

GESTÃO DEMOCRÁTICA: UM RELATO SOBRE O PROTAGONISMO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cleber Vieira Soares

Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais 2017. Especialista em Gestão de Instituições Federais de Educação Superior (UFMG) 2019. Conselheiro Local de Saúde na Categoria Usuário no Centro de Saúde Guarani – Belo Horizonte, Minas Gerais desde 2018. cleber.soares@sga.pucminas.br

André de Carvalho Bandeira Mendes

Psicólogo do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da UFMG. Graduação em Psicologia (UFMG). Mestre em Estudos do Lazer – Interdisciplinar (UFMG). Docente do Curso de Pós-graduação GIFES na UFMG na ênfase: Gestão em Saúde. andremendes@drh.ufmg.br

Resumo: Este artigo consiste em um relato de pesquisa participante no Controle Social da Saúde Pública, mais especificamente na Atenção Primária à Saúde e aponta sua relevância no contexto acadêmico em diálogo com a Pós-graduação em Gestão de Instituições Federais de Educação Superior. Esta experiência, obtida em período correlato ao curso, foi alcançada a partir da participação popular do pesquisador, enquanto usuário dos serviços e discente nas reuniões da Comissão Local de Saúde, em um Centro de Saúde da cidade de Belo Horizonte. Foram utilizados repertórios teórico-conceituais multidimensionais, além de dados quantitativos em subsídio à análise qualitativa de cunho social para pesquisa mista de observação participante. O método permitiu notar nuances mais complexas do Controle Social, através da atuação do autor como Delegado Conferencista nas plenárias da 15ª Conferência Municipal de Saúde de 2019. Os eventos tiveram o cenário da Gestão Democrática, sustentada pelo eixo das garantias constitucionais previstas na Lei Orgânica de Saúde e subsequentes, aferidas também como fontes de embasamento. É possível afirmar que a experiência no Controle Social tem importância significativa para a formação cidadã e acadêmica, uma vez que, os serviços ofertados no SUS em parceria com as universidades são fontes de conhecimento científico visado inclusive à legitimação das ações do Poder Público. Dessa forma, este artigo gera aporte teórico e empírico para a compreensão dialética do protagonismo social na Atenção Primária, convidando a uma formação acadêmica mais cidadã, participativa e democrática, em consonância com o Plano de Desenvolvimento Estratégico vigente e a doutrina que norteia as ações do SUS na Saúde Pública.

Palavras-chave: Saúde Pública. Controle Social. Gestão Democrática.

1 Introdução

Neste artigo é realizado um relato de pesquisa participante a partir do Controle Social na Saúde Pública, mais especificamente na Atenção Primária à Saúde (APS), obtido a partir da participação popular do aluno autor como membro permanente em reuniões da Comissão Local de Saúde, na categoria Usuário, em um Centro de Saúde localizado na Regional Norte da Cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O objetivo geral pode ser delimitado como a análise da importância da Participação Popular do Usuário no Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da APS, bem como a relevância dessas ações para o contexto formativo acadêmico.

A pesquisa ocorreu entre o segundo semestre de 2018 sendo estendida até o segundo semestre de 2019, período correlato ao percurso formativo do pesquisador como aluno na Pós-graduação *lato sensu*, em Gestão de Instituições Federais de Educação Superior (GIFES), na Faculdade de Educação (FaE-UFMG).

Na esfera da APS Pública no Brasil, a influência midiática e a macropolítica, contribuem para uma visão deturpada, senão determinante, para a subvalorização e o sucateamento dos serviços e das relações de trabalho no SUS. Como uma das frentes de crítica e resistência, as universidades consistem em campo para amplas discussões, reflexões e produção de conhecimento científico.

Para além da experiência no Controle Social, este trabalho também denota a relevância de alguns serviços, que na esfera da Atenção Básica são ofertados em parceria com as universidades nos Centros de Saúde (CS), como: Setembro Amarelo, Outubro Rosa e Novembro Azul. Estes serviços surgem como precursores para a produção e o compartilhamento de conhecimento de gestão e de cuidados primários fundamentais para a formação acadêmica de profissionais da saúde e também de diversos outros campos da graduação e da pós-graduação, formando cidadãos com competência técnica e compromisso democrático, em consonância com os vieses institucionais para o desenvolvimento estratégico e as perspectivas indissociáveis de Ensino, Pesquisa e Extensão.

O referencial teórico é baseado na vertente crítica e sócio-histórica da atenção à saúde, como Paim (2015), Amarante (2007), Starfield (2002) e Cunha & Cunha (2001). Sob ótica da gestão democrática e sustentada pelo eixo das garantias constitucionais, são consideradas a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080 de 1990) e a Lei 8.142, 1990 (BRASIL, 1990), como fontes de embasamento teórico e de

instrumentos práticos para cidadania, promoção da saúde, e também para a avaliação da Qualidade de Vida.

A pesquisa teve a característica de ser executada de forma participante, com marcado cunho social e uso de metodologias multidimensionais, com prevalência da abordagem qualitativa. O ajuste metodológico está pautado no uso de dados quantitativos oficiais registrados por ampla divulgação, e na descrição sucinta, reflexiva e contextualizada das reuniões da Comissão Local de Saúde, com foco nos conteúdos de gestão, mantendo a primazia da autoavaliação institucional e o distanciamento no tocante a informações relativas ao cuidado com pacientes, com compromisso ético e técnico para pesquisa com seres humanos.

Este método, aplicado ao contexto da participação popular, possibilitou observar, descrever e refletir sobre nuances mais complexas e incisivas do Controle Social na Saúde Pública, sobretudo com a participação do aluno pesquisador, como Delegado Conferencista, na categoria Usuário, com direito a voz e voto em eventos regidos pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH). Com destaque para a 15ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte ocorrida no ano de 2019.

