



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FABIANA ARAÚJO LIMA

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO DE CASO NO TERRITÓRIO DE VILA UNIÃO EM SOBRAL-CE

SOBRAL-CE

2014

FABIANA ARAÚJO LIMA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO DE CASO NO TERRITÓRIO DE VILA UNIÃO EM SOBRAL-CE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti
Catania

SOBRAL-CE

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- L698p Lima, Fabiana Araújo.
Participação social na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso no território de Vila União em Sobral-CE. / Fabiana Araújo Lima. – 2014.
151 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2014.
Área de Concentração: Saúde da família.
Orientação: Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio.

1. Saúde da Família. 2. Sistema Único de Saúde-SUS. 3. Atenção primária à saúde I. Título.

CDD 302.14098131

FABIANA ARAÚJO LIMA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO DE CASO NO TERRITÓRIO DE VILA UNIÃO EM SOBRAL-CE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti
Catanio

Aprovada em: 20/08/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio (Orientador)
(Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará - UFC)

Prof.^a Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias
(Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA)

Prof. Dr. Israel Rocha Brandão
(Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA)

Aos meus pais, Maria Elza de Araújo Lima e
Aloisio Correia Lima, por todo amor e cuidado.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus e anjos da guarda por toda proteção, fé e energia.

A minha afetuosa e compreensiva família, pai, mãe, Zé Bruno, Júnior, Janaína e Bolinha, por respeitarem minhas escolhas e por acreditarem nos meus projetos libertários e ousados de vida, a exemplo do mestrado e da minha partida para Sobral-CE e posteriormente a Brasília-DF.

Ao meu orientador e amigo, Professor Percy Galimbertti. Meus sinceros agradecimentos pela confiança, pela ética do cuidado, por acreditar no meu potencial, pela paciência e por todo o carinho. Você é meu exemplo de mestre, de pessoa justa e solidária.

A Roberta Marinho, pelo companheirismo e por toda a amorosidade e apoio na construção coletiva desta Dissertação. Com você, a caminhada foi mais leve, alegre e produziu saúde e esperança, Muito obrigada de coração.

Ao Sistema de Saúde Escola de Sobral-CE, por oportunizar o acesso de seus campos de prática para a pesquisa e problematização sobre os serviços de saúde na Atenção Básica.

As lideranças comunitárias de Vila União em Sobral-CE que cotidianamente mobilizam desejos e vontades em defesa de um projeto de transformação societária. Vocês foram fundamentais para imprimir sentido a esta pesquisa. Muito grata pela confiança e coragem.

A toda a equipe de saúde do CSF de Vila União, incluindo NASF e RMSF por toda a troca de aprendizados e lutas cotidianas vivenciadas em defesa do SUS/ESF e da Participação Social. Vocês também são minha família e fazem parte da minha história de vida em Sobral-CE.

As companheiras Valdirene Mesquita e Vilanir Aureliano, ACS, militantes do SUS, lideranças comunitárias, mães e amigas. Obrigada por tudo que fizeram durante minha trajetória profissional/social e acadêmica em Sobral.

As Professoras Socorro Dias e Ivna Holanda e ao professor Israel Brandão, por todas as contribuições na construção deste estudo. Grata pela participação nas bancas de qualificação e defesa. Vocês são minhas inspirações cotidianas!!

A Janaína Azevedo pelo apoio na facilitação do Grupo Focal com as lideranças comunitárias, pela acolhida em sua moradia durante a pesquisa de campo e por todo o cuidado.

Aos meus dois irmãos e companheiros de SUS, Lidiany Tributino e Márcio Paresque. Vocês são corresponsáveis por grande parte de minhas conquistas. Amo vocês!

A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) e a todos (as) que fazem parte desta família, meu sincero agradecimento. Aos (as) profissionais que aproximam discursos das práticas e conduzem processos educativos de maneira libertadora. Muito grata aos (as) inesquecíveis: André Façanha, Angélica Silva, Érika Gonçalo, Erilene Alves, Francisca Souza, Reginaldo Parente, Márcia Santos, Gilmário Rebouças, Melina Andrade, Tomaz Martins,

Noraney Alves, Zeca, Rafaela Façanha, Socorrinho Teixeira e Valcides Pio. Agradeço ainda aos (as) colegas tutores (as), preceptores (as), residentes e egressos (as) e profissionais do NASF que com muito compromisso conduzem a Educação Permanente, o apoio matricial e fortalecem a Participação nos territórios de Sobral-CE.

Aos (as) meus (minhas) saudosos (as) amigos (as) de equipe 4 da RMSF de Sobral-CE, profissionais inesquecíveis que vivenciaram comigo os dois anos mais ricos de dores e delícias na ESF: Ana Helena, Léo, Ângelo, Cris, Leila, Paula, Clemilson, Érika e Loíse.

Aos (as) meus (minhas) inesquecíveis residentes da Vila União e Terrenos Novos: Aniely, Rafael, Osvaldene e Magda (8ª Turma), bem como Janaína, Arturzinho, Fátima Café e Anália (9ª Turma). E as residentes do Junco, minhas flores: Marília, Nataiane, Nádia, Carol e Quênia (10ª Turma). Agradeço a vocês por terem me ensinado a ser docente, decente e experiente e por todo o apoio ao mestrado.

Aos (as) meus (minhas) companheiros (as) de Mestrado pela parceria neste processo tão desejado, mas muitas vezes tão sofrido. Grata em especial, a Márcio Shelley, Polyana Moreira Francelino e Bruna Vieira pelos saberes compartilhados e aos (as) professores (as) Geíson Lira, Roberta Lira, Maristela Osawa, Olinda Braga, Isabelle Mont`Alverne, Cibelly Aliny, Maria Adelane, Vicente Pinto e Paulo Roberto.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Culturas Juvenis (GEPECJU) da Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA pelo incentivo a pesquisa acerca da Participação Social e, sobretudo da Juventude. Obrigada Isaurora Martins, Isabel Linhares e demais colegas.

