, formulada a partir da relevância de cada resposta, sem a pretensão de esgotar a discussão que é rica e se transforma a partir das alterações na dinâmica do “mundo da vida”, seja como avanço ou por algum retrocesso que é perfeitamente possível na conjuntura histórica.

Obtivemos resultados a partir da distribuição de frequências por meio da tabela 1 – univariada e bivariada, segundo o perfil sociodemográfico com achados estatisticamente significantes por meio do número ($p < 0,05$).

Agregado	0	0,0	11	100,0	0	0,0	11	1,0	0,4246
Cônjuge	21	5,9	333	93,5	2	0,6	356	31,6	
Entrevistado	32	6,8	437	92,2	5	1,1	474	42,1	
Familiar	11	4,2	251	94,7	3	1,1	265	23,6	
Não informado	0	0,0	7	100,0	0	0,0	7	0,6	
Sem chefe	0	0,0	11	91,7	1	8,3	12	1,1	
Você e sua família tem acesso à Internet?									
Sim	42	4,8	824	94,1	10	1,1	876	77,9	0,0220
Não	22	8,9	225	90,7	1	0,4	248	22,0	
Não informado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
Total de pessoas trabalhando									
0	19	5,4	327	93,4	4	1,1	350	31,1	0,7181
1	28	5,7	461	93,7	3	0,6	492	43,7	
2	12	6,2	178	92,2	3	1,6	193	17,2	
3	1	2,0	48	98,0	0	0,0	49	4,4	
Não informado	4	9,8	36	87,8	1	2,4	41	3,6	
Qual é a renda familiar?									
Menor que 1 salário mínimo	11	8,2	120	89,6	3	2,2	134	11,9	0,3360
De 1 a 3 salários mínimos	45	5,9	709	93,3	6	0,8	760	67,6	
De 4 a 5 salários mínimos	3	2,7	106	96,4	1	0,9	110	9,8	
Acima de 5 salários mínimos	2	4,9	38	92,7	1	2,4	41	3,6	
Não informado	3	3,8	77	96,3	0	0,0	80	7,1	
Atualmente, você trabalha em atividade remunerada?									
Sim	21	3,6	551	95,5	5	0,9	577	51,3	0,0019
Não	43	8,2	477	91,0	4	0,8	524	46,6	
Não informado	0	0,0	22	91,7	2	8,3	24	2,1	
Você tem carteira assinada ou vínculo formal no trabalho?									
Sim	11	3,6	291	95,1	4	1,3	306	27,2	0,9136
Não	7	3,0	222	96,5	1	0,4	230	20,4	
Não se aplica	43	8,2	477	91,0	4	0,8	524	46,6	
Não informado	3	4,6	60	92,3	2	3,1	65	5,8	
Total									
Total	64	5,7	1050	93,3	11	1,0	1125	100,0	

Quem são os usuários participantes?

Dentre os 64 participantes, 51 pessoas são do sexo feminino, ou seja, 79,69% são mulheres que participam da comissão local de saúde (CLS). Dos participantes na comissão local de saúde, 45,31% tem mais de 55 anos embora a população que participou da pesquisa nesta faixa etária responda apenas por 23,44% do total de respondentes. Dos participantes, 51,56% são casados e ou vivem em união estável.

Daqueles que declararam participar da comissão local de saúde, 75% se autodeclararam pardos ou negros, 43,75% dos participantes na comissão local de saúde declararam ter escolaridade inferior ao ensino fundamental e 20,31% declararam ter ensino fundamental completo. Desta forma, dos participantes na comissão local 64,06% tem até o ensino fundamental.

Dos participantes da comissão local de saúde, 26,56% moram em domicílio com até 2 pessoas na casa, 43,75% moram em domicílios com 3 ou 4 pessoas. 17,19% dos participantes têm renda até um salário mínimo e 70,31% de dois a três salários mínimos vigentes. 65,63% dos participantes na comissão local têm acesso à internet.

Dentre os participantes das CLS, 29,69% reside em domicílio no qual ninguém trabalha. Em 43,75% dos domicílios dos participantes na CLS, uma pessoa trabalha. 32,81% dos participantes na CLS declararam ter atividade remunerada, dos quais 17,19% têm carteira assinada ou vínculo empregatício. 78,13% dos participantes na CLS não tem vínculo empregatício, sugerindo que sejam aposentados ou desempregados. A síntese do perfil do participante na Comissão Local de Saúde é mulher, negra ou parda, com mais de 55 anos, aposentada ou desempregada, escolaridade até ensino fundamental, renda familiar de 2 a 3 salários mínimos.

Quem são os usuários não participantes?

A partir da variável resposta que elegemos para esta dissertação, quando foi perguntado a cada um dos 1125 usuários da APS, se eles participam da CLS, 93,33% não participam e 0,98% não informaram.

Do universo dos não participantes na CLS, 73,33% é representado também pelo sexo feminino e 70,67% estão abaixo de 55 anos de idade. 52,50% não são casadas ou não possuem união estável, ou seja, sugerem que sejam solteiras. Dentre aqueles que não participam da comissão local de saúde e não quiseram informar raça/cor e ou disseram ser pardos ou negros, o percentual é de 67,77%.

Em relação à escolaridade, 49,62% dos que não participam declararam ter até o ensino fundamental completo e 50,29% tem no mínimo o ensino médio. Se analisarmos somente os que têm ensino superior ou pós-graduação, num total de 93 respondentes, 96,8% não participam da CLS.

Dentre aqueles que não participam da comissão, 27,05% moram em domicílio com até 2 pessoas na casa e 49,14% moram em domicílios com 3 ou 4 pessoas. Dentre aqueles que não participam da comissão, somente 21,43% não possui acesso à internet; 31,14% reside em domicilio no qual ninguém trabalha e 43,90% somente uma pessoa da família trabalha, ou seja, 75,05% dos que não participam tem até uma pessoa do domicílio trabalhando.

Do total de não participantes na CLS, 52,48% disseram que tem atividade remunerada, destes 78,95% declararam receber até três salários mínimos, e somente 27,71% com vínculo empregatício ou carteira assinada. 47,52% dos não participantes, não tem renda ou não quiseram informar.

A síntese do perfil do não participante na Comissão Local de Saúde é também mulher, negra ou parda, abaixo de 55 anos, solteira, com escolaridade ensino fundamental ou médio no máximo, moram em domicilio com 3 ou 4 pessoas, possuem acesso à internet, mas somente uma pessoa trabalha na casa, a renda familiar é de até 3 salários mínimos, mas a maioria sem vínculo empregatício.

Em seguida, apresentamos as associações através da Análise de Correspondência (AC) proposta na metodologia:

A Figura 3 apresenta o mapa de correspondência entre a visão do usuário e a vitimização versus a participação na comissão local de saúde. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (visão do usuário: Possível Prevenir; Função UBS; UBS ações; e Conhece Movimento) e dos perfis coluna (vitimização versus a participação na CLS: Vítima, Participa; Vítima, Não Participa; Não Vítima, Participa; e Não Vítima, Não Participa) devem ser analisadas as Tabelas 2 e 3. A Tabela 2, referente a visão do usuário, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 3, referente à vitimização versus a participação na CLS, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível 'Não Vítima, Participa' que deve ser interpretado na dimensão 2 (em negrito).

Tabela 2: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (visão do usuário).

Visão do usuário	Dim 1	Dim 2
PossívelPrevenir	0,9988	0,0007
FunçãoUBS	0,6506	0,3110
UBSações	0,5900	0,4100
ConheceMovimento	0,9738	0,0262

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (vitimização versus a participação na CLS).

Vitimização versus a participação na CLS	Dim 1	Dim 2
Vítima, Participa	0,9978	0,0022
Vítima, Não Participa	0,7612	0,2367
Não Vítima, Participa	0,3550	0,6450
Não Vítima, Não Participa	0,9526	0,0469

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base na Figura 3, verifica-se uma associação maior entre aqueles entrevistados que foram vítimas de violência que participam da CLS, aqueles que conhecem os movimentos sociais e aqueles que afirmaram que as UBS têm ações que podem prevenir a violência. Estes que falaram que as UBS desenvolve ações que podem prevenir a violência também se associaram com aqueles que não foram vítimas de violência e participam da CLS. Os entrevistados que não participam da CLS, independente se vítima ou não de violência foram mais associados com aqueles que afirmaram que é possível prevenir a violência e que é função da UBS desenvolver alguma ação de prevenção da violência.

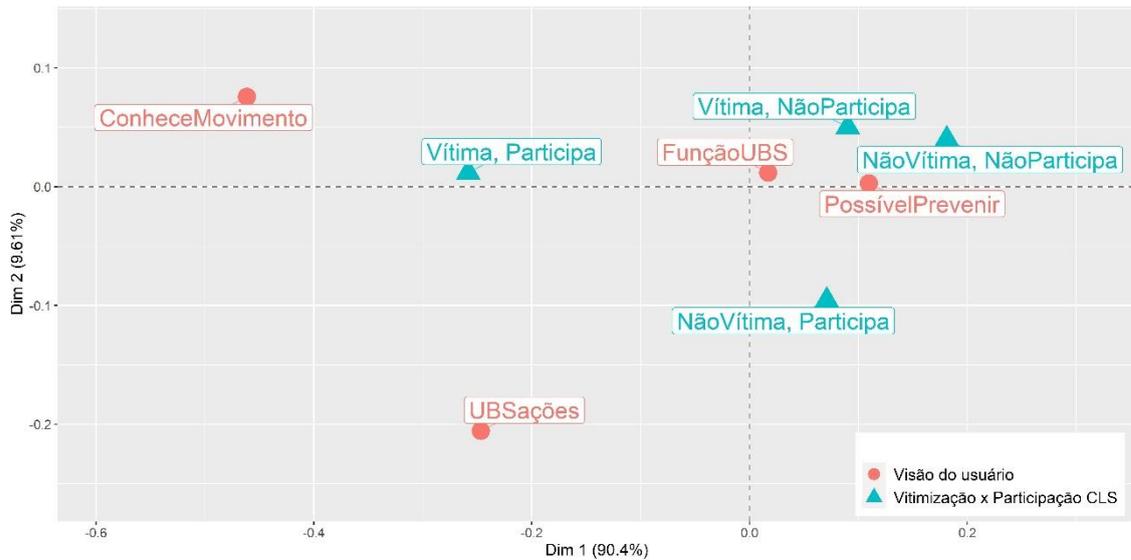


Figura 3: Mapa de correspondência entre a visão do usuário e a vitimização versus a participação na comissão local de saúde.

A Figura 4 apresenta o mapa de correspondência entre dúvidas/demandas são atendidas e o que o usuário faz quando está insatisfeito com os serviços de saúde ofertados a ele. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha - Dúvidas/Demandas são atendidas e dos perfis coluna - O que faz quando insatisfeito, devem ser analisadas as Tabelas 4 e 5. A Tabela 4, referente às dúvidas/demandas atendidas revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 5, referente ao que faz quando está insatisfeito com os serviços de saúde ofertados a ele, revela também uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito)

Tabela 4: Contribuições relativas do perfil linha - Dúvidas/Demandas são atendidas?

Dúvidas/Demandas são atendidas	Dim 1	Dim 2
Sempre	1,0000	0,0000
Quase sempre	0,9547	0,0453
Raramente/Nunca	0,9480	0,0520

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 5: Contribuições relativas do perfil coluna. O que faz quando insatisfeito?

O que faz quando insatisfeito?	Dim 1	Dim 2
Sempre estou satisfeito	1,0000	0,0000
Questiono aos profissionais de saúde	0,8397	0,1603
Questiono os superiores	0,9679	0,0321
Outro	0,9556	0,0444

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base na Figura 4, verifica-se uma associação maior entre os que estão sempre satisfeitos com aqueles que sempre são atendidos em suas dúvidas/demandas. Os entrevistados que disseram que quase sempre são atendidos disseram que se estiverem insatisfeitos, questionam os profissionais de saúde. Aqueles que responderam que raramente ou nunca são atendidas as dúvidas/demandas se relacionam com a reclamação aos superiores ou outros tipos de atitudes.