Assim, com a articulação da revisão teórico-conceitual e com a experiência em campo, este trabalho apresenta evidências significativas para o incentivo e a promoção da Gestão Democrática na Saúde Pública, enquanto fator de extrema relevância para a formação cidadã, com repercussões positivas para o contexto formativo nas universidades, assim como na geração de aportes teóricos e empíricos para a compreensão dialética do protagonismo social na APS, convidando a uma formação acadêmica mais cidadã, participativa e democrática, em consonância com a proposta institucional de desenvolvimento estratégico vigente e a doutrina que norteia as ações na saúde pública.

2 O SUS e a Atenção Primária: Contexto Histórico, Perspectivas Atuais, Controle Social e Qualidade de Vida

No Brasil, Saúde e Democracia são amálgamas indissociáveis que assistimos desde a consolidação das propostas reformadoras na década de 1980, momento de

eclosão da grande crise estrutural do antigo sistema de saúde baseado no modelo inadequado do Seguro Social¹.

O cenário que compunha o contexto de formulação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, possuía aspectos intrínsecos relacionados à criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946. Principalmente no tocante ao próprio Conceito de Saúde por ela estabelecido em 1948 como sendo o estado de “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença[...]” (PAIM, 2015 p. 11).

O conceito de Saúde somado ao cenário dos compromissos assumidos pelo Brasil na política internacional - Alma-Ata (1978) - tais como da erradicação de doenças, da extinção da desnutrição e da eliminação do analfabetismo desnecessário, colocavam a risco os investimentos dos capitais mundiais e denotavam a urgência para a ascensão de um novo modelo de Saúde: A Seguridade Social².

Nesse ínterim, ocorre o surgimento e implantação do SUS, regulamentado na Constituição Federal, a partir da Lei Orgânica de Saúde - Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 - e da Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990 (BRASIL/1990). Além disso, o Artigo 196 da Constituição Federal, ainda em 1988, aponta a Saúde como um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Ambas as legislações, consistem em dispositivos para proposição de diretrizes, promoção, proteção e recuperação da saúde pública, gratuita e universal, bem como para Participação Popular no Sistema. Conforme Paim (*op. cit.*):

O SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e **participação da comunidade**. É, portanto uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela república e pelas Leis subseqüentes. (PAIM, 2015 p. 35 grifo nosso)

O conceito de saúde estabelecido pela OMS é comparável a um novo Nirvana³, ou, “ponto-cego da epidemiologia” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 5). Este conceito, ora

¹ Modelo meritocrático de serviços de Saúde, controlado pelo Estado e garantido apenas para aqueles que contribuem com a previdência social. (PAIM, 2015 p. 17).

² Modelo Universal de serviços de saúde, vinculado a condição de cidadania, financiado solidariamente por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos. (PAIM, 2015 p. 17).

³ Palavra do contexto do Budismo, que significa o estado de libertação atingido pelo ser humano ao percorrer sua busca espiritual. O termo tem origem no sânscrito, podendo ser traduzido por extinção no sentido de cessação do sofrimento.

ampliado nas grandes discussões, ora reduzido pela finitude humana, teve forte influência sobre os modos de se pensar a saúde, incluídos sob constantes paradoxos entre a hipersuficiência filosófica e a hipossuficiência científica. Esta reflexão leva ao cerne da complexidade acerca das dimensões discursivas do conceito de Saúde da OMS, como um tema polêmico mesmo para os dias atuais. No entanto, é a partir desse conceito que a estrutura do SUS foi fundamentada, sendo formulado para tanto seus princípios doutrinários ou norteadores de Universalidade, Equidade e Integralidade.

Para Paim (*op. cit.*) Universalidade significa saúde com serviços ao alcance de todos, sem distinção ou discriminação, uma vez que, marca o vínculo com a cidadania, e o rompimento com a tradição clientelista, sendo “[...] o princípio que organiza e dá sentido aos demais princípios e diretrizes do SUS na garantia do direito à saúde de forma integral, equinome, descentralizada e com participação popular”(MATTA, 2007 *apud* PAIM, *op. cit.* p. 30).

Equidade é “a igualdade de assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (WHITEHEAD, 1992 *apud* PAIM, 2015 p. 30). Em outras palavras, significa “[...] tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades da população a ser atendida. A equidade é um princípio de Justiça Social” (CUNHA & CUNHA, 2001, p. 301).

Integralidade consiste na integração entre “[...] às ações de serviços para promoção, proteção e recuperação [...] integral à saúde”(PAIM, *op. cit.*, p. 30). A integralidade inclui prevenção, tratamento e reabilitação, com foco na pessoa e não na doença. Desse modo, a “[...] integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas” (CUNHA&CUNHA, *op. cit.*, p. 301).

Entender os princípios supracitados é também compreender o SUS como herdeiro das Reformas Sanitárias e Psiquiátricas, lutas que contribuíram democraticamente para a extinção do antigo modelo. Dessa forma, para sua consolidação, foi necessária a ascensão das políticas de APS.

Conforme Starfileld (2002, p.30), foi a partir da meta Saúde para todos no ano 2000, lançada pela OMS em 1977, que se iniciou o acirramento de discussões acerca da APS, tendo impactos inclusive sobre os parâmetros do Índice de Desenvolvimento

Humano(IDH), utilizado para mensurar a Qualidade de Vida, assunto que será tratado posteriormente. Neste contexto a APS teve sua definição formulada como:

Atenção essencial à saúde em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. (Organização Mundial da Saúde, 1978 *apud* STARFIELD, 2002 p. 30)

No Brasil, a APS, possui destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF) que surgiu em 1994. Para Amarante (2007), a ESF vai ao encontro com a superação do desafio da hiperespecialização em saúde, que consiste numa verdadeira barreira para a legitimação da APS no Brasil. A Estratégia consiste em reduzir o perfil iatrogênico nos ambulatórios e hospitais gerais, com foco na pessoa e não na doença. Ainda conforme o mesmo autor “A ESF representa o início da possibilidade de reversão desta situação, investindo na promoção da saúde e na defesa da vida, educando a comunidade e desenvolvendo práticas de pensar e lidar com a saúde” (Amarante, *Op. Cit.*, p.94).