Aos (as) companheiros do Ministério da Saúde, sobretudo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e dos Departamentos de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e de Planejamento e Regulação da Provisão de profissionais de Saúde (DEPREPS). Agradeço em especial, Aline Xavier, Bruno Ferreira, Cintia Leal, Cristiano Cordeiro, Felipe Oliveira, Francisca Fleury, Gal Araújo, Maria Alessio, Rosani Pagani, Sidclei Queiroga, Tazio Vanni, Tiago Storni e Vanessa Lima.

Aos (as) amigos (as) queridos (as) do Ceará e de Brasília-DF pela força e incentivo. Em especial as belezuras do Ceará: Aldecira Uchoa, Aline Andrade, Andréa Lima, Israele Nobre, Roberto Klinger e Val Bento e as afetuosas e acolhedoras de Brasília, Cássia Trajano, Cris Flores, Denise Leite, Doralice Oliveira e Jô Oliveira, bem como ao índio saudoso Edemilson Terena.

Aos (as) colegas do CSF de Terrenos Novos e do Junco, pela oportunidade de ter sido residente, profissional do NASF e Tutora junto com vocês. Grata por todo o aprendizado. Um abraço especial aos (as) ACS pelo compromisso social e ético com a produção da saúde.

Aos (as) educandos (as) e colegas de docência do Curso de Serviço Social das Faculdades INTA que me apresentaram os desafios do ato de educar e me incentivaram a ingressar no Mestrado. Um abraço saudoso em Ya Mendes (minha parceira), Adriana Alcântara, Rosileide Soares, Bruno, Raquel Jales, Janaina Zaranza, Felipe Franklin, Claudia Costa, Roberta Menezes, Daniel Rogers e Alline Aragão.

*Mas é claro que o sol vai voltar amanhã
Mais uma vez, eu sei
Escuridão já vi pior, de endoidecer gente sã
Espera que o sol já vem*

*Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena
Acreditar no sonho que se tem
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém
Tem gente que machuca os outros
Tem gente que não sabe amar
Mas eu sei que um dia a gente aprende
Se você quiser alguém em quem confiar
Confie em si mesmo
Quem acredita sempre alcança!*

(Renato Russo e Flávio Venturini)

RESUMO

A participação social, enquanto processo de conquista e potência, foi se construindo na sociedade brasileira em um cenário de opressão e resistência. É um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido como direito pela Constituição Federal de 1988 e Lei nº 8.142/1990 e institucionalizado por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem buscado fomentar a participação social, ainda permeada de entraves, mas com possibilidades de materialização. A pesquisa objetivou analisar as percepções de lideranças comunitárias e profissionais de saúde sobre a participação social na ESF do território de Vila União em Sobral-CE. Teve abordagem qualitativa e foi desenvolvida no período de 2012 a 2014 por meio de estudo de caso e pesquisa de campo exploratório-descritivo. Os dados foram coletados mediante Grupos Focais com lideranças comunitárias e profissionais de saúde da ESF e submetidos à Análise de Conteúdo. Os resultados evidenciaram sentidos, expressões, conquistas, fragilidades e desafios da participação social na ESF. Os sentidos apresentados estão associados: ao engajamento político, à transformação social, à luta por políticas sociais, ao empoderamento, à construção coletiva, à solidariedade e à educação libertadora. Quanto às expressões, foram identificados espaços institucionalizados ou não, que revelam as inúmeras formas de participar na saúde. Como conquistas, sobressaíram: a atuação de líderes comunitários e profissionais de saúde nos movimentos participativos, o Conselho Local de Desenvolvimento Social e Saúde (CLDSS), a inserção comunitária no planejamento do Centro de Saúde e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Como fragilidades foram levantadas: a baixa adesão comunitária e de profissionais aos processos participativos, o sentimento de descrença e falta de pertencimento ao coletivo, a pouca efetividade do CLDSS, a participação vinculada a benefícios pessoais e o enfraquecimento de Associações Comunitárias. Os desafios enfrentados pela participação social estão atrelados à universalização do direito à saúde, à valorização dos sujeitos envolvidos nesse processo e ao fortalecimento de espaços de participação. O estudo proporcionou reflexões relevantes sobre a interface da participação e produção do cuidado à saúde na ESF e apontou contribuições para uma política democrática e justa no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Participação Social. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária. Saúde da Família.

ABSTRACT

Social participation can be understood as a process of struggle for power and social achievements. This process has been developed within Brazilian society against a great backdrop of oppression and resistance. Concerning the public health in Brazil, given by the SUS (Brazilian National Health System), social participation is realized as a principle guaranteed by the Constitution of 1988 and the Law n. 8.142/1990, later institutionalized through the Health Councils and Conferences. The dissemination of the Family Health Strategy (ESF) has sought to enforce and promote social participation, but there are still many barriers for the materialization of this principle. The purpose of this study is to analyze perceptions among community leaders and health professionals about social participation and the health system in the territory of Vila União, in the municipality of Sobral (state of Ceará). It was adopted a qualitative approach developed through a case study and the used of exploratory-descriptive research between 2012 and 2014. Data were collected through focus groups with community leaders and health professionals from the ESF and it was subjected to content analysis. The results showed some meanings, expressions, achievements, weaknesses and challenges to social participation in the ESF. The meanings presented can be associated with political engagement, social change, demands for social policies, empowerment, collective construction, solidarity and “liberating education”. As for expressions externalized, ESF was conceived as spaces, institutionalized or not, that allow several forms to participate in local health. As achievements, the highlights were the important role of health professionals and community leaders in participatory movements, the conception of Local Board of Health and Social Development (CLDSS), the community inclusion in the process of planning the Health Centre, and the expansion of access to health services. As weaknesses, it was reported the low adherence of health professional to participatory processes, the feeling of disbelief and lack of belonging to the community, some low effectiveness of CLDSS, participation linked to personal benefits, and the weakening of Community Associations. The challenges of social participation are direct linked to the universalization of the right to health, the appreciation of the actors involved in this process, and the strengthening of participatory arenas. Therefore, the study provides important insights about the interface of participation and the production of health care in the ESF, and it contributes to a fair and democratic policy in the SUS.

Keywords: Social Participation. Brazilian National Health System. Primary Care. Family Health.