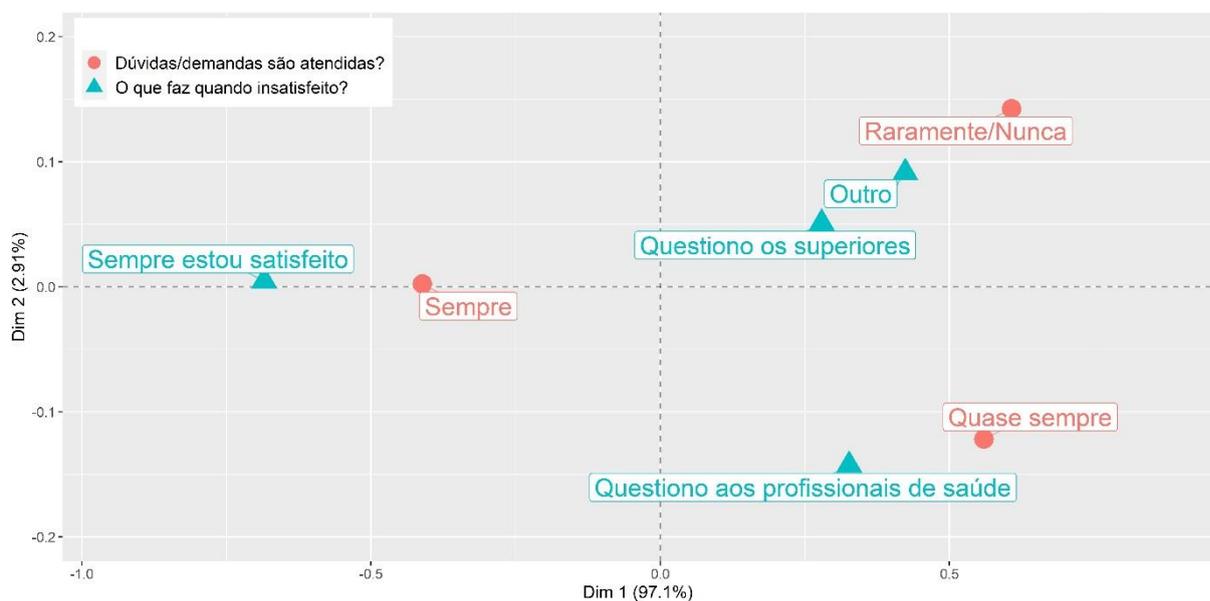


Figura 4: Mapa de correspondência entre dúvidas/demandas são atendidas? e o que faz quando está insatisfeito?

A Figura 5 apresenta o mapa de correspondência entre a frequência na comissão local de saúde e os motivos que levam os usuários a participarem da mesma. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha - (Motivo para Participar da CLS) e dos perfis coluna (Frequência de participação na CLS) devem ser analisadas as Tabelas 6 e 7. A Tabela 6, referente aos motivos que levam os usuários a participarem da CLS, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito), com exceção do nível fazer críticas, relacionado com a dimensão 2. A Tabela 7, referente à frequência da participação na CLS, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível “média frequência”, interpretado na dimensão 2 (em negrito).

Tabela 6: Contribuições relativas dos perfis linha (Motivo para Participar da CLS)

Motivos para participar da CLS	Dim 1	Dim 2
Fazer amigos	0,8934	0,1066
Conhecer profissionais	0,7809	0,2191
Ser conhecido	0,7229	0,2771
Conquistar cargo político	0,9834	0,0166
Fazer críticas	0,4439	0,5561
Fazer sugestões	0,7946	0,2054
Outros	0,7930	0,2070

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 7: Contribuições relativas dos perfis coluna - (Frequência de participação na CLS).

Frequência de participação na CLS	Dim 1	Dim 2
Baixa	0,9186	0,0814
Média	0,0370	0,9630
Alta	0,9629	0,0371

Fonte: Dados da pesquisa.

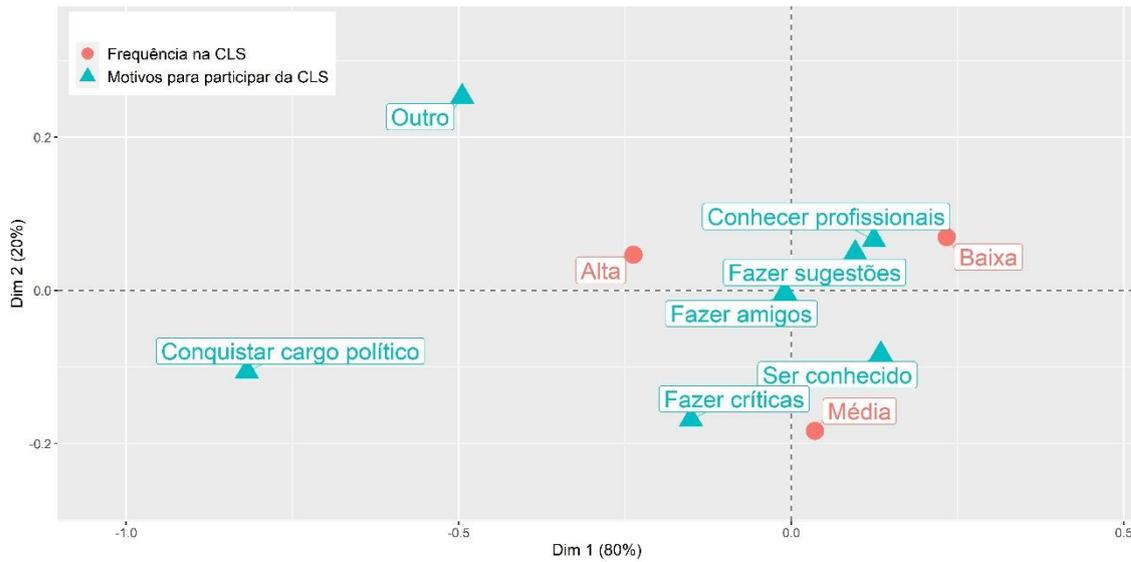


Figura 5: Mapa de correspondência entre a frequência e os motivos para participar da CLS.

Com base na Figura 5, verifica-se uma associação maior entre aqueles entrevistados que disseram que vão à CLS para conhecer profissionais e fazer sugestões, com a baixa frequência. A média frequência está maior relacionada com os entrevistados que querem fazer críticas, seguidos dos que querem ser conhecidos, e também dos que buscam conquistar cargo político. E em relação a alta frequência, os entrevistados estão relacionados aos que querem fazer críticas, fazer amigos e a outros interesses.

Gráfico 1) Frequência na CLS x sugestões dos usuários para aumentar a participação:

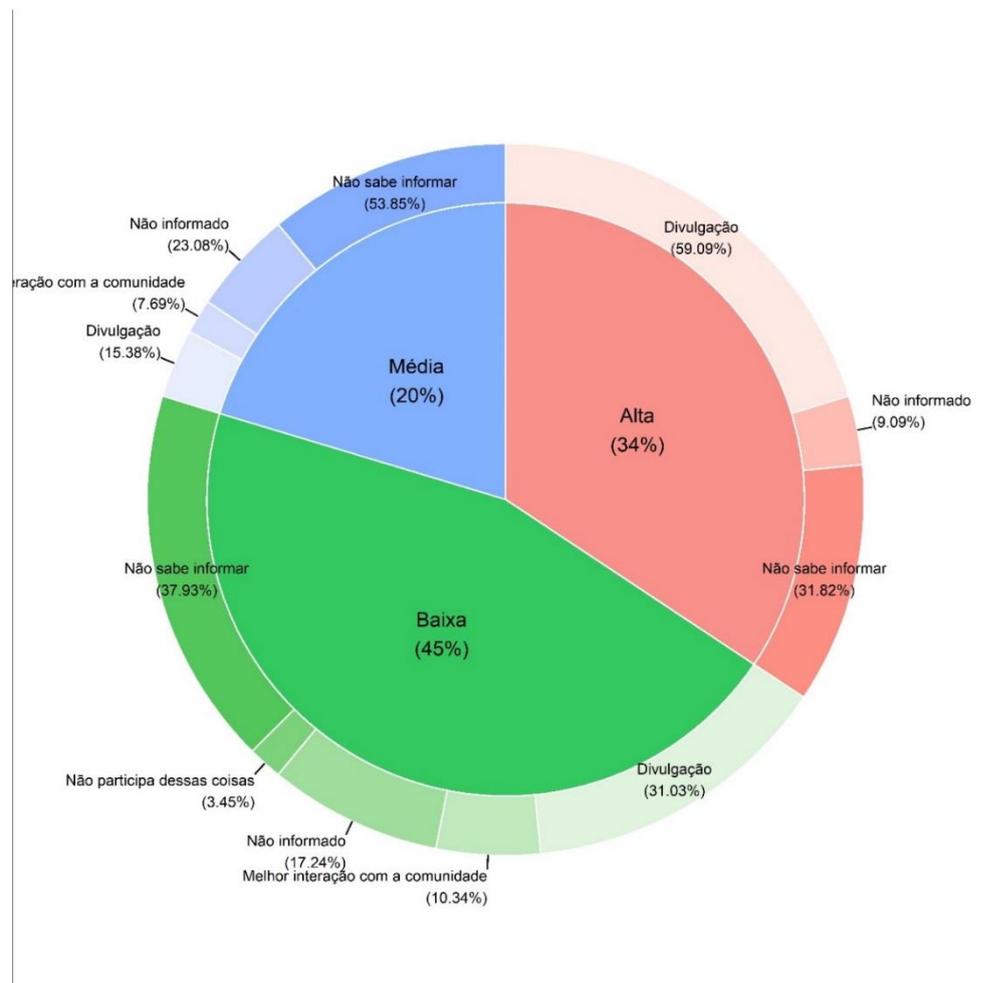


Figura 6: Distribuição percentual cruzada entre a frequência dos usuários às reuniões da CLS e as sugestões para maior participação.

O gráfico 1 representado pela figura 6 apresenta a relação da frequência dos usuários (Q.78) na CLS com a sugestão de cada um entrevistado para que mais pessoas participem da Comissão Local de Saúde de seu Centro de Saúde. (Q.87) A relação foi realizada a partir da questão 78 da dimensão 4, quando questiona “qual a frequência da sua participação na CLS”. Tinham as seguintes opções: 1 – uma vez por mês, que se traduz em alta participação, pois as reuniões acontecem uma vez ao mês. 2 – de 2 a 3 vezes por semestre, que poderá chegar a 4 e 6 vezes por ano, representando uma média participação, já que são 12 reuniões ao ano. 3 – algumas vezes ao ano e 4 – uma vez ao ano, representando a baixa participação do usuário na CLS.

A questão 87 se traduz na pergunta “qual sua sugestão para que mais pessoas participem da Comissão Local de Saúde de seu centro de saúde”.

Gráfico 2) Percentual de todos os entrevistados x Percentual de Participação por Região em Belo Horizonte:

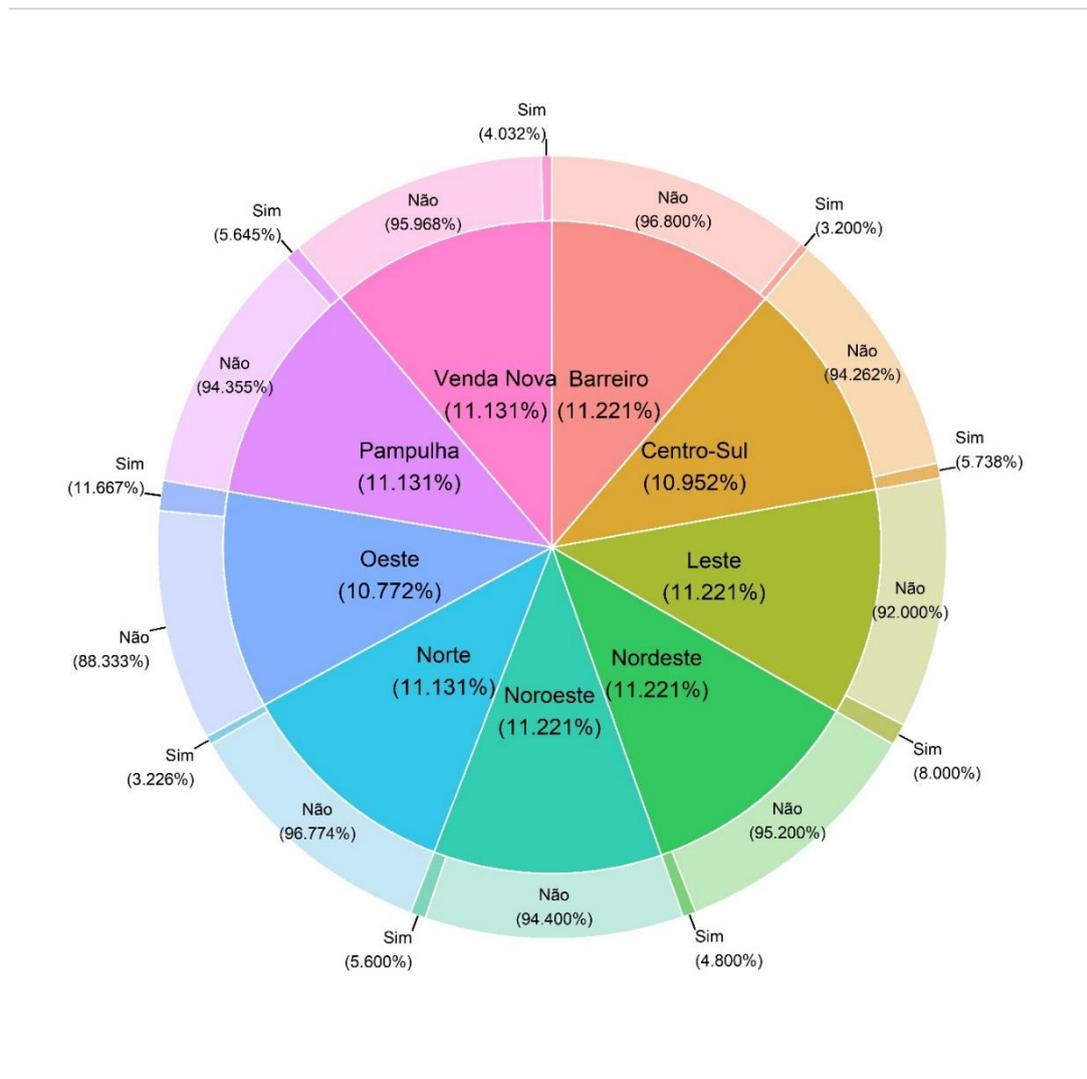


Figura 7: Distribuição percentual cruzada entre os entrevistados e a participação dos usuários às reuniões da CLS.