Também estão incorporados ao SUS, os princípios organizativos, dentre os quais destacamos o Princípio de Participação Popular, formador dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Como bem aponta Cunha & Cunha (*op. cit.*, p. 303) “Os Conselhos de Saúde, que devem existir nos três níveis de governo, são órgãos deliberativos, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade [...]”. No tocante as Conferências, ainda conforme o mesmo autor estas “são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde” (Cunha&Cunha *op. cit.*, p. 303).

O viés democrático, berço da consolidação do SUS, deve persistir a partir da criação dos Conselhos e das Conferências de Saúde, visando o controle e o protagonismo social pelos cidadãos. Este protagonismo pode ser considerado como um traço marcante da promoção da saúde e da Qualidade de Vida (QV) dos Usuários. De acordo com FLEK *et. al.* (2008), a QV trata-se de um constructo metodológico mensurável, estatístico e psicométrico atual das dimensões biológicas, sociais e ambientais dos indivíduos e populações. Seus parâmetros ou fatores principais – Longevidade, Educação e Renda - possuem considerável importância para o

planejamento, execução, avaliação e monitoramento do SUS, uma vez que, tal mensuração em consonância com o princípio de Integralidade visa “a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (CUNHA&CUNHA, *op. cit.*, p. 301).

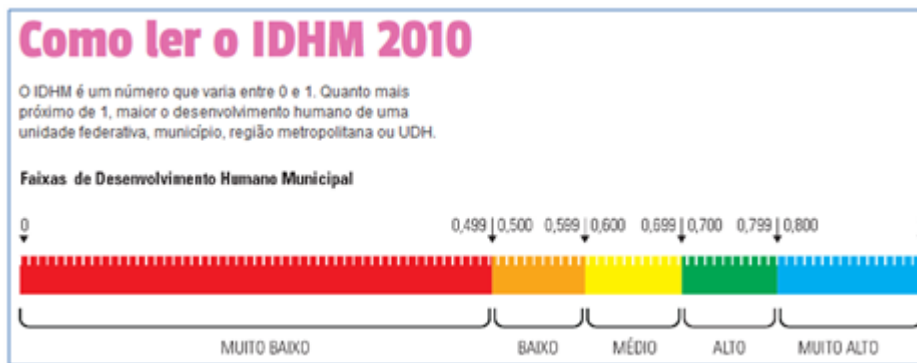
Podemos ainda afirmar que o Controle Social da Saúde Pública também exerce impacto significativo sobre esses fatores pois ainda de acordo com FLEK *et. al.* (*op. Cit.*), a Qualidade de Vida embora seja um conceito em constante evolução - visto que apresenta parâmetros essencialmente instáveis para medir, quantificar ou indicar suas características - traz um embate constante entre variáveis emergentes e indefinições conceituais, o que leva a constante “[...] percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preceções” (*The WHOQOL Group, 1995, apud Flek et. al , op. cit.*, p. 25).

Doravante, no que compete aos recortes desta pesquisa, considera-se relevante destacar, além da dimensão conceitual e discursiva supracitada, uma breve, porém necessária inserção de dados quantitativos acerca da QV no território de abrangência delineado, a fim de contemplar referencialmente informações sobre o IDH na Capital.

Atualmente, Belo Horizonte, bem como os demais municípios de todo o território nacional, utiliza o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), como parâmetro para calcular o IDH. A metodologia é complexa e faz parte do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Pautado no IDH Global, o IDHM Brasileiro também considera as dimensões de longevidade, educação e renda, além de adequar o contexto regional para uma melhor avaliação das regiões no nível intramunicipal, concebidos como Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). A leitura do IDHM pode ser realizada e interpretada a partir da seguinte instrução:

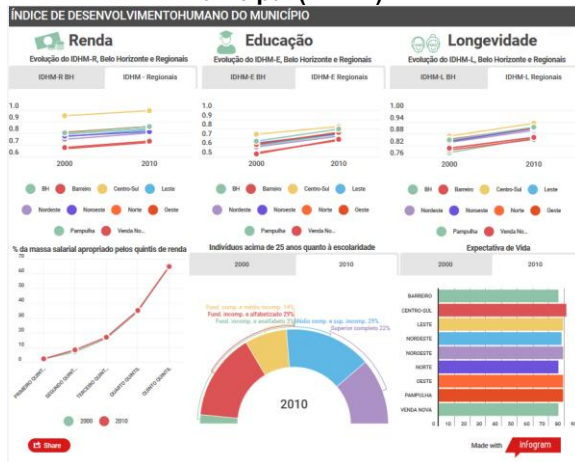
FIGURA 1 - Como ler o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano No Brasil (2019)..

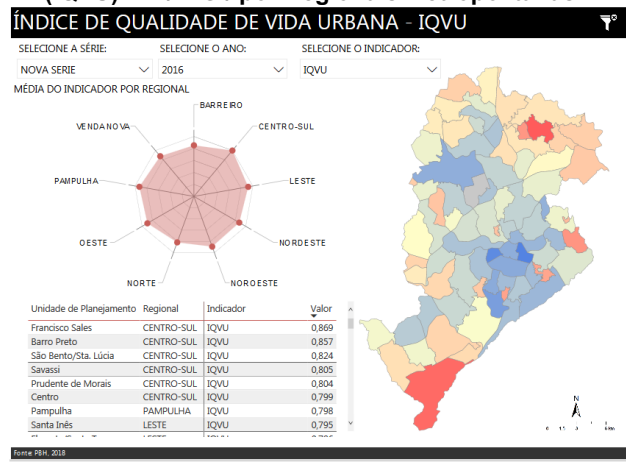
No tocante ao IDHM da Capital Belo Horizonte, os dados mais recentes divulgados estão representados nos seguintes gráficos:

FIGURA 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) BH



Fonte: PBH, 2018.

FIGURA 3 - Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) BH / MG / por Regionais Metropolitanas



Fonte: PBH, 2018.