Lista de Figuras e Quadros

Figuras

Figura 1: Estrutura da Cogestão de Coletivos na Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral: Identidades e Relações..... **55**

Figura 2: Mapa da localização do CSF Vila União e do Município de Sobral-CE..... **67**

Quadros

Quadro 1: Conferências nacionais de saúde até a criação do SUS por ano e temas..... **38**

Quadro 2: Conferências nacionais de saúde depois da Nova República – ano e temas..... **40**

Quadro 3: Modelo de Quadro Temático utilizado na pesquisa..... **75**

Quadro 4: Expressões da Participação Social e sua caracterização na ESF de Vila União em Sobra-CE..... **90**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

ASMOVIU: Associação dos Moradores de Vila União

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

CE: Ceará

CF: Constituição Federal do Brasil

CFESS: Conselho Federal de Serviço Social

CIMS: Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIPLAN: Comissão Interministerial de Planejamento

CIS: Comissão Interinstitucional de Saúde

CLDSS: Conselho Local de Desenvolvimento Social e Saúde

CMSS: Conselho Municipal de Saúde de Sobral

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CSF: Centro de Saúde da Família

DMP: Departamento de Medicina Previdenciária

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

EFSFVS: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

ESF: Estratégia Saúde da Família

GM: Gabinete do Ministro

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IFCE: Instituto Federal Tecnológico do Ceará

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS: Programa das Ações Integradas de Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS-SUS: Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS

PNS: Plano Nacional de Saúde

PNPS: Política Nacional de Participação Social

PSE: Programa Saúde na Escola

PSF: Programa de Saúde da Família

PT: Partido dos Trabalhadores

RMSF: Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SIAB: Sistema de Informações da Atenção Básica

SSASS: Secretaria de Ação Social e Saúde de Sobral-CE.

SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SNPS: Sistema Nacional de Participação Social

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UECE: Universidade Estadual do Ceará

UFC: Universidade Federal do Ceará

UVA: Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	15
2.	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	Participação Social: trajetórias conceituais, históricas e sociais no Brasil	24
3.1.1	<i>A construção de conceitos, significados e sentidos da Participação Social</i>	24
3.1.2	<i>Interface entre Participação Social, democracia e cidadania no Brasil</i>	27
3.1.3	<i>Breves considerações acerca das relações entre participação, Estado e Sociedade Civil</i>	31
3.2	Participação Social na ESF: percursos sócio-históricos	34
3.2.1	<i>A construção das políticas de saúde e a inserção da Participação Social</i>	34
3.2.2	<i>Participação Social no cenário da ESF: o tecer de um novo modelo de atenção à saúde no SUS</i>	43
3.2.3	<i>Saberes e práticas de participação comunitária na ESF: algumas evidências científicas</i>	46
3.2.4	<i>A Participação Social na ESF de Sobral-CE</i>	50
3.2.5	<i>O Território de Vila União e a Participação Social na Saúde</i>	57
4	METODOLOGIA: Construindo caminhos da/na caminhada	63
4.1	Abordagem e tipologia do estudo	64
4.2	Período e caracterização do local da pesquisa	66
4.3.	Participantes da pesquisa	69
4.4.	Coleta de dados	71
4.4.1	<i>Grupo Focal</i>	72
4.5	Análise dos dados empíricos	74
4.6	Questões éticas	76
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO: O CASO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE VILA UNIÃO EM SOBRAL-CE	78
5.1	Sentidos da Participação Social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais de saúde de Vila União, em Sobral-CE	78

5.2	Expressões da Participação Social na Estratégia Saúde da Família de Vila União, em Sobral-CE	89
5.2.1	Conquistas da Participação Social na Estratégia Saúde da Família de Vila União, em Sobral-CE	91
5.2.2	Fragilidades da Participação Social na Estratégia Saúde da Família de Vila União, em Sobral-CE	102
5.3	Desafios da Participação Social na Estratégia Saúde da Família de Vila União, em Sobral-CE	114
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
	REFERÊNCIAS	136
	APÊNDICES	148

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Investigar e analisar as percepções sobre participação social na saúde para lideranças comunitárias e trabalhadores (as) de saúde da ESF de Vila União, em Sobral-CE, exige tecer uma rede ampliada de conhecimentos que agregue reflexões, sentidos e experiências acerca de processos históricos, políticos, econômicos, sociais, culturais e vivenciais de participação nas políticas de saúde e na vida em sociedade.

Nessa tessitura ousada e necessária, faz-se necessário explicitar de qual lugar partimos para construção de um novo saber e como conseguimos delinear a artesanal produção desta pesquisa que refletiu sobre a participação social na ESF em Vila União, Sobral-CE.

Assim, optamos por adotar concepções de participação que pudessem nortear o estudo e revelar o caráter processual, afetivo e de construção social e histórica acerca da questão, e que estivessem em consonância com a visão de mundo, projeto de sociedade e valores agregados ao longo de minha trajetória social e profissional.

Inicialmente dialogamos com discursos acerca da participação apresentados por pesquisadores como Demo e Brandão. Para Demo (1996), a participação se configura como conquista e, em essência, é autopromoção. Conquista, pois significa processo, no sentido legítimo do termo: infundável, em constante vir-a-ser, sempre se constituindo, fazendo-se.

Brandão (2008) destaca que participar é sem dúvida, exercer o poder, expressar livremente a potência de ação. Entender a participação como potência implica também em perceber que ela não consiste em um processo exclusivamente racional, pois não há causalidade determinista entre conscientização e ação transformadora. É algo inerente ao ser humano quando pensada como uma forma de poder/potência. Segundo Brandão (2008), participação não deve ser reduzida à mera mobilização de pessoas para realização de fins que muitas vezes lhes são estranhos, nem com a simples expressão de atitudes reivindicatórias, deve ser compreendida como práxis crítica transformadora que se institui como expressão do pensamento e do afeto.

Neste estudo, adotamos o uso do termo participação social, por compreendê-lo como processo de conquista e potência, e sobretudo social, que ocorre por meio da relação com o outro

e da sociabilidade e articulação significativa com os sentimentos, os sentidos, a ética, a práxis dos sujeitos coletivos e com as políticas sociais. De acordo com Gohn (2011, p.61), [...] “A participação social não representa um sujeito social, mas se constrói como um modelo de relação geral/ideal, na relação sociedade/estado”.