O gráfico 2 representado pela figura 7 apresenta a relação do número de entrevistados conforme a pesquisa (1125 usuários) e a participação ou a não participação por meio da questão 77 quando pergunta: “Você participa da Comissão Local de Saúde de seu bairro”? a resposta está condicionada a: 1 – sim; 2 – não e, se responder a segunda alternativa, o porquê de não participar. Foi distribuída por região representada nas nove Regionais ou Distritos Sanitários, em Belo Horizonte.

De acordo com a metodologia da pesquisa, o número de usuários entrevistados foi equivalente por Regional e por Centros de Saúde em Belo Horizonte.

Como descrito sobre o controle social e a participação popular no país, em Belo Horizonte, não se deu de forma diferente. Iniciou sua construção a partir de 1986, período de “*efervescência*” dos movimentos sociais, quando organizou a Primeira Conferência Municipal de Saúde, período que antecedia a VIII Conferência Nacional de Saúde. Também se deu pelas mãos dos trabalhadores da saúde engajados no processo de transformação proposto pela ampla base nacional (PBH, 2020).

As transformações sociais e econômicas no país levaram o sistema de saúde também a se transformar em Belo Horizonte. Não havia espaço para uma reforma sem a população participante. Muitos avanços aconteceram ao longo dos anos e em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica do Município e em 1991 foi criado o Conselho Municipal de Saúde por meio da Lei 5903/91, respaldada na Lei Federal 8142/90.

Esta lei criou o Conselho Municipal de Saúde (CMS), criou a Conferência de Saúde, os Conselhos Distritais, as Regiões Distritais que hoje são chamadas de Regionais e as Comissões Locais de Saúde (CLS). E em 1996 foi alterada pela Lei 7536/98. (PBH, 2020)

A população em nível nacional foi convocada a participar dos movimentos da reforma sanitária e ativada a partir do movimento impulsionado pela e para a luta dos trabalhadores da saúde, que estavam envolvidos e desejosos de mudanças no processo de trabalho, mas também no resgate da qualidade dos serviços ofertados por eles à população, conforme (JACOBI, 2002, apud SANTOS (2011) quando nos fala sobre “*o movimento sanitário em defesa de uma Reforma Sanitária que preconizava a construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática*”.

Pelo histórico visto nos títulos anteriores, o brasileiro participa muito mais dos resultados das políticas públicas, do que na construção e execução das referidas políticas. Na saúde, sabemos que a sociedade apoiou os trabalhadores da saúde, tanto em nível federal como estadual e municipal. Se não fosse assim, não teriam o sucesso descrito ao longo da história do SUS. E ainda com a participação incipiente, outros mecanismos legais foram surgindo e chamando a população a se envolver no processo democrático.

Na Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a população foi convocada a ser parte dessa discussão, mas conforme Labra e Figueiredo, (2020) apud Santos, (2011), *“a participação dos conselheiros usuários é ainda considerada objeto de preocupação, apesar do funcionamento de mais de 5.500 Conselhos de Saúde”*, isto porque a população ainda não se considera tão pertencente ao processo. Podemos ver isso nos resultados do gráfico 1, figura 6, onde nos mostra que é baixa a participação dos usuários e mesmo aqueles que participam não sabem sugerir como propor para que mais pessoas possam participar das CLS.

É inerente ao homem participar de grupos, sejam quaisquer seguimentos, pois conforme Bordenave (1983) *“a participação é uma necessidade básica do homem”*, mas a consciência crítica que deve nascer com a participação, segundo o mesmo autor é *“uma habilidade que se aprende e se aperfeiçoa”*.

Outro fato importante, de acordo com a Resolução 333/2003 do CNS que a participação precisa *“ser técnica”*, logicamente podemos entender que a participação é um processo ininterrupto, e isto é algo ainda frágil em nossa democracia tão recente, basta olharmos para os anos que se seguiram após a redemocratização do país.

A partir da hipótese do trabalho, bem como dos objetivos elencados, deseja-se que as questões levantadas e relacionadas sejam possíveis de serem respondidas e logicamente, sejam solucionáveis, pois conforme Paes (1998), *“o papel fundamental da hipótese na pesquisa científica é sugerir explicações para os fatos”*.

Para a análise de dados das tabelas univariada e bivariada, por meio do teste de homogeneidade foi estipulado um valor de p (p -value), considerado na estatística como *“um nível descritivo”* que traduz-se como *“a probabilidade mínima de erro ao concluir que existe significância”* na pesquisa e que este se apresenta *“associado aos testes de hipóteses”* (PAES, 1998).

Por meio dos dados coletados, obtivemos na pesquisa, achados estatísticos significantes nas características pessoais, como estado civil ($p=0,0022$), cor/raça (0,0113), escolaridade ($p=0,0195$), acesso à internet ($p=0,0220$), e atividade remunerada ($p=0,0019$), associados aos resultados de outras características sócio demográficas juntamente com os referenciais consultados, percebe-se que não houve tanto avanço na qualidade do processo de participar.

Os resultados da pesquisa nos trazem várias situações inquietantes sobre as quais iremos discorrer. Dos participantes na comissão local, 64,06% ($p= 0,0195$) tem até o ensino fundamental, o que corrobora para muitas dificuldades em entender a complexidade do sistema de saúde, de entender os termos técnicos, que muitas vezes não podem deixar de serem utilizados, contemplando a normatização das diretrizes estabelecidas, conforme descrito acima sobre a orientação da Resolução 333 do CNS/2003. Porém, é preciso que haja um esforço da gestão para decodificar estes termos para os usuários participantes, pois o nível de escolaridade no país ainda é baixo. Mas será que há esforço neste sentido?

Outro fator de preocupação; daqueles que não participam, a escolaridade está entre o ensino fundamental ou médio, no máximo. Residem com a família que na maioria tem uma pessoa somente trabalhando e mesmo assim sem vínculo formal de trabalho, com renda per capita abaixo de oitocentos reais. Estas famílias ficam ou podem estar invisíveis às políticas sociais, pois as políticas assistenciais têm critérios de renda, comprovada ou autodeclarada. Ao declararem a renda informal não lhes inserem nos programas constituídos, pois os padrões econômicos estão acima dos estipulados, contudo a renda que têm, não lhes permitem ter acesso de qualidade à bens e serviços, em geral.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), publica desde 1994 a pesquisa nacional de cesta de alimentos e o “*salário mínimo, nominal e necessário*” para os dias de hoje está acima de R\$4.500,00 (Quatro mil e Quinhentos Reais). Então podemos perceber que a situação de pobreza descrita dificulta a participação em reuniões, pois estas lhes tomarão tempo e investimento para participarem. Este tempo e energia são investidos na busca pelo sustento da família e muitos não conseguem se doar para essa construção.

Precisamos pensar que ao assumirmos o compromisso de participar de um projeto, seja voluntário ou não, devemos nos doar para o proposto. É nosso dever como cidadão participar na construção dos direitos sociais porque as leis por si só não exercerão o direito e, individualmente, também não seremos acolhidos em nossas necessidades.

Para alguns seria justo pensar que o sujeito não participante não deveria ser acolhido pelo posicionamento individualista, pois há uma corrente de pensamento na sociedade pautado na meritocracia. Porém, não se pode pensar em sociedade sem

pensar em coletividade. Logicamente, existem particularidades e especificidades na vida de todo indivíduo, como membro social. Mas, pensar saúde requer pensar coletivamente. Não se obtêm saúde para um ou para alguns, saúde depende de uma integralidade de questões que se interagem.

Para construir uma política de saúde participativa no país, complementou-se o SUS com o Conselho de Saúde nas esferas da União, dos Estados e dos Municípios, apoiado na Constituição Federal de 1988. O desafio é a busca de igualdade, equidade e participação popular através de ações efetivas e eficazes para o atendimento às necessidades de todos.

Positivamente, ações governamentais e participação social, têm sido construídas através dos Conselhos, através das CLS e têm melhorado a realidade da participação, a interação dos sujeitos com os trabalhadores das UBS, apesar de ser em doses homeopáticas. Mas a própria comunidade reconhece as melhorias e as ações dos trabalhadores em saúde.

Podemos ver pelos resultados apurados na pesquisa, por meio da Análise de Correspondência (AC), tabelas 4 e 5, figura 4, quando analisamos que há uma associação maior entre os que estão sempre satisfeitos com aqueles que sempre são atendidos em suas dúvidas/demandas. Os entrevistados que disseram que quase sempre são atendidos disseram que se estiverem insatisfeitos, questionam os profissionais de saúde. Então pode inferir que há uma relação direta com os trabalhadores da saúde, sem necessariamente utilizar outros caminhos, como a judicialização para que os direitos em saúde sejam concedidos e pensados coletivamente.

Aqueles que responderam que raramente ou nunca são atendidas em suas dúvidas/demandas se relacionam com a reclamação aos superiores ou outros tipos de atitudes, como por exemplo, buscam algum *“profissional da saúde de mais contato”*. Esta ação descaracteriza o direito à saúde que passa a ser concedido como benesse. Disseram também que reclamam com a *“recepção”*, com a *“família”* e *“chuta a porta e vão embora”*, *“xinga em voz alta para os trabalhadores ouvirem e vai embora”*, o que demonstra que a incapacidade de interação gera a violência institucional, cujos atores, trabalhadores e usuários estão sujeitos. Se a participação não for algo trabalhado continuamente na sociedade, não basta convocar a população para as conferências de saúde, é preciso que a relação com a saúde seja rotina na vida dos usuários.

Ainda destes usuários, foi relatado que “*não reclamam porque não adianta*”, ou “*aguardam com paciência*”, ou “*abandonam o serviço e buscam o particular*”. Também fica calado porque “*sua voz não é ouvida*”. Outros usuários disseram que vão até a Assistente Social, vão direto à Prefeitura, reclamam na Assistência Social, ou seja, em outro espaço de Política Social (ANEXO I)

Podemos inferir que há o (des) conhecimento da importância da CLS como espaço de interação, abandonando o propósito da territorialidade, do diálogo proposto pelo canal da participação na CLS.

Ventura, *et al* (2016) em sua pesquisa que resultou no artigo “*Cultura Participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil*” nos traz que “*o que prejudica a participação popular no CMS é o fato de a população se expressar de maneira individual e não organizada comunitariamente*”. E ainda revela que os representantes não se “*juntam à comunidade para que esta possa expor suas demandas*”. Então não se trata somente da comunidade ir participar da CLS, mas também de que os conselheiros do CMS estabeleçam “*canais efetivos de comunicação com a população*”.

Essas ações acrescidas de envolvimento da comunidade e interação dos membros do CMS e da CLS poderão tornar-se fundamentalmente vitais nessas transformações que vem acontecendo na sociedade, mas que precisam se aperfeiçoar. Ainda que a melhoria da atuação do usuário da APS seja atribuída à participação na CLS, a comunidade tem responsabilidade de buscar modificações e fortalecimento do Conselho, podemos traduzir o conceito de controle social como nada mais do que dar oportunidade ao usuário de participar no desenvolvimento e organização da saúde em seu território.

É preciso acreditar que a comunidade participará se houver abertura para o envolvimento da mesma, no grupo de conselheiros. Para isso o CMS deve convencê-la da importância da participação e envolvê-la nas reuniões mensais que ocorrem nos distritos regionais e também em nível municipal. Necessário se faz então, conforme o CNS (2007) “*analisar e apontar estratégias que permitam a socialização da informação a partir dos próprios Conselheiros de Saúde*”.

Para isso, o grupo de conselheiros precisa atuar de forma que os usuários entendam a importância da sua presença nos espaços de discussão da política de saúde e participe mais. Essa socialização da informação pode se dar não somente em traduzir as informações em saúde construídas pelo Ministério da Saúde, mas

construir com a própria comunidade local, a partir das especificidades locais, trabalhos educativos que viabilizem as informações.

O ponto de partida para a ampliação de acesso e efetivação dos direitos, colocados pela Constituição Federal, chamada de “Constituição Cidadã” na época de sua promulgação, é a educação do povo para a participação na sociedade.

A grande aspiração de um povo, de cada homem por si só, é ver seu país desenvolvido e sua vida ser respeitada. Para isso, é necessário que o governante deste povo seja um cidadão comprometido com estas aspirações e que em sua caminhada política tenha como bandeira a luta permanente por melhores condições de vida de seu povo. Se assim não o for, enfraquecerá as conquistas que foram feitas até o presente momento. E ver o desenvolvimento do povo é nada mais do que respeitar a *“ética do conhecimento”* para participar da governabilidade e da *“festa”* da democracia. (SCHULTZ,2020)

Quando um país é analisado em seu grau de desenvolvimento, vários indicadores são apontados pelos estudiosos para saber se este país está em desenvolvimento ou não, dois deles são os indicadores da educação e da saúde. Esses instrumentos são poderosos porque refletem consideravelmente no restante dos outros indicadores.