A interpretação da Figura 2 permite observar a partir do IDH-M da capital, que a longevidade nas regionais Barreiro, Norte, e Venda Nova, são substancialmente inferiores enquanto relacionadas à longevidade da regional Centro-Sul e das demais regionais, que as superam destacadamente.

Em relação ao IQVU, na análise por distritos ou respectivas regionais, pode-se observar, conforme a Figura 3, que a Regional Norte, território que comporta o recorte para esta pesquisa, possui o menor Índice IQVU, oscilando entre 0,464 e 0,762, com média geral de 0,523, sendo calculado com os dados disponíveis na data de acesso, o que é visivelmente discrepante em comparação com a Regional Centro-Sul, que possui oscilação entre e 0,755 e 0,869 com média variável de 0,800 a 0,813 se considerados, no último caso o mesmo número entre as primeiras unidades de

planejamentos exibidas, sendo que, a Regional Norte comporta oito unidades, sendo onze unidades totais da regional Centro-Sul, conforme os dados disponíveis no índice: “nova série/2016”⁴, apurados no gráfico.

Os índices revelam valores inferiormente alarmantes para a Regional Norte, indicada nas Figuras 2 e 3. Apesar dos índices estarem sujeitos a defasagem devido a estimativa de um crescente acesso da população à serviços e tecnologias de saúde, os dados apurados denotam uma condição de fatores emergentes para mobilização do protagonismo social, bem com para a condução de maiores investimentos nas políticas públicas de APS e incentivo à pesquisa para este território, em função da vulnerabilidade explicitamente aferida.

Contudo, a guisa de todo o marco teórico supracitado, constata-se sem a pretensão de esgotar os assuntos, que o SUS atua numa perspectiva de rede, centrada fundamentalmente na APS, que entende as reformas psiquiátricas e sanitárias como processos psicossociais de lutas pelos Direitos Humanos, e que visa através da atenção básica reduzir as emergências de média e alta complexidade em um momento de desinstitucionalização, para absorver e encaminhar as demandas de saúde, reduzindo leitos nos hospitais, ambulatórios e unidades de tratamento e diagnóstico especializado.

Nessa mesma perspectiva, considerando o Controle Social como instrumento indispensável para o usufruto dos princípios doutrinários do SUS, a APS visa por meio de seus Conselhos Locais atingir uma gestão da Saúde Pública cada vez mais humana, cidadã e democrática, com desenvolvimento e promoção da Qualidade de Vida de seus usuários.

3 Percorso Metodológico

A pesquisa é Social e consiste no relato de experiência obtido através da

⁴ Dados obtidos no “Relatório Geral sobre o Calculo do IQVU de Belo Horizonte de 2016”. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-qualidade-de-vida-urbana>>. Acesso em 24 de outubro de 2019. A "Nova Série", bem como a "Série Histórica", consiste em uma relação de indicadores para média e variância do IQVU adotada a partir de 2006, como forma de preservar o histórico dos cálculos devido a defasagem dos parâmetros de qualidade de vida medidos na capital desde 1994.

Observação Participante. O relato é essencialmente qualitativo, porém está também fundamentado em conteúdos mistos quanti-qualitativos visando esboçar melhores destaques para descrição, contextualização e reflexão social crítica.

O ajuste metodológico está pautado no uso de dados quantitativos oficiais já registrados por ampla divulgação, além do distanciamento de conteúdos de cuidado com pacientes, e da aproximação de conteúdos de gestão em saúde pública, mantendo o foco no contexto organizativo das reuniões da Comissão Local de Saúde, e garantindo a primazia do sigilo e da autoavaliação institucional, com compromisso ético e técnico para pesquisas com seres humanos.

Dessa forma, visando consolidar princípios éticos e técnicos que na gestão em saúde pública envolvem o protagonismo do usuário, a legalidade e a transparência manteve-se o ajuste metodológico pautado em formato conivente com o método de descrição de pesquisa para Observação Participante, também para contextualização e reflexão crítica de Pesquisa Social.

Conforme Minayo (2009) pesquisa, ciência e construção da realidade são fatores indissociáveis do saber e do agir humano. "As questões das investigações estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas" (Minayo, *op. cit.* p. 16). Dialogando com Gil (2008, p. 27), o método científico, possui intrínseca relação com as pesquisas sociais, e consiste no "[...] conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para atingir o conhecimento.". A Pesquisa Social é então definida pelo mesmo autor como: "[...] o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social." (GIL, *op. cit.*, p. 26).

O objeto das ciências sociais é histórico. Isso significa que cada sociedade humana existe e se constrói num determinado espaço e se organiza de fora particular e diferente de outras. Por sua vez, todas as que vivenciam a mesma época histórica têm alguns traços comuns, dado o fato de que vivemos num mundo marcado pelo influxo das comunicações. Igualmente, as sociedades vivem o presente marcado por seu passado, e é com tais determinações que constroem seu futuro, numa **dialética constante entre o que está dado e o que será fruto de seu protagonismo.**(MINAYO, 2009. p. 12 grifo nosso)

O embate supracitado entre o que está dado e o que está sendo construído pela sociedade, aqui diretamente focado em um caráter de consciência histórica, coletiva e dialética sobre a Saúde Pública, ou seja, do protagonismo dos cidadãos no Controle Social, é tomado, portanto como objeto de análise dessa pesquisa, sendo a

técnica social, instrumentalizada a partir do método científico da Observação Participante.

A Pesquisa Participante "caracteriza-se pela interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas" (GIL, 2002, p. 55). Entretanto, "o planejamento da pesquisa - participante - tende, na maioria dos casos, a ser bastante flexível" (GIL, 2002, p. 149). Desse modo, foi escolhido como percurso metodológico, seguir o modelo de pesquisa participante sugerido pelo autor. Modelo no qual estão delineados as seguintes fases: "a) montagem institucional e metodológica; b) estudo preliminar e provisório da região e da população pesquisada; c) análise crítica dos problemas; e d) programação e aplicação de um plano de ação" (GIL, 2002, p. 149).