Não há como discutir participação desvinculada da política, conforme destaca Demo (1996). Para o estudioso, a participação se configura como eixo fundamental da política social, tendo como objetivos: a autopromoção, a partir de uma política centrada nos próprios interessados, que passam a gerir ou a cogerir a satisfação de suas necessidades, visando superar as políticas assistencialistas; a realização da cidadania, entendida como qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres; implementação de regras democráticas, tendo em vista que a participação é exercício democrático; controle de poder; controle da democracia; negociação e cultura democrática.

Entretanto, ainda é um desafio pensar em processos participativos quando vivenciamos no Brasil uma época considerada de descaracterização da cidadania, estando esta associada ao consumo, ao mundo do dinheiro e à posse de mercadorias, uma época de regressão de direitos e destruição do legado de conquistas históricas de trabalhadores em nome da defesa, quase religiosa, do mercado e do capital, com a intenção de personificação da democracia, das liberdades e da civilização (BRAVO; MENEZES (*orgs.*), 2012; IAMAMOTO, 1998).

Historicamente, no contexto brasileiro, os processos de participação da sociedade foram se constituindo em um cenário de opressão, regime autoritário e resistência social e política. De acordo com Soares (2012), a crise estrutural do capital mundial, a partir da década de 70 contribuiu significativamente para o fim do regime autocrático instaurado em 1964 com a ditadura militar e para a institucionalização política e legal de muitas reivindicações dos movimentos sociais na Constituição Federal (CF) de 1988, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) uma de suas maiores conquistas.

A criação do SUS, de acordo com Lima *et al.* (2005) tem sido analisada como a mais bem sucedida reforma na área social empreendida sob o novo regime democrático. Em sua gênese, observa-se a organização expressiva do movimento sanitarista da década de 70.

O Movimento de Reforma Sanitária foi interlocutor da luta pelo direito universal pela saúde, democratização do Estado brasileiro e por uma política que superasse o modelo autoritário

e fragmentado da política social. Implementou uma luta contra-hegemônica à racionalidade do setor saúde e ao modelo de desenvolvimento capitalista, contudo, não foi homogêneo, sendo constituído por diversos segmentos, desde os que defendiam uma nova ordem social, aos que defendiam um melhoramento da ordem burguesa (SOARES, 2012).

A bandeira de luta do movimento de Reforma Sanitária foi a emancipação política e o direito à saúde e a defesa de uma concepção de saúde ampliada que não estava restrita apenas ao corpo e ao indivíduo, mas centrada na coletividade, na estrutura social e nas classes sociais (SOARES, 2012). A pauta da participação estava incluída no movimento como eixo central da proposta da reforma sanitária e sua compreensão atrelada não apenas a uma luta pela expansão do direito e reforma social, mas a uma estratégia de democratização social, onde a saúde era percebida como potente conteúdo transformador.

De acordo com Escorel (2008), um marco importante do movimento sanitário foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira na história que contou com a participação de usuários do sistema de saúde. A conferência reuniu aproximadamente cinco mil participantes e discutiu, bem como aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e o dever do Estado, elaborando novas bases financeiras do sistema. Propôs ainda a criação de instâncias institucionais de participação social.

A partir de 1988, com o advento da nova CF, a saúde foi considerada como direito de todos e dever do Estado (Art. 196) e em seu conteúdo foram adotados os conceitos e pressupostos elaborados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, criando o SUS, sistema universal de atenção à saúde, regido pelos princípios doutrinários de Universalidade, Equidade e Integralidade e organizativos, a exemplo da participação social.

Dentre os avanços garantidos pela CF de 1988, está a inscrição da saúde em um Sistema de Seguridade Social e a garantia do controle social, mais precisamente do princípio da “participação popular” através de duas instâncias formais que também se configuram como espaços de luta: os conselhos e as conferências (MENEZES, 2012).

Entre 2003 e 2012, mais de sete milhões de brasileiros participaram de 87 conferências nacionais, abrangendo 40 áreas setoriais. No âmbito do governo federal, existem mais de 120 conselhos, dos quais cerca de 40 possuem representantes da sociedade civil. Além

disso, estão ativas cerca de 270 ouvidorias públicas federais que têm a intencionalidade de estreitar os vínculos com o governo¹.

Com relação à composição dos Conselhos de Saúde, a CF de 1988 prevê representantes do governo, prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos, 25% de representantes dos profissionais de saúde e 50% dos usuários do serviço de saúde pública (GERSCHMAN, 2004a).

Cabe destacar que essas não são as únicas possibilidades de participação, mas se configuram como mecanismos fundamentais e legais garantidos pela CF e pela Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS. O controle democrático, conforme relata Menezes (2012), está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos Conselhos. Na cena contemporânea, foram criados novos mecanismos como os Fóruns de Saúde e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, movimentos em defesa de um SUS público e de qualidade.

Após definir de maneira ainda sucinta os significados e o contexto histórico social da participação na saúde, consideramos relevante destacar o espaço ocupado pela temática no âmbito do SUS e da ESF.

A construção do SUS avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo (BRASIL, 2011a). Conforme aponta Starfield (2002), a APS oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa no decorrer do tempo, atenção para todas as condições, coordena e integra a atenção fornecida em diversos lugares, compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, tem responsabilidade pelo acesso, qualidade e o trabalho em equipe.

De acordo com Starfield (2002), para que a atenção primária otimize a saúde, deve considerar outros determinantes de saúde do meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham não focando apenas na enfermidade individual. A I Conferência de Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata (1978), um dos eventos mais significativo para a Saúde Pública, especificou que os componentes fundamentais da atenção primária estão relacionados aos seus determinantes. Entretanto, a questão da participação ainda não foi pautada com efetividade.

¹<http://www4.planalto.gov.br/arenadaparticipacaosocial>

Já a primeira Conferência de Promoção da Saúde ocorrida em Ottawa, no Canadá, em 1986, enfatizou a relevância da APS, defendida pela OMS como o caminho para a Promoção da Saúde de caráter universal. Nessa Conferência, foi construída a Carta de Ottawa, uma referência na reflexão sobre os Determinantes Sociais em Saúde em todas as conferências que sucederam e na evolução do conceito de Promoção da Saúde (BRASIL, 2011a).