A educação é tema discutido e garantido na Constituição, seja ela responsabilidade do Estado ou da família conforme é descrito na *“Carta Política”* em seu capítulo III, artigo 205: *“A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”*. (CRESS, 2006, p.66).

Nesse aspecto devemos pensar que educação vai além das fronteiras das instituições de ensino e da família, porque o indivíduo não se preparará somente nestes círculos para exercer a cidadania, ele precisará viver na e com a sociedade para apreender seu papel social tão importante. Este papel além de ser garantido pela *“Carta Magna”* do nosso país, também o é pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, quando em seu artigo XXI diz:

Cada um tem direito de participar ativamente na direção dos assuntos públicos de seu país: elegendo as pessoas políticas que tenham suas mesmas ideias; votando livremente para indicar sua escolha; cada um deve ter oportunidade de participar do governo (USP, 2008)

Exercendo esse direito que vai perceber sua fundamental importância como cidadão e o tão sonhado poder de cidadania poderá se tornar realidade. Mas será que em nosso país é tão simples ou tão fácil esse exercício?

Na verdade, sob uma visão relativista, percebe-se que o exercício cotidiano dos princípios estabelecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, encontra-se ainda muito distante da realidade comum dos cidadãos em qualquer parte do mundo, funcionando mais como um ideal a ser alcançado, do que propriamente como uma coleção de regras em contínuo cumprimento, estabelecendo assim um profundo e permanente paradoxo existente entre o discurso jurídico e a ação social. Não se poderia explicar a contradição entre a literatura que faz a apologia da era dos direitos e aquela que denuncia a massa dos 'sem direitos'. Mas os direitos de que fala a primeira são somente os proclamados nas instituições internacionais e nos congressos, enquanto os direitos de que fala a segunda são aqueles que, a esmagadora maioria da humanidade, não possui de fato (ainda que sejam solenes e repetidamente proclamados) (BOBBIO,1992 apud MARINHO,2002, p.2)

É interessante quando Bobbio afirma esta distância entre discurso e prática, pois nos remete também para a realidade dos Conselhos de Direitos que nasceram com a Constituição Federal em 1988. Especificamente, referindo-se ao Conselho de Saúde do Município pesquisado, que é nosso assunto em discussão para se refletir sobre Controle social, o que será que falta acontecer para que o pleno exercício da cidadania alcance seu verdadeiro significado junto à população? Conhecimento e ética fazem parte desta problemática?

É sabido que a participação usuária, às vezes torna-se imperceptível e impotente, que seu direito de voz é bem pouco ouvido, como expressado pelos usuários. Mas também podemos perceber que além de pouco participativa, a população muitas vezes participa somente quando quer reclamar, criticar, ou por motivos diferentes dos objetivos da existência da CLS.

Na AC, tabelas 6 e 7, representadas na figura 5, conforme os resultados apresentados, vimos que os motivos que levam os usuários a participar da CLS são, muitos deles, pouco voltados para o interesse coletivo. “Fazer amigos”, “ser conhecido”, “conquistar cargo político”, está relacionado aos interesses individuais, e

mesmo este último que poderia ser em prol da coletividade através da representatividade, não foi expresso de forma a deixar explícita na pesquisa.

Nos inquietamos então, pois qual será a causa desse pouco interesse e pouca participação? Seria talvez a falta de informação, pela falta de divulgação das reuniões mensais ou a falta de entendimento sobre o objetivo das reuniões? Poderia ser também por falta de tempo, porque as reuniões não são conduzidas de forma a favorecer a participação? Ou porque ocorrem à noite e as pessoas tem receios em sair por causa da violência urbana? Ou porque as reuniões não são devidamente comunicadas, e ao serem convocadas, costumam ocorrer por e-mails e as pessoas não os abrem todos os dias? Poderia ser porque as reuniões ocorrem no horário de trabalho ou por não terem dinheiro para o transporte, etc.

O fato é que existem pessoas motivadas a participar ou não por diversos motivos, como vimos acima. Entre os poucos que disseram participar por outros motivos, além dos relacionados acima, ainda disseram, de acordo com a questão 86, que participam porque *“tem demandas”*, por *“motivos de saúde”*, *“participa quando precisa”*, *“quando precisa consultar”*. Todos na posição individualista e me busca de soluções somente para seus problemas.

O Gráfico 1, figura 6, que representa a frequência dos usuários na CLS, cruzando com as informações das sugestões dos usuários para aumentar a participação; a baixa frequência tem o maior percentual de avaliação, ou seja, 45% participa algumas vezes no ano ou uma vez ao ano.

Quando relacionamos e cruzamos as informações de frequência de participação, respondida pela questão 78, com a questão 87 que pergunta aos usuários qual a sugestão para que mais pessoas participem, nem mesmo os mais frequentes tiveram respostas que qualificassem a participação. Daqueles que responderam que participam algumas vezes ao ano ou uma vez ao ano, considerados como baixa participação, a divulgação obteve 31,03% enquanto não sabe informar com mais de 37% de respondentes.

Logicamente a baixa participação ou rara presença na CLS inviabilizará a apropriação de sugestão para que mais pessoas participem, pois mesmo o usuário respondente que participa ativamente demonstra não conhecer tão bem a capacidade do território e as demandas que surgem nele, como veremos abaixo.

Outra situação que nos leva a inferir que a *“ação comunicativa”* entre os sujeitos é permeada de vieses, foram aqueles que responderam que participam de

duas a três vezes por semestre, considerado como média participação, uma vez que são doze reuniões ordinárias ao ano, pois mesmo entre os participantes, mais de 53% disseram não saber o que fazer para que mais pessoas participem da CLS.

Mas o que mais reflete a baixa apropriação sobre os processos de construção de uma *“cultura participativa”*, são os usuários que estão participando uma vez por mês, ou seja, alta participação, considerando que estão presentes em todas as reuniões mensais. São 34% de respondentes e destes 59% acha que falta divulgação das reuniões da CLS.

Ainda destes que participam mensalmente, quase 32% não sabem informar o que fazer para que mais pessoas participem da CLS. Isto nos leva a pensar na baixa participação nos movimentos de base, não concretizando os princípios do SUS sobre igualdade, equidade e participação popular, pois o pouco conhecimento propicia a baixa capacidade de transmitir a informação aos que não participam e conseqüentemente não conseguem cooptar novos usuários do SUS na comunidade para se integrarem à CLS.

Sem informação é impossível a participação social. Sem a participação é impossível que a sociedade contribua para as ações de planejamento e execução do projeto em saúde, continuarão sendo participantes de resultados que nem sempre refletem o desejo ou a necessidade em saúde.

Diante de tal afirmação podemos correlacionar novamente com Bobbio (1992) quando ele afirma que os direitos solenes e proclamados são verdadeiramente aqueles que a maioria da população ainda não os possui de fato e de direito.

O Relatório Final do CNS (2004) *“reconheceu o papel da comunicação e da informação em saúde como estratégia de transformar a realidade”*, que foi deliberado pela 12ª Conferência Nacional em Saúde (2003), quando afirmou sobre *“a necessidade de elaborar uma política de comunicação e informação comprometida com o fortalecimento do Controle social”*.

Para isso foi possível criar as câmaras técnicas e as comissões de diversos assuntos dentro dos Conselhos Municipais, *“compostas essencialmente por conselheiros e pessoas indicadas pelo Pleno dos Conselhos”* (CNS,2004).

Em Belo Horizonte, o CMS possui a Câmara Técnica de Comunicação, que juntamente com as Comissões de Educação Permanente e a de Integração de Ensino para o Controle Social no SUS BH, tem a prerrogativa de preparar a informação e a formação para a população usuária do sistema de saúde público,

como mais uma forma de aperfeiçoamento do SUS e do Controle Social. Isto implica em ações concretas e substanciais para colocar as informações numa linguagem clara e de fácil compreensão para a população, pois não basta divulgar, é preciso se fazer entender.

Para a população de um país cujo índice de escolaridade é inferior ao esperado pelos indicativos sociais, a orientação do documento da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) foi “*buscar e garantir espaço para ampla reflexão sobre como as condições de vida influenciam na saúde da população*”.

Significa refletirmos com os usuários sobre o desenvolvimento da capacidade de compreensão para uma linguagem técnica conforme se apresenta em documentos e deliberações no campo da saúde. Também incentivar a busca da formação educacional instituída, e não menos importante, apropriarem-se das informações que lhe são necessárias para melhorar a capacidade de interação coletiva no território, como a educação popular em saúde.

Uma das características dos trabalhos sugeridos pela 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), que podem ser realizados para divulgar as informações em saúde é a linguagem de fácil entendimento, pois “*Não basta divulgar os dados pura e simplesmente, é necessário apresentar a informação numa linguagem adequada, de forma a permitir que qualquer cidadão possa se apropriar do conhecimento*” (CNS, 2004).

Para aperfeiçoamento desse processo de educação e inclusão dos usuários é preciso colocar em prática as orientações do Eixo X Comunicação e Informação em Saúde, de acordo com o relatório final da Conferência.

Ainda pautados na variável resposta, questão 77, eleita para a base desta discussão, 1125 usuários da APS foram questionados se eles participam da CLS ou não participam e o porquê de não participar. Destes, 1050 usuários, ou seja, 93,33% não participam e 0,98% não informaram porque não participam.

Destes não participantes, 20% disse “*falta tempo*” Aqueles que “*falta tempo/interesse*” representam mais de 10%, os que não informaram são mais de 17%. Aqueles que “*desconhece*” a CLS, representam mais de 36%. Os demais justificaram por diversas maneiras, até mesmo porque “*é estudante*” e porque “*os pais não participam*”. Mas o maior percentual está entre aqueles que não tem conhecimento a respeito da existência da CLS, o que se mostra muito preocupante.

Alguns usuários disseram saber da existência da CLS, mas não *“gosta”*, *“acha difícil”*, *“não é resolutivo”*, *“a sua participação não é deliberativa”*, *“não há melhorias na UBS”*, *“a UBS não interage com a comunidade”*, *“tem líder comunitário para participar”*. etc. Razões diversas que podem ser modificadas com um trabalho efetivo de educação popular em saúde, mostrando que a cidadania é efetivada a partir do envolvimento para uma construção social e coletiva pautada nas questões que são para o bem de todos. Que as pessoas não participam por nós, pois somos únicos e temos um saber que contribui para a diversidade e o crescimento social de todos.

Segundo Bordenave (1983) é necessário que a população exerça a *“microparticipação”* para aprender a exercer a *“macroparticipação”*, pois ela é o lugar *“onde a práxis participativa e a educação para a participação se desenvolvem e ampliam”*. E se não acontece um movimento de dentro para fora deixando de ser uma busca individualista, a micro será *“Sempre orientada para reivindicações específicas, como por exemplo melhor salário, construção de escolas, estradas e postos de saúde, isto é, como um fim em si e não como parte orgânica da macroparticipação, a luta do povo corre o risco de ser integrada no paternalismo e assistencialismo do sistema político”* (p.57)

Outra situação inquietante é avaliada entre a questão 77 e 79 quando são perguntados para aqueles participam, se na CLS os usuários têm oportunidade de falar, expor suas ideias, dar sugestões ou fazer críticas. Três pessoas disseram participar e não podem ou não conseguem se manifestar. Isto representa 4,69%. As respostas foram *“eles não deixam a gente falar e nem reclamar”*, *“faltou coragem de falar”* e *“são estressados”*; (os conselheiros-grifo nosso). Os outros 63 usuários, ou seja, 95,31% não responderam corretamente, deixaram sem a informação ou marcaram não se aplica.

Isto representa uma dicotomia entre o discurso e a realidade. É dicotômico porque partimos do pressuposto, de acordo com os mais progressistas, que participar não é estar presente, *“é fazer parte”*, é se envolver de forma que as ideias de todos se agreguem e sejam encontradas entre elas, as respostas para as necessidades coletivas. Então eles estão presentes, mas não se fazem parte do processo. Por outro lado, a baixa aplicabilidade do acolhimento, como um dos princípios direcionadores da Política de Humanização do SUS, pode estar sendo negligenciado na organização da participação dos usuários por parte dos conselheiros da CLS que não percebem os usuários presentes.

Outra dicotomia, que a informação e a comunicação são amplamente difundidas. Há uma camada da população participante que contribui com o desenvolvimento da CLS, mas a maior camada é a que nem a conhece, ou seja, quando demonstraram desconhecimento sobre a existência e a funcionalidade deste órgão representativo mediante as respostas acima descritas, nos possibilita inferir que o processo de comunicação e formação em saúde para a população ainda é muito incipiente. Pois se os usuários não conhecem em nível local, como poderão vislumbrar a participação em sentido macro na sociedade?