As fases A, B e C supracitadas, são elencadas aqui, como norteadoras metodológicas essenciais para este trabalho, e consistem também em seu fundamento, uma vez que visam contemplar o marco teórico, a base de dados, o recorte, e a coordenação de pesquisa programada e plausível no plano ético e estético, onde de fato encontra sustentação; não obstante, no tocante ao contexto, este modelo cede a nuance técnica mais incisiva da Pesquisa Social, para análise e reflexão social crítica, de forma mais apurada e sustentada pelo referencial teórico.

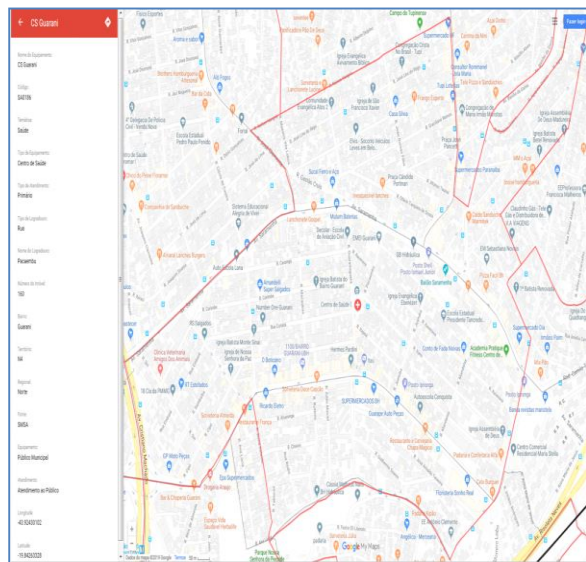
Quanto ao item D, optou-se por descartá-lo devido aos limites objetivos da pesquisa, e visto que, a emergência inicial da Pesquisa Social frente ao tentador convite à Pesquisa-ação, se antepõe neste contexto. Embora o constructo de sustentação para tal feito aparente consolidação consubstancial no cunho reflexivo e crítico, nos despojamos aqui de quaisquer resquícios de expertise, cedendo o estandarte para futuras pesquisas nesta área, pois conforme Minayo (*op. cit.*, p. 27): "O ciclo de pesquisa não se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimento e gera indagações novas. Mas, a ideia do *ciclo* se solidifica não em etapas estanques, mas em planos que se complementam."

4 Contextualização do campo de práticas: Atenção Primária à Saúde, Participação Popular, Serviços e Controle Social

O Centro de Saúde Guarani é um equipamento municipal de saúde de Atenção Básica, situado na Regional Norte de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais. Possui uma APS centrada em quatro equipes de Saúde da Família (ESF), que abrangem um

território como uma população de aproximadamente 15 mil habitantes. Nas Figuras 4 e 5 podem ser visualizadas graficamente estas informações.

FIGURA 4 – Mapa do Território de abrangência Centro de Saúde Guarani/BH/Norte.



Fonte: Google Maps, 2019.

FIGURA 5 – Área de abrangência por Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde Guarani/BH/Norte.



Fonte: Modificado de Hortelan, 2019.

Em compatibilidade com os critérios estabelecidos desde a consolidação do Programa ‘Estratégia Saúde da Família no Brasil’, em 1994, e implantados na capital a partir de 2002⁵, as respectivas ESF lidam com um perfil epidemiológico característico das grandes cidades, com uma população em constante processo de envelhecimento, o que denota o incremento de crescentes quadros por adoecimentos crônico-degenerativos, como pressão alta e diabetes, em detrimento de doenças infectocontagiosas, de causas externas, ou mesmo por condições maternas ou perinatais.

Este cenário é, portanto, categorizado pela “Dupla Carga de Doenças”⁶, cujas causas infectocontagiosas e parasitárias não estão mais entre as principais, apontando, conforme Schramm (2004) a transição epidemiológica e o envelhecimento

⁵ O movimento de transição do Programa Saúde da Família (PSF) em Estratégia Saúde da Família (ESF) em Belo Horizonte e demais capitais, pode ser obtido dentre outras, na obra de Ferreira Neto (2011).

⁶ Análise Epidemiológica realizada através do estudo da carga de doenças no Brasil, onde a composição foi: doenças infectocontagiosas 23,5; por causas externas 10,2%; e por doenças crônico-degenerativas 66,3% (SCHRAMM, J. M. A. *et. al.*, 2004).

da população. Esta realidade surge como grande desafio para a rede dos serviços de saúde da capital, especialmente para a APS, que é a perspectiva adotada no município.

O Controle Social, nosso objeto de pesquisa, também se apresenta como ferramenta para superação do desafio supracitado. Dessa Forma, as Comissões Locais de Saúde, ou Conselhos Locais de Saúde, são instrumentos do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH), presentes nos Centros de Saúde, regulamentados pela Lei Federal Nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), e em Belo Horizonte pelas Leis Municipais Nº 5.903/91⁷ e Nº. 7.536/98⁸ (BELO HORIZONTE, 1991; 1998). Ambas as legislações determinam dentre outras providências, o usufruto da comunidade nas tomadas de decisão no âmbito da saúde pública em seu território local.

As Comissões Locais de Saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da APS, inclusive de aspectos econômicos e financeiros da política de saúde pública da Capital. São mecanismos que visam garantir a representação popular de usuários e de outras representações congêneres do seguimento da atenção básica. Tais estruturas instituídas nas legislações garantem a representação de no mínimo: 50% de Usuários; 25% Trabalhadores; e 25% de Gestores.

Os critérios técnicos para a realização das reuniões, temas e pautas para discussões, bem como para inserção de participantes por categorias, estão indicados nas legislações, regimentos e estatutos vigentes, em cujo número de participantes varia conforme a demanda dos territórios e da população. Diversos movimentos comunitários possuem autonomia eletiva para incluir representantes da categoria de Usuário nos conselhos locais e municipais de saúde. Entretanto, o Centro de Saúde é a porta de entrada para a Participação Popular de qualquer Cidadão.