Indicou que a Promoção da Saúde demanda uma ação ordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, com vista a estabelecer estratégias que reflitam sobre as necessidades locais e as diferenças socioeconômicas e culturais para a construção de políticas públicas (BRASIL, 2011a).

E com base nas experiências acumuladas nos dez anos precedentes, o documento apresentou um conjunto de mecanismos de promoção da saúde e uma série de estratégias que se aproximou do debate da participação e projetou o enfrentamento de desafios para a saúde. Dentre os mecanismos estão: o de autocuidado e a ajuda mútua. Como estratégias, a Carta de Ottawa destaca: favorecer a participação da população, fortalecer os serviços de saúde comunitários e coordenar as políticas públicas saudáveis (BUSS, 2003).

De acordo com Buss (2003), a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1997, também foi um marco nos debates acerca da Participação. Ocorrida em Jakarta na Indonésia, pode-se dizer que foi uma atualização das discussões sobre um dos campos de ação definidos em Ottawa, o esforço da ação comunitária. Uma reafirmação da conferência diz respeito à posição central da participação popular e do *empowerment* realçando a importância do acesso à educação e informação.

Contextualizando a reflexão sobre a Participação Social no âmbito das Políticas Públicas de Saúde, em 2006, é aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde por meio da Portaria nº 687/2006. Nela, a participação é destacada como elemento fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário.

Em 2007, é lançada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Esta orienta as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do SUS, nas respectivas esferas de gestão. A Política está fundamentada no programa de governo, na

proposta da equipe de transição, nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi criada para contribuir com a efetivação da participação social na gestão da saúde, tendo em vista que formalmente, todos os estados e municípios têm conselhos de saúde; porém, em muitos casos, são frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações, requerendo iniciativas concretas das três esferas de gestão do SUS e da sociedade civil (BRASIL, 2009a).

Outras medidas recentes do governo federal foram à publicação da Portaria nº 2.761/2013 que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS) e o Decreto nº 8.243, de 23 de Maio de 2014, criando a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS).

A PNEPS-SUS reafirma o princípio do SUS da Participação popular e objetiva induzir a proposição de práticas político-pedagógicas no âmbito do SUS que perpassam ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Já a PNPS surge como estratégia para fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo entre Estado e sociedade civil. A política estabelece objetivos e diretrizes relativos ao conjunto de mecanismos criados para possibilitar o compartilhamento de decisões sobre programas e políticas públicas, tais como conselhos, conferências, ouvidorias, mesas de diálogo, consultas públicas, audiências públicas e ambientes virtuais de participação social².

O grande desafio é investigar e refletir em que medida tais políticas têm sido materializadas no cotidiano dos serviços de saúde e quais seus desafios e entraves, tendo em vista os contextos singulares brasileiros de avanços e retrocessos no SUS e particularmente na ESF e sua interface com a participação social.

As produções científicas inseridas na Biblioteca Virtual de Saúde nos últimos dez anos apontam uma importante relação entre a participação, a promoção da saúde e a Saúde da Família. Tais estudos apontam para a notoriedade do papel que deve ser ocupado pela ESF como *locus* favorável para o exercício da democracia e fortalecimento da promoção da saúde no Brasil.

²<http://www4.planalto.gov.br/arenadaparticipacaosocial>

A ESF, não foi implantada somente para organizar a APS no SUS temporariamente, mas fundamentalmente para estruturar o SUS, uma vez que houve um redirecionamento de prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. É um modelo de APS focado na unidade familiar e construído na esfera comunitária (ANDRADE *et al.*, 2012).

Giovanella e Mendonça (2008) destacam que inicialmente a ESF surgiu como Programa Saúde da Família (PSF), por meio da Portaria MS nº 692, de dezembro de 1993. Na primeira fase, foi implementado em pequenos municípios e teve caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária e com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção. Como ESF, foi explicitada em documento do Ministério da Saúde, no ano de 2007, intitulado “Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial”, passando a ser entendida não como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e solucionar problemas identificados com vigilância à saúde, atuação interdisciplinar e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.

Foi a partir desse contexto histórico, social e político e profundamente implicada com a construção dos processos participativos no SUS e na ESF do município de Sobral-CE, e em particular no território³ de Vila União, onde surgiu a pesquisa de Mestrado ora proposta. Muitas são as inquietações acerca das percepções e sentidos da participação da sociedade nas políticas de saúde. Por isso, o estudo buscou responder questionamentos e reflexões dos últimos cinco anos de uma militante, trabalhadora e pesquisadora da área.

As motivações para esta investigação surgiram influenciadas por minha atuação enquanto Assistente Social da VI Turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral (RMSF) – CE⁴, realizada no período de junho de 2008 a junho de 2010, foram

³ O território neste estudo é compreendido enquanto um conceito em movimento e uma construção histórica e social, em diálogo com as concepções de cultura e identidade, conforme consta em Dias *et al.* (2010).

⁴ Organizada e coordenada pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), numa parceria entre a Prefeitura Municipal de Sobral e a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), tem como um de seus propósitos, o aprimoramento das práticas dos profissionais de saúde no Sistema Municipal de Saúde (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008).

aprofundadas através do meu ingresso no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de minha prática enquanto Apoiadora Institucional / Tutora do Sistema de Saúde Escola de Sobral⁵ durante 2 (dois) anos e recentemente da experiência em consultoria Técnica da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Nesse período de inserção na ESF, mais especificamente no bairro Vila União em Sobral-CE, território que me possibilitou construir uma significativa identidade enquanto trabalhadora do SUS e pesquisadora, busquei juntamente com a parceria de outros profissionais direcionar minha práxis para um exercício constante de mobilização das redes sociais e de cogestão⁶ de coletivos na saúde, bem como para a produção de saberes emancipatórios.

A oportunidade de ingressar no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC) foi significativa para minha qualificação profissional e acadêmica e possibilitou ampliar a sistematização de conhecimentos e experiências acerca da participação social no âmbito do SUS/ ESF em uma conjuntura atual de desafios frente à questão.