Sobre os usuários que informaram não participar porque *“os funcionários das UBS não interagem com a comunidade”*, é possível que haja um confundimento dos papéis dos trabalhadores da saúde com os membros que compõe as CLS e os papéis sociais desses membros. Este dado é relevante a partir do pressuposto de que os profissionais das UBS precisam estar próximos dos usuários, mas não são os representantes legais na CLS (conselheiros), pois nem todos participam das comissões locais de saúde. Muitos são plantonistas, são moradores de outros bairros. Estão naquele local, mas não pertencem ao local. O sentimento de pertencimento é essencial para motivar a participação, assim como *“a informação e a comunicação são fundamentais para uma sociedade participativa”*.

Como alguém pode se interessar por algo que desconhece? Se sentir parte ou pertencente a algo desconhecido? De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2007) *“as estratégias de comunicação e informação em saúde são instrumentos valiosos para o exercício do Controle social. Afinal, não há como controlar algo que não se conhece”*.

Pensando neste argumento direcionando para a realidade local, como alguém terá atuação comunitária se dentro do próprio conselho, pessoas que participam, desconhecem seu protagonismo como cidadão e as ações que coletivamente devem ser trabalhadas? Sociedade que pensa individualmente se torna uma sociedade fragilizada e vulnerável às intempéries do próprio sistema político.

Os princípios filosóficos que norteiam o desenvolvimento do controle social versam sobre uma *“conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”* (CES/MG,2006). Ficará comprometido o crescimento do segmento de usuários junto à CLS se não houver essa *“conjugação”* de esforços para investir na participação dos usuários nas CLS.

Todo conselho precisa ter membros compromissados, articulados, mas também preparados para fazerem-se atuantes na sociedade. Numa democracia não cabe estar alheio ao processo de participação.

Estar nos Conselhos, nas organizações de bairro, grupos de igreja, Conselhos de escola, Associações Comunitárias, Sindicatos é parte do processo de pertencimento e *“empoderamento comunitário”*, pois segundo Herriger (2006) apud Kleba e Wendausen (2009), *“Através desse processo, pessoas renunciam ao estado de tutela, de dependência, de impotência, e transformam-se em sujeitos ativos, que lutam para si, com e para os outros por mais autonomia e autodeterminação, tomando a direção da vida nas próprias mãos”*.

Parte da sociedade reclama do governo e das ações desenvolvidas, mas age pouco para transformá-las. Transformá-las não quer dizer pura e simplesmente ser contrários a elas, mas propor modificações em busca de atender as necessidades coletivas.

Na resposta quanto à frequência da sua participação na CLS, precisaríamos saber do usuário como é a interação entre os conselheiros e a comunidade, mas para essa avaliação seria preciso acompanhar o trabalho desenvolvido pelos conselheiros da CLS, dos Conselhos Distritais e o Conselho Central, e não era o objeto de estudo desta pesquisa. Porém, SANTOS, *et al* (2011), nos subsidia nos resultados do trabalho: *“Conselheiros usuários do CMS/BH: Características sociais e representatividade”*, que mais de 80% dos conselheiros usuários participavam de algum tipo de organização, como partidárias, religiosas e outras mais. E que participar do conselho *“é uma consequência possível para pessoas que se engajam nessas associações ou organizações”*.

Estamos comparando pesquisas realizadas em municípios diferentes, com atores sociais em posições diferenciadas, anos diferentes, mas apresentam a mesma dificuldade, a frágil e *“precária”* participação por baixa capacidade de interação e diálogo, entre os indivíduos e as instituições.

Esta resposta traduz em outra questão, a preparação sobre a condução das reuniões. Não basta que os usuários cheguem até os espaços onde acontecem as reuniões. É preciso que sejam acolhidos, sejam vistos. No início de todas as assembleias é necessário considerar a possibilidade de ter um novo participante e a ele ser apresentado a organização e o funcionamento da reunião.

Demandaria curto espaço de tempo para fazer uma explanação sucinta sem comprometer a pauta do dia. Seria o contrário, o acolhimento na CLS, seguindo os preceitos operacionais da Política de Humanização no SUS, desenvolvidas pelas eSF, podem e devem ser usados em qualquer espaço constituído para o trabalho coletivo. Possibilitaria que as CLS desenvolvessem um trabalho centrado no cidadão usuário e não num usuário cidadão. O que queremos dizer com isto?

A Política Nacional de Humanização no SUS, criada em 2003, tem como diretrizes, o acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. Partindo destes princípios que podem ser aplicados em qualquer espaço coletivo e democrático, vamos refletir no primeiro deles que proporciona campo para os demais. O acolhimento. Quem não deseja ser bem recebido em um local que necessita ir ou deseja conhecer?

Na publicação do calendário de reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde do ano de 2008, no município de Ubá, interior de Minas Gerais, onde desenvolvi uma pesquisa também sobre Controle Social, foi publicado um texto que fala o que é ser e porque ser, um conselheiro de saúde. Em certa parte do texto relata que *“Ser conselheiro é, antes de tudo, ser parte da comunidade. De uma comunidade que conquista todos os dias, espaços para se manifestar; mas nem sempre consegue mantê-los”* (CMS, 2008).

Então pode estar nas mãos dos conselheiros a possibilidade de recepcionar bem a comunidade como parte integrante, reconhecê-la no momento da chegada à CLS como parte legítima daquele trabalho, fazer do sujeito um sujeito participativo e não um sujeito objeto de suas intervenções na CLS. Ainda que haja normas para as votações, direito a voto que deva ser respeitado, a voz do cidadão precisa ser ouvida e considerada.

Consequentemente refletirá em relações mais respeitadas entre os cidadãos conselheiros, usuários, e os trabalhadores das UBS. Ampliará a visão sobre a organização dos processos de trabalho nas UBS e evitará o esgarçamento das relações dos trabalhadores com a comunidade em geral. São movimentos que dependem da vontade, da conexão de cada um, e se tornarão reflexos em toda a comunidade, propiciando as ações dos trabalhadores que serão revertidas em promoção de saúde, prevenção de violências de forma constante na vida da comunidade. Para afirmar o pensamento apresentado cito DESLANDES (2005):

“A PNH (Brasil, 2004) defende como “marcas” a serem atingidas um atendimento resolutivo e acolhedor, combatendo a despersonalização a que são submetidos os usuários dos serviços, garantindo-lhes seus direitos instituídos em “códigos dos usuários”, além de garantir educação permanente aos profissionais bem como a participação nos modos de gestão”.

Ventura *et al* (2017) em “*Cultura Participativa*” nos traz, segundo a OMS (2011), que para além de um governo “*sensível*” e engajado ao desenvolvimento e crescimento de uma cultura de participação, são fundamentais quatro elementos: “*estrutura e espaços, recursos, conhecimento e, políticas e práticas anteriores*”. E apresenta em figura estes elementos cujo movimento de demonstração não é de interesse agora, pois poderá ser consultado no trabalho referido. Porém este assunto desperta e corrobora para a reflexão dos nossos resultados alcançados e não se esgota aqui esta importante reflexão, mas prossegue-se com outras tantas necessárias nesta construção. Ainda dentro da proposta dos objetivos específicos, chegando até a relação entre a participação nas CLS e a violência.

Representamos por meio da Análise de Correspondência a visão do usuário sobre a possibilidade de prevenir a violência; se é função da UBS esta prevenção; se há ações da UBS para prevenção e se conhecem movimentos sociais do território voltados para a abordagem e prevenção da violência. A correspondência foi feita entre vitimização versus a participação na CLS: Vítima, Participa; Vítima, Não Participa; Não Vítima, Participa; e Não Vítima, Não Participa.

Nos resultados da AC proposta e executada, verificarmos com base na Figura 3, tabelas 2 e 3, a associação maior entre aqueles entrevistados que foram vítimas de violência que participam da CLS, aqueles que conhecem os movimentos sociais e aqueles que afirmaram que as UBS têm ações que podem prevenir a violência.

Estes que falaram que as UBS têm ações que podem prevenir a violência também se associaram com aqueles que não foram vítimas de violência e participam da CLS. Os entrevistados que não participam da CLS, independente se vítima ou não de violência foram mais associados com aqueles que afirmaram que é possível prevenir a violência e que é função da UBS desenvolver alguma ação de prevenção da violência.

As associações evidenciam nossa percepção de que os movimentos sociais são buscados a partir de uma necessidade individual e que as ações de prevenção

realizadas pelas UBS são reconhecidas a partir da necessidade pessoal, pelas vítimas da violência, o que retrata ínfimo sentimento de coletividade.

Estas ações de prevenção da violência também são reconhecidas pelos indivíduos que participam da CLS, porque aproximam-se do processo de trabalho dos trabalhadores da saúde, interagem com a comunidade e possibilita maior capacidade de comunicação e crítica para promover saúde. A comunicação e a informação continuam sendo os pressupostos de transformação.

Também nos apresenta que os não participantes, acham que é possível prevenir a violência e veem como função da UBS esta prevenção. E a responsabilidade de todos para a Cultura da Paz e um mundo menos violento? Tem uma música religiosa que inicia assim: *“a começar em mim, [...] para que sejamos todos um”*, isto é, partir do individual para a formação coletiva em prol da paz.

O ser humano é ponto central no controle social assim como na promoção da saúde e prevenção da violência. É papel do trabalhador em saúde, dos Conselheiros da CLS, promover a saúde e a paz, não por fazer parte do processo de trabalho ou de cooperação, mas porque são cidadãos assim como os usuários do sistema público de saúde o são e toda a sociedade deve se comprometer com esta busca.

A partir da institucionalização da participação em saúde desde a CF88, cabe a todos os participantes da sociedade, diante de um mundo diverso, globalizado e de um sistema capitalista onde o modo de produção propicia a desigualdade social, adotarmos posturas éticas, *“de relações consensuais criadas pelas argumentações discursivas desenvolvidas no ‘mundo da vida’ como propõe Habermas”* (MONTANO; DURIGUETTO, 2011) apud MARTINS,2013).

A desigualdade, também refletida pela baixa escolaridade pode interferir no processo de participação e representatividade, e gerar conflitos, baixa autoestima entre os trabalhadores da saúde e os usuários, desmotivação, conforme nos aponta (MARTINS/2011) quando nos diz que *“diferenças no grau de escolaridade [...]podem determinar diferentes graus de conhecimento, recursos técnicos e mesmo de linguagem”* (LABRA,2002; TATAGIBA,2002; VAN STRALEN et al, 2006; COELHO,2004).

Isto interfere na formação dos conselheiros representantes de usuários e conseqüentemente, na arregimentação dos usuários para renovar o quadro de representantes. Martins (2011) nos fala na pesquisa desenvolvida que grande parte dos conselheiros entrevistados, disseram que *“a principal função é a de fiscalizar”*

enquanto que o maior papel a ser desenvolvido pelo conselheiro “é de deliberar”. Em nosso trabalho, vimos nos achados (tabela 1) que dentre os participantes, os que mais estão presentes são os usuários com menos escolaridade e entre aqueles que tem nível superior/pós-graduação, os não participantes representam 96,8%.

É dever de todo cidadão, dentro da “dimensão ética do conhecimento” compartilhar saberes, utilizar da oportunidade que teve para ajudar aqueles que não tiveram. Não necessariamente para buscarem uma formação científica, mas para o empoderamento social que cada um pode protagonizar. Mas parece que aqueles que mais alcançam o topo da pirâmide educacional, são os que menos se envolvem nesse exercício de cidadania, como identificamos na pesquisa que os usuários com melhor formação estão entre os que menos participam.

Em Belo Horizonte, desde 1998, foi desenvolvido um documento norteador, cuja nomenclatura é Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS). Revisado por duas vezes, 2003 e 2012, tendo como finalidade instrumentalizar a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) para as ações em saúde que necessitam ser implantadas e implementadas com maior “*capacidade de acertos e de alocação de recursos*” de forma eficiente e eficaz.

A última revisão, cujos índices nortearão esta discussão, feita a partir dos dados do Censo Demográfico do IBGE de 2010, utilizou os setores censitários definidos, divididos da seguinte forma: dimensão saneamento e dimensão socioeconômico. Foram utilizados oito indicadores que traduzem os condicionantes e determinantes em saúde da população, conforme quadro 1, abaixo:

Quadro 1 - Índice de Vulnerabilidade da Saúde, (BH, 2012, p.8).