Pode-se considerar que a perspectiva de inserção do usuário na participação popular, inicialmente como membro do Conselho Local de Saúde, obedece aos mesmos princípios ou estratégias de Integralidade, Orientação Comunitária e

⁷ LEI Nº 5903, de 3 de junho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde, as Comissões Locais de Saúde e dá outras providências. (Belo Horizonte, 1991)

⁸ LEI Nº 7.536, de 19 de junho de 1998. Altera a Lei nº 5.903/91, que cria, na área da Saúde, o Conselho Municipal, a Conferência Municipal, os conselhos distritais e as comissões locais. (BELO HORIZONTE, 1998)

Intersetorialidade da APS, uma vez que, ambas demandam participação dos usuários e dos movimentos sociais e de controle nos processos decisórios, inclusive sobre os parâmetros da qualidade de vida, em cujos índices para o território recorte de abrangência, vimos revelar-se alarmantes.

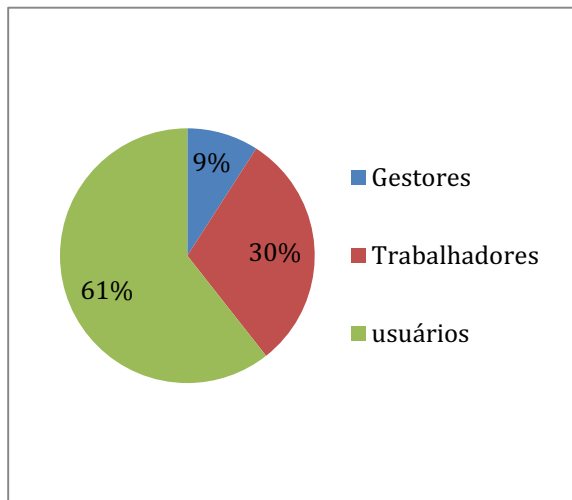
Dessa forma, no segundo semestre de 2018, surgiu à oportunidade para a Participação Popular na Comissão Local de Saúde no mesmo centro de saúde supracitado. A participação foi incentivada através de um convite, realizado por um membro da categoria Trabalhador, aos usuários que naquele momento aguardavam pelo acolhimento de suas equipes. O convite à participação popular é um procedimento de rotina dos gestores e trabalhadores dos centros de saúde, uma vez que a reunião ocorre mensalmente, e demanda a representação mínima de participantes por categoria, conforme a legislação supracitada.

Posto o convite e concluído o acolhimento em conformidade com a APS local, foi despertado no pesquisador o interesse de participação, principalmente pelo notável entusiasmo denotado pelas equipes. Isto, também somado a curiosidade acadêmica como aluno da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e usuário do SUS, visto que àquela época já vivenciava o percurso na Pós-graduação em Gestão de Instituições Federais de Educação Superior (GIFES).

Dessa maneira a inserção como membro permanente nas reuniões da Comissão Local de Saúde do Centro de Saúde Guarani teve início no mês de novembro de 2018, totalizando até a presente defesa, um total de doze encontros.

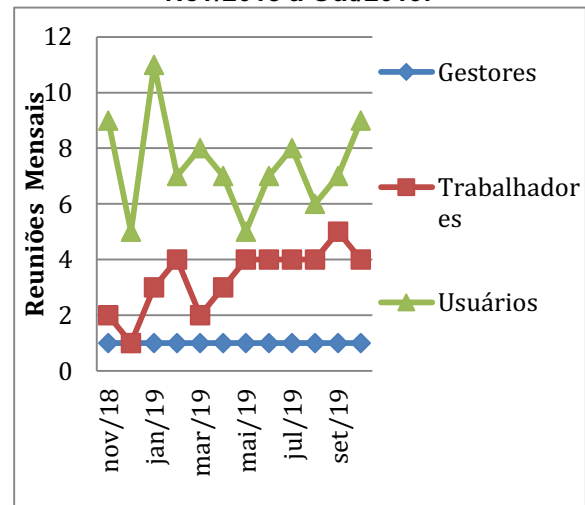
A representação média aferida no período foi de um gestor, três trabalhadores e sete usuários, sendo estas informações sistematizadas na Figura 6. Quantitativo que apesar das ausências e faltas justificadas, oscilou o número de usuários entre as reuniões, porém sem reduzir a percentagem mínima requerida em legislação, podendo ser visualizada através do Gráfico 1, que expõe a presença de cada categoria na atividade.

FIGURA 6 - Gráfico das reuniões da Comissão Local de Saúde - CS Guarani - Período: Nov/2018 a Out/2019.



Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

Figura 7 - GRÁFICO 1 – Frequência de cada categoria representativa nas reuniões da Comissão Local de saúde - CS Guarani - Nov/2018 a Out/2019.



Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

Os temas abordados consistiram na maioria em conteúdos de gestão, mas também de cuidado com pacientes, sendo no último caso, sempre abordados de forma sucinta, coordenada pelos representantes e cuidadosamente tratados pelos trabalhadores, que limitavam os conteúdos conforme sigilo profissional, trazendo a cerne apenas informações básicas e objetivas a fim de extrair soluções em um contexto geral, levando decisões do âmbito social para as demandas organizativas do centro de saúde e suas equipes multiprofissionais.

Desse modo, os conteúdos de gestão abordados nas reuniões geralmente traziam como pauta o contexto organizativo do centro de saúde, contendo informes e desafios enfrentados pelas ESF, as vistas de obter juntamente com os usuários as proposições para resolutivas e de tomadas de decisão, também incluídos como um modo de readequar os serviços em conformidade com os problemas apresentados com o apoio da participação popular centrada na APS.

De forma mais abrangente, houve destaque para os enfrentamentos das ESF às epidemias relacionadas ao mosquito *Aedes Aegypti*⁹, que neste território de abrangência, também foram pautas em muitas reuniões do início do ano de 2019. Esta

⁹ O *Aedes aegypti* é o nome científico de um mosquito ou pernilongo que transmite a dengue, febre amarela urbana, além da zika e da chikungunya, doenças chamadas de arboviroses. Possui uma característica que o diferencia dos demais mosquitos, que é a presença de listras brancas no tronco, cabeça e pernas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

epidemia colocava as equipes em dilemas constantes entre a Atenção Programada e a Gestão da Demanda Espontânea, uma vez que punha à risco a capacidade da APS/ESF manter-se como um sistema íntegro, capaz de ao mesmo tempo propiciar à população o acesso necessário para a maior parte dos problemas de saúde – Demanda Espontânea; E manter a manutenção dos vínculos e longitudinalidade do cuidado – Atenção Programada.