Assim, fundamentada nos pressupostos apontados e na minha trajetória histórica, acadêmica, social e política, este estudo realizado junto a lideranças comunitárias e trabalhadores da ESF de Vila União em Sobral-CE buscou responder a questão inicial: Quais as percepções acerca da participação social na ESF? A partir desta indagação houve um desdobramento para outros questionamentos que subsidiaram e qualificaram as repostas evidenciadas na pesquisa: Quais os sentidos da participação social na saúde? De que maneira a participação social se expressa no contexto da ESF? Quais os desafios da participação social para a Saúde?

⁵ Também chamado de apoio Paidéia por Campos (2003), refere-se a uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão e se trata de um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe, um recurso que intervêm sobre os trabalhadores de maneira interativa entre os sujeitos ainda que com distintos graus de saber e de poder. Tal apoio depende da instalação de alguma forma de cogestão e que provoca um efeito Paidéia nas pessoas e agrupamentos, contribuindo com a ampliação da capacidade delas de buscar informações, interpretá-las e compreender-se a si mesmas, aos outros, aos contextos e aumentando as possibilidade de agir sobre as relações.

⁶ O método busca enfrentar um tipo de fragmentação temática que contribui fortemente para a submissão e o controle das pessoas, qual seja a de que os saberes devem ser discutidos pelos sabidos, *experts* neste ou naquele assunto ou em Pedagogia. (CUNHA; CAMPOS, 2010, p.38).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar percepções de lideranças comunitárias e profissionais de saúde sobre a participação social na Estratégia Saúde da Família do território de Vila União em Sobral-CE.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Conhecer sentidos da participação social na Estratégia Saúde da Família para lideranças comunitárias e profissionais da ESF;
- ✓ Investigar expressões de participação social na Estratégia Saúde da Família para lideranças comunitárias e profissionais da ESF;
- ✓ Identificar desafios de lideranças comunitárias e profissionais da ESF para o exercício da participação social na saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Participação social: trajetórias conceituais, históricas e sociais no Brasil

3.1.1 A construção de conceitos, significados e sentidos da Participação Social

Ao longo da história de organização social brasileira, é possível perceber uma diversidade de saberes associados ao termo e às experiências de participação, bem como variadas e contraditórias interpretações e conotações ideológicas sobre seus significados.

Para Gohn (2011), participação é uma das palavras mais utilizadas no vocabulário político, científico e popular da modernidade. De acordo com a época e a conjuntura histórica, ela aparece associada a outros termos, como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, solidariedade, dentre outros.

Entretanto, Gohn (2011) analisa a Participação segundo três níveis básicos: o conceptual, o político e o da prática social. O primeiro apresenta um alto grau de ambiguidade e varia segundo o paradigma teórico no qual está fundamentado. O segundo, usualmente é associado ao processo de democratização, em curso ou lutas para sua obtenção, mas também pode ser usado como discurso mistificador em busca da mera integração social de indivíduos, isolados em processos que objetivam reiterar os mecanismos de regulação e normatização da sociedade, resultando em políticas sociais de controle social. O terceiro, associado às práticas, relaciona-se ao processo social, propriamente dito, ou seja, trata-se das ações concretas engendradas nas lutas, movimentos e organizações para realização de algum intento, onde a participação é considerada um meio viabilizador fundamental.

Neste estudo, debruçamo-nos sobre o termo Participação Social não com a intenção de construir uma unidade acerca de seus significados, mas na perspectiva de refletir histórica e socialmente sobre sua construção e materialização na sociedade brasileira e particularmente no setor saúde.

Para isso, é importante realizar um exercício de problematização acerca do entendimento sobre a participação, pois o termo na contemporaneidade tem sido banalizado e enaltecido como condição de tudo que é positivo na sociedade, conforme destaca Sawaia (2001).

Os estudiosos Brandão (2008) e Demo (1993) revelam caminhos emancipatórios para conceituar a participação e são referenciais adotados como fundamentais para este estudo. Brandão (2008) ressalta que uma maneira de conceber a participação é reconhecê-la como a mais legítima forma de expressão da potência humana, diz respeito à capacidade de afetar o outro e ao mesmo tempo ser afetado por ele, significa o desejo de ser, aprender a poder, de conservar-se e expandir-se em sua existência.

Já para Demo (1993), participação é definida como conquista e se configura como algo dinâmico, um processo infundável e em intensa mudança, é processo. Defende que não existe participação suficiente e acabada e que esta não pode ser compreendida como dádiva, como concessão ou como algo já preexistente, pois isso não se configura como produto de conquista, nem realizaria a autopromoção, um dos elementos centrais da Participação.

[...] participação supõe compromisso, envolvimento, presença em ações por vezes arriscadas e até temerárias. Por ser processo, não pode ser totalmente controlada, pois já não seria participativa a participação tutelada, cujo espaço de movimentação fosse previamente delimitado (p. 20).

De acordo com Demo (1996), a questão participativa se aloja ainda dentro de outra, a dominação na história, onde sua consequência mais direta é a desigualdade social que faz parte da própria estrutura da história.

[...] o processo participativo é uma formidável aventura histórica, que não podemos banalizar, seja sob a capa de funcionamento que escondem reais conflitos, seja sob a pretensão de queimar etapas, seja sob a ilusão de o colocar por cima ou por baixo do processo socioeconômico (p.25).

Muitas propostas participativas camuflam novas e sutis repressões, o que pressupõe um processo controlado ou tutelado que não se configura como participação e transformação. Para efetivar a participação “é preciso encarar o poder de frente” (p.20), pois é a partir dele que se constituem espaços de participação e outra forma de poder (DEMO, 1996).

Para Demo (1996), não há registros de sociedades que não tenham se movimentado em torno de problemas que envolvem o poder. Participação realista é aquela que toma a sério o poder e não a que o ignora e tem como uma de suas finalidades a redistribuição de bens e poder.

Ao lado do controle do poder, talvez se possa afirmar que o objetivo mais central da participação é a consolidação da cultura democrática, assumindo cultura como processo de identificação comunitária e cultura democrática como cultura de um povo, marca característica de sua organização e sobrevivência (DEMO, 1996).