Quadro 2 - Indicadores selecionados em cada uma das dimensões, IVS 2012

DIMENSÃO	INDICADOR
Saneamento	Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente
	Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente
	Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente
Socioeconômica	Razão de moradores por domicílio
	Percentual de pessoas analfabetas
	Percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até ½ SM
	Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis (invertido)
	Percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena

O IVS categorizado em: Baixo Risco, Médio Risco, Elevado Risco e Muito Elevado Risco, poderá ser analisado pela categorização, bem como identificado pelo mapa com a distribuição censitária espacial, conforme os quadros 2 e 3, extraídos do documento da PBH (IVS,2012, p.8)

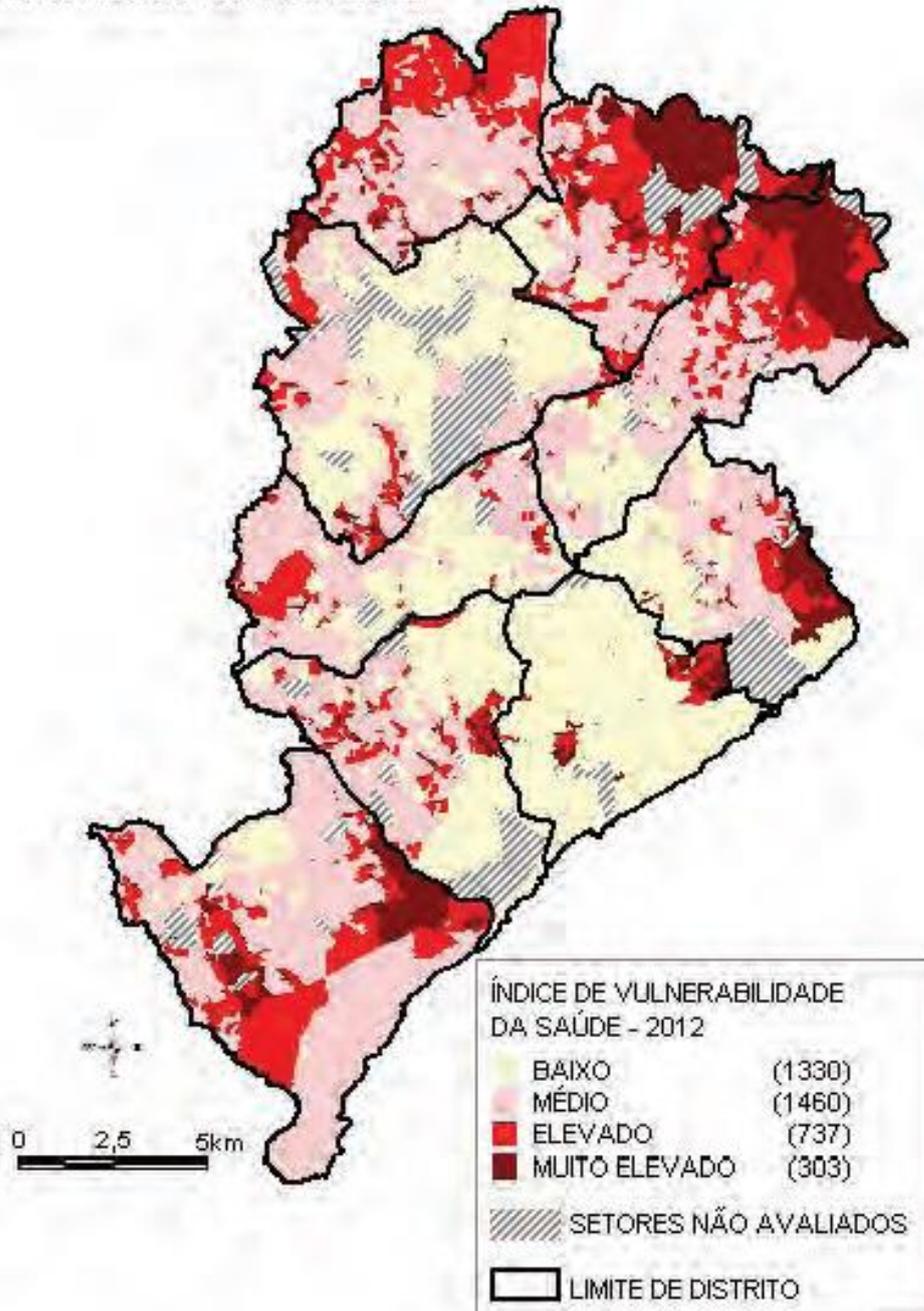
Quadro 2 – População por distrito sanitário – BH seundo o IVS 2012 (BH, 2012, p.8).

Tabela 5 - População por distrito sanitário - BH, segundo IVS 2012

Distrito Sanitário	IVS								população total
	Baixo		Médio		Elevado		Muito elevado		
	população	%	população	%	população	%	população	%	
Barreiro	18.962	6,7	170.794	60,5	68.069	24,1	24.359	8,6	282.184
Centro Sul	222.225	78,6	2.471	0,9	31.081	11,0	26.902	9,5	282.679
Leste	96.992	40,7	83.386	35,0	35.508	14,9	22.379	9,4	238.265
Nordeste	71.628	24,7	138.361	47,8	63.456	21,9	16.075	5,6	289.520
Noroeste	103.223	38,5	130.370	48,7	28.413	10,6	5.839	2,2	267.845
Norte	16.641	7,9	94.119	44,6	71.047	33,7	29.089	13,8	210.896
Oeste	139.703	45,4	94.347	30,6	52.586	17,1	21.258	6,9	307.894
Pampulha	121.238	53,9	66.841	29,7	26.748	11,9	10.128	4,5	224.955
Venda Nova	8.185	3,1	164.721	61,8	75.510	28,3	17.955	6,7	266.371
Total	798.797	33,7	945.410	39,9	452.418	19,1	173.984	7,3	2.370.609

Quadro 3 - Distribuição espacial dos SC de Belo Horizonte por categoria de IVS em 2012.

Belo Horizonte IVS 2012



Podemos identificar as áreas de maior ou menor vulnerabilidade e compararmos com a distribuição dos entrevistados por Regional, de acordo com o gráfico 2 - figura 7, dos achados da pesquisa. Nele apresentamos os percentuais de entrevistados em cada Distrito Sanitário ou Regional de Belo Horizonte, quase

equivalentes entre eles. Porém, aquelas regionais cujo IVS (baixo risco) é maior, ou seja, apresentam melhores condições de vida e de poder socioeconômico mais representativo, cujo “poder” propicia maior acesso a bens e serviços e às políticas públicas, têm as menores representatividades em participação na CLS.

Em média temos menos de 6% dos usuários entrevistados participantes em todas as regionais. As regionais Centro-Sul, seguida da Pampulha e da Oeste tem os maiores percentuais de baixo risco: 78,26%, 53,9% e 45,4%, respectivamente. Também apresentam os maiores índices de não participação na CLS: 94,26%, 94,35% e 88,33%, respectivamente.

Dentre as três, a regional com o menor percentual de entrevistados foi a Oeste (10,77%), sendo a que apresenta a melhor participação dos usuários na CLS de toda a cidade (11,66%), embora ainda seja ínfima a participação.

As Regionais, cujos índices de elevado e muito elevado risco em saúde apresentam maior potencial de vulnerabilidades e de risco social são Barreiro (24,1% e 8,6%); Norte (33,7% e 13,8%) e Venda Nova (33,7% e 13,85). No entanto, também apresentam os piores índices de participação, conforme dados da pesquisa, (3,200%), (3,226%) e 4,032%), respectivamente.

Observamos dois extremos, melhores índices e que não participam e os piores índices que também não se fazem presentes na discussão em saúde. Geralmente, aqueles que tem melhor poder aquisitivo dizem não utilizar o SUS e optam por planos de saúde da rede complementar. Enganam-se em falar que não utilizam o sistema público porque o SUS está presente em todas as ações de saúde no país. Por outro lado, temos a população que necessita ainda mais das ações em saúde do SUS/BH e não se fazem presentes nas discussões em seus equivalentes territórios.

Seria razoável que os conselheiros das CLS, bem como dos Conselhos Distritais e do CMS tivessem periodicamente um fórum para discussão desse IVS correlacionado ao índice de participação dos usuários do SUS, tanto para troca de experiências exitosas na elaboração e execução de ações que promovessem o aumento da participação de usuários nas CLS e demais espaços participativos, como importante espaço para a auto formação.

Além da possibilidade de criar entre os conselheiros e participantes, vínculos coletivos, para que entre eles pudessem organizar, com representantes de todas as localidades, comissões que ficariam responsáveis em preparar os espaços para

estes fóruns. Esta ação traria uma importante discussão sobre a função social que cada cidadão pode exercer para melhorar as condições sociais da vida em sociedade.

Nos textos de Gramsci, escritos nos Cadernos do Cárcere, trabalhados por DURIGUETTO (2014), a autora nos traz a “*função social dos intelectuais na formação e consolidação de um projeto de hegemonia de classes e sobre as classes subalternas*”, retratando a mediação entre as classes sociais e o Estado.

“Gramsci anuncia que cada região ou país [...]os grupos sociais são organizados a partir das tradições locais e das ideologias às quais se encontram envolvidos. Nesse sentido, para Gramsci, a difusão de um modo de pensar e de operar homogêneos — de uma consciência coletiva — na realidade das formações sócio históricas, necessitaria de condições e iniciativas múltiplas, sendo um equívoco pensar que cada estrato social elaboraria de igual forma, com os mesmos métodos, sua consciência e sua cultura”. (C 1, § 43, p. 33/C 24, p. 2268/v. 2, p. 206) *apud* (DURIGUETTO/2014)

Saliento com esta argumentação que a busca por essa troca de experiências, o envolvimento dos usuários que tem maior capacidade crítica adquirida pelo nível de escolaridade, poderia propiciar a inclusão e a formação qualificada de outros usuários, onde pudessem representar as necessidades de seus grupos, de forma que contemplasse as necessidades com maior índice de satisfação.

Este projeto que envolve informação e comunicação não é utopia, é algo palpável, com capacidade de se tornar concreto. Seria a possibilidade de ensinar e aprender de forma heterogênea, mas com criticidade, sem ingenuidade ou desconhecimento de um sistema tão complexo.

“Gramsci evidencia que um pensar e operar homogêneo são uma especialidade própria dos intelectuais profissionais. Não é, assim, um dado do “senso comum”. Explicita que é uma ilusão pensar que uma ideia ou conceito amplamente difundidos sejam incorporados nas diversas consciências com os mesmos efeitos organizativos. O trabalho educativo-formativo, que envolve a elaboração de uma consciência crítica a partir das premissas concretas de determinada realidade, não pode limitar-se a simples enunciações teóricas de princípios. O trabalho não deve ser de “modo abstrato, e sim concreto, com base no real e na experiência efetiva” (C 1, § 43, p. 33/C 24, p. 2268/v. 2, p. 206) *apud* (DURIGUETTO/2014).

“Nessa direção, uma das funções dos intelectuais é a de atuar nos processos de formação de uma consciência crítica e de construção de uma concepção de mundo unitária e coerente dos “simples”. Ou seja, que se estabeleça uma relação “orgânica” entre eles, condição essa necessária para a superação da natureza acrítica do senso comum e pela potencialização da capacidade intelectual e da eficácia

da atividade política dos “simples”. É do contato e das observações das visões de mundo, das experiências, das ações e comportamentos dos “simples”, que os intelectuais devem se alimentar para suas formulações teóricas e ações prático-políticas” (DURIGUETTO/2014)

Vimos nos resultados da pesquisa que a maioria dos participantes e não participantes tem baixa escolaridade. Trata-se de buscar a participação social para também corrigir os desníveis sociais e educacionais que temos em nosso país, como uma manifestação para a autonomia e o “*empoderamento coletivo e comunitário*”, promovendo saúde, cultura de paz e prevenindo as violências.

A portaria do Ministério da Saúde de 2004, GM/MS 936, cujo objetivo foi criar a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, traz os cinco objetivos que definem todo o pensamento, a motivação e o desejo para a construção deste trabalho acadêmico, com os quais encerro esta discussão por acreditar que as CLS são os espaços e a possibilidade para:

“Promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais; implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intrasetoriais; fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão. (GM/MS 936/2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem a pretensão de esgotarmos a discussão sobre o Controle social e a participação dos usuários da APS no município de Belo Horizonte, apresentamos nossas considerações finais.

Diante de todo nosso trabalho desejamos, não pura e simplesmente concluir o requisito para o título de Mestre em “*Promoção de Saúde e Prevenção da Violência*”, mas também contribuir com o campo da pesquisa e atuação do Serviço Social objetivando aprofundar junto aos usuários da saúde em Belo Horizonte a discussão sobre a participação social no SUS e a importância de tê-los informados e

com compreensão do sistema de saúde que utilizam para que possam participar dos resultados, satisfazer as suas necessidades em saúde e participar do aprimoramento do SUS.

É muito importante que enquanto profissionais da área da saúde possamos apoiar o município para encontrar caminhos para melhorar a participação popular, esta tarefa se dá tanto como cidadã, como uma profissional cônica do papel importante como ator social em permanente processo de construção e contribuição para uma sociedade mais informada e mais participativa nas decisões que envolvem a cidadania e os direitos sociais.

Tivemos o propósito de descrever o perfil dos usuários que participaram da pesquisa, bem como dos usuários que não participaram, demonstrando claramente o interesse aos que ainda não são participantes. Propusemos avaliar os fatores que influenciam a participação, mas também a não participação. A visão dos usuários que participam da CLS sobre a relação com a violência, pois esta visão reflete no exercício da cidadania e na promoção da saúde dos mesmos.

Houve o cuidado de analisar a construção da Política de Saúde desde o início no Brasil quando a Coroa Portuguesa iniciou as ações em saúde de forma global, porém traçando uma identidade cronológica para situarmo-nos no tempo e no contexto da trajetória da política de saúde e na participação da população na política referida.