Neste contexto, a participação popular teve um papel importante a partir do controle social, possibilitando através das reuniões a contribuição nas tomadas de decisão, com a sensibilização dos usuários da necessidade de um redirecionamento nos serviços, onde as ESF pudessem redesenhar suas prioridades de atenção, em um momento epidêmico caracterizado por tantas demandas agudas e espontâneas, de forma a reduzir sem desmembrar a promoção à saúde – tão necessária – mantendo a continuidade dos acompanhamentos e o seguimento dos usuários com centralização nas famílias.

Esta estratégia, embora de curta duração, foi propiciada a partir do uso de Apoio Matricial, com foco de atenção para as pessoas com maior risco e teve como destaque a importância do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que, os trabalhadores ACS, residem no próprio território, e conhecem sobremaneira a interface de prioridade entre atenção programada e demanda espontânea: um conhecimento indispensável para um momento de epidemia.

É importante frisar que o Apoio Matricial, embora seja uma estratégia essencialmente configurada para o contexto de alta ampliada¹⁰ na Saúde Mental, é passível de adaptação para outros contextos, como o epidemiológico citado, uma vez que, sua ação consiste no mesmo objetivo: reduzir o perfil iatrogênico da demanda espontânea através da atenção programada e de alcance integral. Esta interface denota, conforme aponta Ferreira Neto (2011, p.121) que a “[...] reorganização sistemática das ações por meio da estratégia saúde na família, tem alterado os fluxos e modos de funcionamento de todas as equipes, tendo como eixo organizador a atenção básica. A partir das práticas de apoio matricial”.

¹⁰ A Alta Ampliada “[...] atende a um dispositivo da lei 10.216/01 , quando determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.” (PAIM, 2015 p. 51).

Desse modo, o protagonismo social possibilitou aos usuários perceberem a partir dessa estratégia, a relevância que os trabalhadores ACS possuem na ESF, por compor e adaptar ações que denotam não somente a hierarquia, ou a submissão à saberes médicos e epidemiológicos, mas pela pauta da equivalência de suas ações no campo da Atenção Básica. Essa perspectiva vai de encontro com a centralidade dos serviços e das relações de trabalho no SUS/APS, desmantelando vieses midiáticos e macropolíticos de sucateamento tão constantes, que culminam na supressão de incentivos e de investimentos nas políticas públicas de APS.

A Participação Popular, a partir do Conselho Local de Saúde também possibilitou atingir nuances mais complexas e incisivas sobre o Controle Social, tais como a participação em eventos da Distrital Norte regidos pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com destaques para as aberturas eletivas em plenárias, nas quais o pesquisador foi eleito para participação efetiva como Delegado Conferencista, também na categoria de Usuário, com direito a voz e a voto, nos seguintes eventos: 13ª Conferência Distrital de Saúde-Norte; e 15ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte de 2019.

Na Conferência Distrital de Saúde-Norte, ocorrida nos dias 22 e 23 de março de 2019, o mesmo participou do Grupo de Trabalho: GT III - Financiamento do SUS. Já na 15ª Conferência Municipal de Saúde¹¹, ocorrida nos dias 22, 23 e 24 de maio de 2019, participou inclusive como Facilitador em um dos Grupos de Trabalho do Eixo I: Saúde como Direito. Ambos os eventos contendo registros e certificados oficiais.

A elevação do nível de complexidade do controle social a partir das conferências de saúde é observada nesta pesquisa a partir da atuação na formulação e reformulação de propostas de saúde, bem como nas aprovações, ou reprovações dessas propostas em plenárias. Além disso, a abertura para candidatura aos eventos subsequentes, bem como a escolha de representantes é também fator incisivo deste protagonismo, visto que assume ação central na gestão democrática.

¹¹ A 15ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte de 2019, foi intitulada pelo CMS-BH como: 8ª+15ª Conferência - Democracia e Saúde: Saúde Como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS. Em alusão a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que é considerada um marco na história das Conferências e da saúde pública brasileira, servindo de base para o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988 e resultando na criação do SUS.

Doravante, a atuação como facilitador em um dos grupos de trabalho da Conferência Municipal, estabeleceu a oportunidade de vivenciar a experiência de um lugar de mediador na saúde, uma vez que, o formular e o aprovar propostas em saúde, também emerge enquanto objeto de disputa. Neste lugar, a apropriação e o compartilhamento de um saber, de usuário, e sobre os usuários e seus territórios, transita do âmbito individual para o coletivo, tornando-se transversal na mesma perspectiva da intersetorialidade, senão com a mesma longitudinalidade da APS, uma vez que, diz respeito a um saber sobre Gestão, mas também de Auto-Gestão em saúde, não necessariamente localizável empiricamente, mas obtido no bojo dos conselhos locais de saúde.

Desse modo, os Conselhos Locais de Saúde se destacam como movimentos que instituem novas realidades entre o dentro e fora dos saberes acadêmicos e populares, ou seja, entre a expertise e o senso comum emerge o cidadão, fonte de conhecimento em saúde legitimado pela força de seu protagonismo, que é um importante fragmento do ponto cego no conceito de saúde já discutido.

Este conhecimento surge como fonte de desmistificação e objeto para o vasto campo as ciências sociais, como o movimento de análise institucional, a psicologia social e os movimentos libertários pautados não somente na vulnerabilidade social, mas, na simultaneidade de um desenvolvimento comunitário e individual para elevação dos sujeitos, não como utopia, mas, como ciência e práxis. Abrindo leque para futuras pesquisas e intervenções nesta esfera.