Apesar de tomar como referencial a participação como potência e conquista, faz-se necessário dialogar com outros posicionamentos, a fim de despertar “provocações” e não apenas certezas e reducionismos sobre a questão.

Na perspectiva de Bordenave (1994, p.22 e 23), participação é “fazer parte ou ter parte”, entretanto, reafirma que é possível “fazer parte sem tomar parte”. Aponta assim, a existência de uma participação ativa e passiva, respectivamente, e diferencia o cidadão “inerte do engajado”. Freire (2001a) discute a participação de maneira geral e particular, articulada aos debates das práticas educativas, consideradas ato político. Afirma que a participação é exercício de voz, de ter voz, de ingerir, de decidir em certos níveis de poder, é direito de cidadania e se acha em relação direta, necessária, com a prática educativo-progressista. Associa ainda, a participação com a democratização das estruturas sociais. Destaca que a democracia demanda estruturas também não inibidoras da presença da sociedade civil no poder da *res-pública*.

Através de suas sistematizações e entrelaçando o debate da conscientização e mudança, Freire (2001b) estimula um pensamento pedagógico que leva educadores e qualquer outro profissional a se engajar política e socialmente, bem como a perceber as possibilidades de transformação das estruturas opressoras da sociedade classista a partir da participação, relacionada à presença das massas populares na tomada de decisões societárias.

Em diálogo com os referenciais freirianos, Góis (2008) evidencia que as condições de desenvolvimento pessoal da população, da transformação da identidade de oprimido em identidade saudável de cidadão, estão relacionadas à atividade comunitária e à criação de um clima social de expressão do valor e poder pessoal, mediante a construção de espaços de participação dos moradores no lugar em que vivem e fazem história.

Vázquez *et al.* (2003) apontam que alguns autores apresentam classificações que distinguem vários níveis e gradações de participação. Uma destas classificações é a escala de participação de Arstein, que considera dois grandes níveis. O primeiro é chamado de “participação simbólica” que inclui categorias que se caracterizam pela falta de partilha de poder e que considera a participação como a utilização de serviços, informação, consulta e conciliação. A passagem para o segundo nível, denominado controle cidadão, começa com a colaboração, inclui o poder delegado e por fim, o controle cidadão.

Retomando a discussão de Demo (1996), reafirmamos que participação é exercício democrático, e por meio dela é possível aprender a eleger, deseleger, estabelecer rodízio no poder, a exigir prestação de contas e a desburocratizar, tendo como fenômeno básico da democracia o controle do poder feito de base. Também se configura como sistema sociopolítico, no qual se procura negociar os conflitos e as divergências. Assim, não é possível discutir Participação sem recorrer à noção de Democracia, bem como cidadania, questões abordadas a seguir ainda que de maneira sucinta.

3.1.2 Interface entre Participação Social, democracia e cidadania no Brasil

Guimarães (2009), em diálogo com estudiosos da Democracia participativa no Brasil, aponta ciclos da participação social em escalas históricas longas. Afirma que estamos vivenciando o segundo grande ascenso do processo de autoformação do povo brasileiro. O primeiro foi iniciado em 1950 e brutalmente interrompido em 64. O segundo começa na década de 1970, na resistência ao regime militar e se prolonga de maneira inacabada até os dias atuais.

No primeiro ciclo, o tema que vinculava o conjunto das organizações do movimento popular era o tema nacional por excelência: a constituição da nação e a defesa de seus interesses frente aos interesses imperialistas, contrários à ideia da soberania. Foi nesse ciclo que se deu a formação das primeiras lutas nacionais no campo da reforma agrária, dos sindicatos, dos movimentos estudantis e dos projetos de urbanização das favelas em Recife sob a gestão de Miguel Arraes. No mesmo período, Paulo Freire organiza a sua “dialética do oprimido” e a escola de educação popular e também ocorre à criação da Petrobrás e a construção de Brasília, com tudo que ela significava para o imaginário nacional, e o surgimento dos movimentos culturais. Esse

ciclo foi interrompido em 1964 até meados de 1970, após o massacre da esquerda armada, iniciando assim, um novo ciclo (GUIMARÃES, 2009).

As lideranças da cena política atual participaram desse período em diferentes movimentos sociais, tendo como elemento de integração a ideia de democracia e de cidadania ativa. Foi nessa época também que se formou a Teologia da Libertação recebendo a herança do clero progressista brasileiro e lideranças que discutiam a questão ambiental, do feminismo e posteriormente dos movimentos pela igualdade de direitos sexuais (GUIMARÃES, 2009).

Conforme destaca Guimarães (2009), por ter uma agenda democrática e de cidadania ativa, esse segundo ciclo de desenvolvimento é percorrido por grandes momentos de mobilização institucional, dos quais podemos citar quatro: a campanha das Diretas Já, a campanha pelos Direitos na Assembleia Constituinte; a campanha pelo *impeachment* do Collor e a eleição do presidente Lula em 2002. Esse período significou uma agenda pautada na democracia, termo que será melhor aprofundado em sua articulação com a participação e a cidadania, a seguir.

De acordo com Gerschman (2004), assim como a participação, a democracia e a cidadania possuem concepções ampliadas e com diferentes perspectivas teóricas. Nos últimos 50 anos, a democracia esteve relacionada a certos padrões de bem estar social e se consolida sempre que comportamentos políticos democráticos são internalizados com antecedência pelos atores políticos e quando existe consenso entre esses sujeitos e a substituição de interesses próprios por coletivos. Para Gerschman (2004), no Brasil, essas condições praticamente inexistem.

Destarte, Gerschman (2004) relata que o processo contemporâneo de democratização no Brasil foi parcial e gradual e que não houve momentos definitivos ou períodos concentrados de ruptura com a autocracia anterior. “Instituições e práticas – assim como as relações de poder que a cercam – mudaram apenas periféricamente em ritmos muito diferentes entre si” (p.10).

Dagnino (2004) considera que a expressão cidadania é permeada por múltiplos sentidos e intenções, requerendo, portanto, a indicação de parâmetros do campo teórico e político nos quais essa noção emerge, especialmente a partir da década de 80.