Percebe-se que alguns entraves sociais que fizeram parte da história inicial na saúde se expressam também nos dias de hoje, mas com uma nova roupagem. Nos primeiros modelos de saúde os usuários eram somente os trabalhadores empregados formalmente, os demais dependiam das ações dos hospitais filantrópicos e dos profissionais que se dispunham a cuidar dos mais necessitados, sendo estes excluídos de cidadania e, dependentes de ações caritativas.

Apesar de termos um modelo constituído em um tripé formado pela CF/88, a Lei 8080/90 e a Lei 8142/90, acrescido de todas as demais normas que garantam o acesso a todos e a participação no controle das ações em saúde, vemos ainda a maior parte dos usuários da APS em Belo Horizonte, participantes dos resultados e não da discussão e planejamento das ações em saúde.

A desinformação se constitui em barreira de acesso, inviabiliza melhor relação com a UBS e não lhes permitem construir o cuidado preconizado nas

legislações do SUS. Conseqüentemente, o sentimento de usuários cidadãos por direito ficará comprometido, pois, conforme apresentado nos resultados, eles não se consideram pertencentes ao espaço das CLS.

Então, apresenta-se uma cadeia de fatores: Os usuários desconhecem o sistema, desconhecem seus princípios norteadores, não conhecem a CLS e conseqüentemente não conhecem os Conselhos Distritais e o Conselho Municipal de Saúde como órgãos representativos e como o local para discutir as ações desse sistema de saúde. Não se sentem como representantes sociais possuidores de direitos e deveres para atuar junto aos órgãos competentes e representativos para garantir as conquistas regulamentadas e implementadas a partir de 1988.

Essa (des) informação gera conflitos nas UBS e as equipes trabalhadoras representadas pela Estratégia Saúde da Família têm dificuldades na promoção de saúde dos usuários. Estes por sua vez, permanecem com a cultura conceitual e biológica de que saúde é antônimo de doença, tornando-os referência para discutir saúde, na visão da população, enquanto os usuários teriam que fazer parte dessa discussão. Esta posição compromete as ações de promoção de saúde e prevenção da violência, cujas ações se tornam responsabilidade da política de saúde.

Porém, visto de uma forma positiva, a relação que os usuários do sistema de saúde têm atualmente com a proximidade das eSF pode ser canalizada para o fomento à participação popular.

Outro aspecto que percebemos positivamente, é que as leis que asseguram a Política Pública de Saúde avançaram muito desde a década de 80, suas deliberações e ações têm-se expandido no nível nacional, estadual e municipal para possibilitar a informação, prover acesso e tratamento, ainda que não tenha alcançado os níveis desejados e desenhados na política de saúde.

A partir dos resultados apresentados, permitimo-nos afirmar que temos usuários ainda muito desinformados e que o CMS, juntamente com os Conselhos Distritais e as CLS ainda são carentes de projetos educativos para arregimentar os usuários da APS a fim de concretizar os princípios que norteiam o SUS, o Controle social e a Promoção de Saúde, na visão ampla de seu significado.

Também entendemos que o discurso e as determinações das leis e normas mantêm um distanciamento das ações efetivas e educativas, tanto para atender aos usuários nas demandas de saúde, quanto para prepará-los para

interagir nas discussões, proposições e deliberações necessárias ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Este trabalho não invalida os avanços da Política de Saúde, parte inclusive do reconhecimento da importância da Saúde como Política. Reconhece o sistema brasileiro avançado, talvez por isso, a participação cidadã ainda não tenha acompanhado todo o entendimento do sentido do próprio SUS. Não devemos paralisar nos avanços, nem mesmo enfraquecer diante dos desafios.

A própria discussão de cidadania nos apresenta hoje reflexões diversas, é atravessada por influências nacionais e mundiais. Ressalvamos que a história é construída socialmente, e que podemos marcá-la com avanços que sinalizam melhores condições de vida para toda a humanidade.

Conclamamos a Prefeitura de Belo Horizonte, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais e as Comissões Locais de Saúde para balizar as ações entre as regionais; aquelas onde houver maior participação dos usuários possa interagir com as demais para trocarem experiências dos processos de educação popular em saúde e participação social e apoiar na construção de práticas participativas.

Fica o sentimento da importância do comprometimento com a vida, com as pequenas ações diárias e transformadoras de cada usuário, pois o conhecimento é um caminho inesgotável, prazeroso e libertador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992. apud MARINHO, D. RIBAS.
2. BORDENAVE, Juan E. Diaz. **O que é Participação**. Coleção Primeiros Passos. Editora Brasiliense s.a. São Paulo – Brasil.1983, p.85.
3. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. CNS: **O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS; 2002. [Série B, Textos Básicos de Saúde MS].
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Emenda 29 Mais Dinheiro e Estabilidade para Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite do SUS: **pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão**. Brasília: MS; 2006. [Série A, Manuais e Normas Técnicas].
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do Controle social/Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007, p.135-148.
8. BRASIL. **Sindicato Nacional dos Funcionários do Banco**. Notícias. Disponível em: <http://www.sinal.org.br/index.asp> - Acesso em 04 de Junho de 2008.
9. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. BRESSER PEREIRA, L. C. **A Reforma do Estado dos Anos 90: lógica e mecanismos de Controle**. In: **Cadernos MARE de Reforma do Estado**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, n1, 10997.
11. BUSS, P.M.; FERREIRA. J.R. Atenção primária e promoção da saúde. In: **Gestão Municipal de Saúde. Tema 10. Promoção da saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: Ensp/ Fiocruz, 2001, p.255-263.

12. CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, Dec. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104072006000400017&lng=en&nrm=iso>. acesso em 30/08/2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.
13. CARTA. **Dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Aprovada pela portaria Nº 675/GM de 30 de Março de 2006. Edição Número 63 de 31/03/2006.
14. CARVALHO. Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil. Participação cidadã e Controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
15. COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços** – 3. ed. Revista e ampliada – São Paulo : Cortez : CEDEC, 1999.
16. COLETÂNEA DE LEIS E RESOLUÇÕES. **Conselho Regional de Serviço Social: CRESS** - 6ª Região, MG. 4ª ed :Belo Horizonte, 2006, 424 p.
17. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO SEGURO. **Regimento Interno**. Previsto na Lei Federal n.8142/90 e criado pela Lei Municipal 089/1991.
18. CORREIA, Maria Valéria Costa. Saúde: Descentralização e Democratização. In: Textos Técnicos para Debates. **III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas**. CES / SESAU / AL, 1996.
19. CORREA. Karina Ambrozio. **DIREITO À SAÚDE: A RESPONSABILIDADE DO ESTADO E A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**. FACNOPAR, 2012. Acesso em 2020- <https://facnopar.com.br/conteudo-arquivos/arquivo-2017-06-14-14974729091845.pdf>
20. CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde – SUS: princípios**. In: CAMPOS, F. E; OLIVEIRA JÚNIOR, M. ; TONON, L.M. **Cadernos de Saúde**, n 2, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 2001, p.285-301.
21. DESLANDES, S. F. **O Projeto Ético-Político da Humanização. Conceitos, métodos e identidade**. Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.
22. GOMES, L.1808. **Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a História Portugal e do Brasil**: São Paulo: Editora Planeta do Brasil,2007.
23. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antônio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008. ISBN 978-85-224-5142-5

24. GOULART, F. **A Unanimidade faz mal a saúde / Flávio Goulart** – Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia - EDEFU, 2013.
25. GREENACRE M.J. (1984). **Theory and Applications of Correspondence Analysis**, London, Academic Press.
26. GREENACRE MJ (2007). **Correspondence Analysis in Practice**. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, second edition.
27. HEIMANN. L.S.; NASCIMENTO. P.R.do. PESSOTO. U.C. A Gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.17, n.1, jan/fev.2001, p.1-14.
28. IBGE, 2007. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível no site: <http://www.ibge.gov.br> - acesso em 15 de Setembro de 2008.
29. INFANTOSI, AFC; COSTA, JCGD; ALMEIDA, RMVR. **Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde**. QUESTÕES METODOLÓGICAS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):473-486, 2014.
30. KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. **Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política**. Saude soc. São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, Dec.2009 acesso em 21 de junho de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400016>.
31. MARINHO. D. Ribas. Direitos Humanos e Cidadania. In: **SOCIEDADE CATARINENSE DE DIREITOS HUMANOS**. Udesc / faed / cead. Fascículo 2, Seção II, Florianópolis, 2002,p.1-7. – acesso em 18 de novembro de 2008 – Disponível: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/sc/scdh/parte2/c2.html>
32. Marx, K. O capital: Crítica da economia política. O processo de produção do capital. 2ª ed. São Paulo: Editora Boitempo; 2011.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs> - acesso em 18 de Abril de 2008.
34. MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ : Vozes, 1994.
35. MINGOTI, S. A. (2005). **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: Editora UFMG.
36. MONTENEGRO. Fabrícia Sousa. A Participação e o Controle social como um processo educativo: A experiência do Conselho Estadual de Trabalho e Renda da Paraíba. In: **Conferência Internacional – EDUCAÇÃO, GLOBALIZAÇÃO E CIDADANIA – NOVAS PERSPECTIVAS DA SOCIOLOGIA DA EDUCAÇÃO**, s.d., p.1-17.

37. OLIOSA, Durvalina Maria Sesari. **Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 139 p.
38. R. Development Core Team (2020). R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.
39. RISI Júnior, J. B.; Nogueira, R.P; et al. **As condições de Saúde no Brasil**: Publicação 2001. Disponível no site www.arca.fiocruz.br – acessado em março de 2020.
40. SÃO PAULO, Universidade de. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos**. Comissão de Direitos Humanos - In Textos Básicos sobre Derechos Humanos. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br> - acesso em 15 de Setembro de 2008
41. SAÚDE, Conselho Estadual de. **Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS – 4 ed.** 2006. Mandato 2007/2008.
42. SAÚDE, Conselho Nacional de. **Resolução Nº 333**, de 04 de Novembro de 2003.
43. SAÚDE, Ministério da. **Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde**. Ed Gráfica e Jornalística Ltda, caderno n 1, Brasília, 1993, p.43.
44. SOARES, Jussara Calmon R.S. **Quem educa quem na educação em saúde?** Seminário de Educação para saúde. SESC-Tijuca. Publicação: Jornal do Brasil, 24/10/87, p.1-4.
45. SOUZA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle social em saúde e cidadania. In: **Revista Quadrimestral de Serviço Social**, Cortez, ano XXIV, nº 74, pg.68-84, julho 2003.
46. TEIXEIRA, Elenaldo. “Participação política e sociedade civil”. In: **O Local e o Global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2001, p.123.
47. VALLA. V.V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Artigo 7. 14(Sup.2): 7-18, 1998.
48. WIKIPÉDIA, **Enciclopédia Livre**. Disponível em : http://pt.wikipedia.org/wiki/Alma_ata - acesso em 15 de Setembro de 2008 e em 17 de Setembro de 2011.
48. https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6109/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/obj2.html

ANEXO 1 – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE/BELO HORIZONTE-MG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde**. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. **Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.**

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os

pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

1. Nome:
2. Data de nascimento: __/__/_____
3. Endereço completo: Rua/Av. _____ Nº/complemento _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
4. Telefones: 1. Fixo: () _____ 2. Celular: () _____ () 3. Não tenho nenhum telefone para contato.

Coordenadora da pesquisa:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.
Tel. (31) 3409-9945/ (31) 99184-3408.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar
Campus Pampulha
Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.
Telefax: (31) 3409-4592.

ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS USUÁRIOS DO SUS DE BELO HORIZONTE

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E SOCIOFAMILIARES	
1. Sexo: () 1. Feminino () 2. Masculino	
2. Data de nascimento: __/__/_____	
3. Endereço (somente Rua/Av e Bairro): Bairro: _____ Rua/Av: _____	
4. Telefone fixo: () 1. Sim. () 2. Não.	
5. Telefone celular: () 1. Sim. () 2. Não.	
6. Qual o seu estado civil? () 1. Casado(a) () 4. Solteiro(a) () 2. União estável/"amasiado" separado(a) () 3. Viúvo(a) () 5. Divorciado(a) ou	
7. Cor / Raça: () 1. Branca () 4. Preta () 2. Amarela () 5. Parda () 3. Indígena	
8. Qual é a sua escolaridade? () 1. Fundamental incompleto (até 8º série ou 9 anos de escola) () 2. Fundamental completo (até 8º série ou 9 anos de escola) () 3. Ensino médio incompleto (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) () 4. Ensino médio completo (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) () 5. Curso técnico: _____ () 6. Superior incompleto () 7. Superior completo: _____ () 8. Pós-graduação () 9. Analfabeto	
9. Quantas pessoas moram na sua casa? _____	
10. Quem é o chefe da família? _____	
11. Sua casa tem: () 1. Fossa () 2. Fossa séptica () 3. Rede de esgoto () 4. Sumidouro (córrego/riacho) () 5. Esgoto a céu aberto	
12. O lixo do seu domicílio é: () 1. Coletado diretamente por serviço de limpeza () 2. É queimado ou enterrado na propriedade () 3. Jogado em terreno baldio ou logradouro () 4. Jogado em rio, lago, córrego. () 5. Outro. Especifique: _____	

13. Você conhece algum córrego em sua região? () 1. Sim. Qual? _____ () 2. Não.	
14. Você e sua família tem acesso à Internet? () 1. Sim. () 2. Não.	