Em suma, a experiência no Controle Social obtida através dos eventos supracitados, atinge reforço também no âmbito dos serviços de Atenção Básica ofertados em parceria com a UFMG nos Centros de Saúde, bem como: Setembro Amarelo – Prevenção do Suicídio; Outubro Rosa – Saúde da Mulher; e Novembro Azul – Saúde do Homem; dentre outras campanhas. Tais serviços mobilizam Universidades e Centros de Saúde e denotam a importância da inserção da comunidade acadêmica nos Serviços e no Controle Social da Atenção Primária à Saúde, formando cidadãos com competência ética e técnica, comprometidos com a Democracia em suas relações Sociais, seja de Trabalho, Saúde ou Educação.

Contudo, estima-se que a eficiência e a eficácia dessas ações e serviços sejam melhores alcançadas quando implementadas em compatibilidade com vieses institucionais e planejamentos estratégicos que demandem o protagonismo social dos

usuários, em especial do pesquisador enquanto também usuário, nas perspectivas indissociáveis de pesquisa, ensino e extensão.

5 Considerações Finais

O desafio da experiência no Controle Social da APS, que ocorreu durante um contexto formativo tão amplo como da Especialização GIFES, foi uma vivência transversal da linha de pesquisa delineada: Saúde, Trabalho e Educação.

Nosso direito à saúde mora entre a contenção e a expansão do referencial teórico no campo de práticas. Este cenário denota a importância do estreitamento entre as universidades e a Atenção Primária à Saúde Pública.

A participação popular somada à formação acadêmica obtida na pós-graduação se destacou como fonte preciosa de obtenção da experiência no controle social da APS, mas não foi de todo sua essência. A vivência da gestão democrática também é fator de extrema importância para a formação cidadã, bem como repercute positivamente para o contexto formativo, em uma articulação entre o dentro e o fora dos saberes acadêmicos e populares, aonde saúde por vezes ocupa um lugar de não saber, o ponto cego no conceito de saúde já apontado.

É possível concluir que o SUS também é um espaço formativo em sentido amplo, por meio das relações construídas entre os usuários, os alunos e as universidades, sendo um campo privilegiado na execução da missão institucional de formação através de ensino, da pesquisa e da extensão.

Portanto este trabalho é parte do esforço para a construção de boas práticas e conhecimentos acerca da relevância do controle social nos diversos campos, com a formação de uma comunidade acadêmica mais cidadã, participativa e democrática, onde a ética e a técnica, em consonância com as práticas e possibilidades institucionais, promovam o incremento da cidadania.

Referências

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O Conceito de Saúde: Ponto-cego da Epidemiologia. Anotações para conferência proferida em Concurso para Professor Titular de Epidemiologia do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 31 de julho de 1999. In.: **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 3, Nº 1-3, 2000.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Como Ler o IDHM 2010**. 23/09/2019. il. color. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm. Acesso em 23/09/2019.

BELO HORIZONTE. LEI Nº 5903, de 3 de junho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde, as Comissões Locais de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, MG, 03 jun. 1991. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/atividade-legislativa/pesquisar-legislacao/lei/5903/1991>. Acesso em: 03 de novembro de 2019.

_____. LEI Nº 7.536, de 19 de junho de 1998. Altera a Lei nº 5.903/91, que cria, na área da Saúde, o Conselho Municipal, a Conferência Municipal, os conselhos distritais e as comissões locais. **Diário Oficial do Município**. Belo Horizonte, MG, 19 jun. 1998. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/atividade-legislativa/pesquisar-legislacao/lei/7536/1998>. Acesso em: 03 de novembro de 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 22 de novembro de 2019

_____. Lei Nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 22 de novembro de 2019

_____. Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 22 de novembro de 2019.

CUNHA, João Paulo Pinto & CUNHA, Rosani Evangelista. **Sistema Único de Saúde: Princípios**. In: Brasil. Ministério da Saúde Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001. CDD - 20.ed. – 362.1068

nº 285-304. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf Acesso em: 19 de setembro de 2019.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em 02 de novembro de 2019.

FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte : Fapemig, 2011.

FLEK, M. P. A. (et al). **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2008.

GOOGLE MAPS. **Centro de Saúde Guarani**. 27/09/2019.. Mapa do Território de abrangência Centro de Saúde Guarani/BH/Norte. il. color. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps> . Acesso em 27 de setembro de 2019.

HORTELAN, Flávia. **Área de Abrangência Centro de Saúde Guarani**. 31/10/2019. Mapa/Quadro anexo de trabalho acadêmico do Curso de Enfermagem/UFMG. [s.n.; s.d.]. Cedido ao Centro de Saúde Guarani BH/MG. il. color.. Acessado e Reprografado digitalmente em: 31/ de outubro de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. 28 ed. Petrópolis: RJ: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde de A à Z: Aedes Aegypti**. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/aedes-aegypti>. Acesso em: 26 de setembro de 2019.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O Que É o SUS**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>. Acesso em: 18 de setembro de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE.. **Índice de Desenvolvimento Humano do Município**. Atualizado em 27/12/2018|09:47. Gráfico do IDHM de Belo Horizonte. il. color. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-desenvolvimento-humano-municipal-de-belo-horizonte> Acesso em 24/10/2019.

_____. **Índice de Qualidade de Vida Urbana-IQVU** Atualizado em: 10/09/2019|11:28. Gráfico do .IQVU de Belo Horizonte. il. color. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-qualidade-de-vida-urbana> Acesso em 24/10/2019.

SCHRAMM, J.M.A et All. 2004. *Transição Epidemiológica e o Estudo de Carga de Doença No Brasil*. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):897-908, 2004.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Publicado em 01 de setembro de 2020

Como citar este artigo (ABNT)

SOARES, Cleber Vieira. MENDES, André de Carvalho Bandeira. Gestão Democrática: Um Relato sobre o Protagonismo Social na Atenção Primária à Saúde. *Revista MultiAtual*, v. 1, n.5., 01 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.multiatual.com.br/2020/08/gestao-democratica-um-relato-sobre-o.html>