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

 Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina Departamento de Promoção de Saúde e Prevenção à Violência	Questionário n°:
	Regional:
	UBS:
	Data:
Nome do entrevistador:	

Critério de inclusão: residir na área de abrangência do centro de saúde há mais de 06 meses; maior de 16 anos de idade; e ter sido atendido na UBS, pelo menos uma vez antes da atual, durante a qual está sendo entrevistado.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E SOCIOFAMILIARES	
1. Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino	
2. Data de nascimento: ____/____/____	
3. Endereço (somente Rua/Av e Bairro): Bairro: _____ Rua/Av: _____	
4. Telefone fixo: <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não.	
5. Telefone celular: <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não.	
6. Qual o seu estado civil? <input type="checkbox"/> 1. Casado(a) <input type="checkbox"/> 4. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. União estável/"amasiado" <input type="checkbox"/> 3. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 5. Divorciado(a) ou separado(a)	
7. Cor / Raça: <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 4. Preta <input type="checkbox"/> 2. Amarela <input type="checkbox"/> 5. Parda <input type="checkbox"/> 3. Indígena	
8. Qual é a sua escolaridade? <input type="checkbox"/> 1. Fundamental incompleto (até 8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 2. Fundamental completo (até 8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 3. Ensino médio incompleto (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 4. Ensino médio completo (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 5. Curso técnico: _____ <input type="checkbox"/> 6. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 7. Superior completo: _____ <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação <input type="checkbox"/> 9. Analfabeto	
9. Quantas pessoas moram na sua casa? _____	
10. Quem é o chefe da família? _____	
11. Sua casa tem: <input type="checkbox"/> 1. Fossa <input type="checkbox"/> 2. Fossa séptica <input type="checkbox"/> 3. Rede de esgoto <input type="checkbox"/> 4. Sumidouro (córrego/riacho) <input type="checkbox"/> 5. Esgoto a céu aberto	
12. O lixo do seu domicílio é: <input type="checkbox"/> 1. Coletado diretamente por serviço de limpeza <input type="checkbox"/> 2. É queimado ou enterrado na propriedade <input type="checkbox"/> 3. Jogado em terreno baldio ou logradouro <input type="checkbox"/> 4. Jogado em rio, lago, córrego. <input type="checkbox"/> 5. Outro. Especifique: _____	
13. Você conhece algum córrego em sua região? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	
14. Você e sua família tem acesso à Internet? <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não.	

ANEXO 3 – RESPOSTAS DOS USUÁRIOS DO SUS DE BELO HORIZONTE À QUESTÃO 76

QUANDO NÃO ESTÃO SATISFEITOS COM O SERVIÇO DE SAÚDE PRESTADO EM ALGUMA UNIDADE DE SAÚDE, O QUE VOCÊ FAZ?	n	%
Outro, qual?		
Não se aplica	833	74,0
Não informado	29	2,6
VOLTA PARA CASA.	10	,9
NÃO RECLAMA.	4	,4
VOLTO PARA CASA.	4	,4
VAI EMBORA.	3	,3
VOLTO PARA CASA SEM RECLAMAR.	3	,3
DEIXA PRA LA.	2	,2
NÃO RECLAMA PORQUE NÃO RESOLVE.	2	,2
NUNCA RECLAMOU.	2	,2
PROCURA PARTICULAR.	2	,2
SAIO INSATISFEITA.	2	,2
NÃO RECLAMO.	1	,1
NÃO RECLAMA E VAI EMBORA.	1	,1
NÃO FAZ NADA.	1	,1
NÃO RECLAMA COM NINGUÉM.	1	,1
NÃO RECLAMO PORQUE NÃO ADIANTA.	1	,1
NÃO FALO NADA.	1	,1
ABANDONA O ATENDIMENTO DO SERVIÇO.	1	,1
ACEITO, MAS INSISTO PARA CONSEGUIR.	1	,1
AGUARDA PORQUE ACHA QUE NÃO ADIANTA RECLAMAR.	1	,1
AGUARDO COM PACIÊNCIA.	1	,1
AINDA NÃO RECLAMOU.	1	,1
AINDA NÃO TEVE RAZÃO.	1	,1
ASSISTENTE SOCIAL E RECLAMA.	1	,1
BUSCO SERVIÇO PARTICULAR.	1	,1
CHUTOU A PORTA DE RAIVA.	1	,1
COM A FAMÍLIA.	1	,1
COM A RECEPÇÃO.	1	,1
COM O PROFISSIONAL E COM A FILHA.	1	,1
COM OUTROS USUÁRIOS.	1	,1
COM PROFISSIONAL DE MAIOR CONTATO.	1	,1
COM QUALQUER PROFISSIONAL.	1	,1
COMENTA COM OS PACIENTES.	1	,1
COORDENADORA DOS POSTOS DE SAÚDE.	1	,1
DEIXA PRA LÁ.	1	,1
DEIXAR PASSAR.	1	,1
DEIXO NA CAIXA DE SUGESTÕES.	1	,1
DENÚNCIA NA REGIONAL DE SAÚDE.	1	,1

DESCONSIDERA, DEIXA PARA LÁ	1	,1
DEVERIA MAS NAO O FAZ..	1	,1
DIRETO PARA À PREFEITURA.	1	,1
DISCUTE COM OS PROFISSIONAIS.	1	,1
ESTÁ EM AVALIAÇÃO.	1	,1
ESTÁ SATISFEITO PORQUE HOVE MELHORIAS NESTE POSTO.	1	,1
EU NÃO LEMBRO.	1	,1
FAÇO OBSERVAÇÕES PARA APRIMORAR.	1	,1
FAZ PARTICULAR.	1	,1
FICA CALADO E VAI EMBORA.	1	,1
FICO CALADA, POIS MINHA VOZ NÃO É OUVIDA.	1	,1
FICOU CALADA.	1	,1
FOI EMBORA E NAO RECLAMOU.	1	,1
GUARDO E RELEVO.	1	,1
IGNORA O FATO.	1	,1
NÃO ADIANTA RECLAMAR, TÊM QUE ESPERAR.	1	,1
NÃO CONHEÇO.	1	,1
NÃO CONSEGUE COM GERENTE.	1	,1
NÃO COSTUMA RECLAMAR.	1	,1
NÃO FAÇO NADA PORQUE NÃO ADIANTA.	1	,1
NÃO FAÇO NADA.	1	,1
NÃO FALA NADA COM NINGUÉM.	1	,1
NÃO FALA NADA E VAI EMBORA.	1	,1
NÃO FALA NADA.	1	,1
NÃO FALTA NADA.	1	,1
NÃO FAZ NADA E FICA COM RAIVA.	1	,1
NÃO LEMBRA.	1	,1
NÃO QUESTIONA COM NINGUÉM.	1	,1
NÃO QUESTIONA.	1	,1
NÃO RECLAMA	1	,1
NÃO RECLAMA COM NINGUÉM, NÃO ADIANTA.	1	,1
NÃO RECLAMA COM NINGUÉM. VOU EMBORA COM RAIVA.	1	,1
NÃO RECLAMA E AGUARDA.	1	,1
NÃO RECLAMA, ACHA QUE NÃO ADIANTA.	1	,1
NÃO RECLAMA, PÓIS NÃO RESOLVE.	1	,1
NÃO RECLAMEI. FICO CALADO.	1	,1
NÃO RECLAMO E NEM AJUDO.	1	,1
NÃO RECLAMO PORQUE NÃO ADIANTA NADA.	1	,1
NÃO RECLAMO, ESPERO À CURA DE DEUS.	1	,1
NÃO RECLAMO, NÃO ADIANTA.	1	,1
NÃO RETORNA NO LOCAL.	1	,1
NÃO RETORNO.	1	,1
NÃO SABEMOS NEM COM QUEM RECLAMAR.	1	,1
NÃO SOU DE RECLAMAR NÃO.	1	,1
NÃO TEM COMO RECLAMAR.	1	,1

NAO TEM O QUE FAZER, NÃO TEM OPÇÃO.	1	,1
NÃO TEVE ATENDIMENTO SUFICIENTE.	1	,1
NÃO VENHO NO MÉDICO.	1	,1
NEHUM DOS CITADOS.	1	,1
NUNCA ACONTECEU.	1	,1
NUNCA FIZ NADA.	1	,1
NUNCA RECLAMA.	1	,1
NUNCA RECLAMEI.	1	,1
NUNCA RECLAMO.	1	,1
NUNCA TEVE PROBLEMA.	1	,1
NUNCA TIVE ESSES PROBLEMAS.	1	,1
OUVIDORIA.	1	,1
PAGA UMA CONSULTA PARTICULAR.	1	,1
PEDE AUXILIO A CONHECIDO NA UBS.	1	,1
PORQUE NAO TEVE OPORTUNIDADE DE RECLAMAR.	1	,1
PREFERE NÃO FALAR.	1	,1
PREFERE NÃO RECLAMAR.	1	,1
PREFIRO PAGAR CONSULTA EM OUTRO LOCAL.	1	,1
PRIMEIRA VEZ.	1	,1
PROCURA OUTRA UNIDADE.	1	,1
PROCURA OUTRO MÉDICO.	1	,1
PROCURA OUTRO POSTO.	1	,1
PROCURO OUTRO LUGAR.	1	,1
PROCURO OUTRO MÉDICO.	1	,1
PROCURO OUTRO. VAI NO PARTICULAR.	1	,1
PROFISSIONAL DE SAÚDE.	1	,1
QUESTIONAMENTO ENTRE OS PACIENTES E AMIGOS.	1	,1
QUESTIONO O PORQUE.	1	,1
RECLAMA COM A ASSISTÊNCIA SOCIAL.	1	,1
RECLAMA COM A VIZINHA.	1	,1
RECLAMA COM O MARIDO.	1	,1
REUNIAO DE EQUIPE.	1	,1
REUNIÃO.	1	,1
SAI INDIGNADA.	1	,1
SAI INSATISFEITA.	1	,1
SAI SEM RECLAMAR.	1	,1
SEM TEMPO.	1	,1
SEMPRE CONSEGUIU RESOLVER APESAR DA DEMORA.	1	,1
SÓ FICO SATEADA.	1	,1
TENTA COMPREENDER PORQUE JA FOI FUNCIONARIA DO POSTO E CONHECE O OUTRO LADO.	1	,1
VAI EM MÉDICO PARTICULAR.	1	,1
VAI EMBORA COM RAIVA.	1	,1
VAI EMBORA E NÃO RECLAMA.	1	,1
VAI EMBORA E PROCURA OUTRA UNIDADE DE SAUDE.	1	,1

VAI EMBORA SEM RECLAMAR.	1	,1
VAI EMBORA, SE NÃO BRIGA MUITO.	1	,1
VAI EMBORA. RECLAMAR CRIA MAIS PROBLEMA.	1	,1
VAI PARA CASA COM RAIVA.	1	,1
VÃO EMBORA.	1	,1
VOLTA PARA CASA POR NÃO É POSSIVEL TER ACESSO À GERÊNCIA.	1	,1
VOLTO PARA CASA E DEPOIS RETORNO À UNIDADE.	1	,1
VOLTO PARA CASA SEM FALAR NADA.	1	,1
VOLTOU PARA CASA.	1	,1
VOLTOU PRA CASA POR NÃO CONSEGUIR TOMAR UMA DETERMINADA MEDICAÇÃO QUE PRECISAVA POR ESTAR EM FALTA NO LOCAL.	1	,1
VOU EMBORA ATÉ ENCONTRAR OUTRO LOCAL.	1	,1
VOU EMBORA PARA CASA SEM RECLAMAR E PROCURO OUTRO LOCAL.	1	,1
VOU EMBORA SEM RECLAMAR.	1	,1
VOU EMBORA.	1	,1
VOU NA ASSISTENTE SOCIAL.	1	,1
VOU PARA OUTRO HOSPITAL.	1	,1
XINGA EM VOZ ALTA PARA OS PROFISSIONAIS DA SAUDE.	1	,1
XINGOU MAS NÃO RECLAMOU COM OS PROFISSIONAIS.	1	,1
Total	1125	100,0

ANEXO 4 – RESPOSTAS DOS USUÁRIOS DO SUS DE BELO HORIZONTE À QUESTÃO 86, OUTROS MOTIVOS QUE JUSTIFICAM A PARTICIPAÇÃO NA CLS:

Quais os motivos abaixo justificam a sua participação na CLS?	n	%
Q86 - outro, qual	n	%
Não se aplica	1101	97,9
Não informado	17	1,5
DEMANDAS.	1	,1
MOTIVO DE SAUDE	1	,1
PARTICIPA	1	,1
PREOCUPAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO DO POSTO DE SAÚDE.	1	,1
QUANDO PRECISA.	1	,1
QUANTO À SAÚDE.	1	,1
SÓ PARA CONSULTAR.	1	,1
Total	1125	100,0