[...] não há uma essência única imanente ao conceito de cidadania, que o seu conteúdo e seu significado não são universais, não estão definidos e delimitados previamente, mas respondem à dinâmica dos conflitos reais, tais como vividos pela sociedade num determinado momento histórico. Esse conteúdo e significado, portanto serão sempre definidos pela luta política (DAGNINO, 2004, p.107).

A década de 80 configurou-se como um marco na política brasileira e no processo de democratização do país por meio das forças políticas da sociedade, como sindicatos, movimentos populares e partidos políticos que, entre as numerosas conquistas, efetivaram o direito às eleições para Presidência da República (GERSCHMAN, 2004).

Contudo, dialogamos com Moroni (2009) ao compreendermos que não podemos reduzir a democracia e a participação política apenas aos procedimentos eleitorais, pois isso atende aos interesses das elites políticas e econômicas e “abafam a voz e as demandas dos dominados” (p.108). O discurso ideológico que sustenta esta concepção de democracia, de acordo com Moroni (2009), é que todos possuem as mesmas oportunidades e que as desigualdades têm relação com as capacidades individuais ou dependem até mesmo da sorte.

Conforme destaca Gerschman (2004), a transição democrática no Brasil é considerada por muitos pesquisadores, em um primeiro momento, como decisão unilateral de militares no marco do regime autoritário, o que se configurou como uma transição imposta. Nesse sentido, a história revela que a transição brasileira foi uma das mais controladas e proteladas. Foram mais de dez anos de poder e controle militar até que um chefe do executivo popularmente responsável assumisse o poder e declinasse o poder ditatorial. A abertura possibilitou a mobilização da sociedade civil e da aceitação de práticas democráticas.

O processo de transição para a democracia originou uma série de críticas da sociedade brasileira no que se refere à modalidade autoritária predominante no Estado. Tal postura foi acompanhada pela compreensão da cidadania como [...] “um conjunto de direitos a serem alcançados pela sociedade como um todo” (GERSCHMAN, 2004, p.31).

De acordo com Demo (1996), o conceito de democracia possui antecedentes conservadores históricos, desde a postura grega que preserva como cidadãos os pequenos grupos de elite, à postura liberal, que admite como cidadãos os que possuem capital e poder, até a postura da cidadania consentida e tutelada pelo Estado. Logo, torna-se relevante também compreender a cidadania a partir dos interessados e dos desiguais.

Para Demo (1996), processos participativos acentuam a cidadania organizada. A cidadania também pressupõe o Estado de Direito, ou seja, a compreensão mínima de que a sociedade é detentora de direitos e deveres.

Cidadania é a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos. Trata-se de uma das conquistas mais importantes na história. No lado dos direitos, repontam os ditos direitos humanos, que hoje nos parecem óbvios, mas cuja conquista demorou milênios, e traduzem a síntese de todos os direitos imagináveis que o homem possa ter (DEMO, 1996, p.70).

Dagnino (2004) inova no debate ao destacar que a cidadania apresenta um significado original (origem contemporânea) e outro mais atual conhecido como nova cidadania. Afirma que os dois sentidos têm caráter de estratégia política e respondem hoje a um conjunto de interesses, desejos e aspirações de uma parte significativa da sociedade, mas que não se confundem com toda a sociedade. Chama atenção ainda à crescente banalização do uso do termo e da preocupação com as tentativas de esvaziamento do seu sentido original e inovador.

Conforme destaca Dagnino (2004), há duas dimensões que devem ser constantemente lembradas acerca da cidadania. A primeira, diz respeito ao fato que ela deriva e está intrinsecamente ligada à experiência concreta dos movimentos sociais, seu significado está ainda entrelaçado com o acesso à cidade e aos movimentos de negros, mulheres, homossexuais, dentre outros. Na organização desses movimentos, a luta por direitos constitui a base para a emergência de uma nova noção de cidadania. A segunda dimensão está relacionada à construção e aprofundamento da democracia. Assim, a noção de cidadania expressa um novo estatuto teórico e político que assumiu a democracia no mundo.

Como consequência dessas duas dimensões, surge um terceiro elemento, o fato da cidadania organizar uma estratégia de construção de uma cultura democrática de transformação social, ou seja, aponta um nexos constitutivo entre cultura e política.

Por isso, há uma necessidade de distinguir a nova cidadania dos anos 90, da visão liberal que gerou esse termo no século XVIII como resposta do Estado às reivindicações da sociedade. Essa essência de cunho liberal continua vigente até os dias atuais, lutando para permanecer como tal e certamente desempenha funções bastante diferentes daquelas que caracterizaram sua origem.

Dagnino (2004) revela ainda algumas diferenças entre as duas concepções apresentadas: uma primeira refere-se à noção de direitos. A nova cidadania trabalha com uma redefinição da ideia de direitos, cujo ponto de partida é a concepção de direito a ter direitos. Ao

contrário da concepção liberal, também não se vincula a uma estratégia das classes dominantes e do Estado para a incorporação política dos setores excluídos com vista à integração social.

A nova cidadania prioriza a constituição de sujeitos ativos que lutam pelo seu reconhecimento. Outro ponto que diferencia as duas concepções, diz respeito à referência central do conceito liberal pelo acesso ao sistema político. A nova cidadania defende uma cultura de direitos onde o cidadão possa ser copartícipe da gestão.

Para Dagnino (2004), a luta pela construção da democracia e por seu aprofundamento depende de um futuro da nova cidadania enquanto estratégia política, o que remete à necessidade de compreender como ocorre a relação entre Estado e Sociedade Civil, conceitos relativamente novos nas ciências políticas conforme destaca Brandão (2008).

3.1.3 Breves considerações acerca das relações entre participação, Estado e Sociedade Civil

Os conceitos de Estado e Sociedade Civil são amplos, complexos, históricos, relacionais e possuem múltiplos significados. Para Demo (1996), quando falamos de sociedade, isso já pressupõe alguma forma de organização. Para o autor, a organização da Sociedade Civil é entendida como a capacidade histórica da sociedade de assumir formas conscientes e políticas de organização, bem como instrumento característico e decisivo da participação. Já com relação ao Estado, afirma que é fundamental entender Estado como criatura da sociedade e não o contrário.

Diversos pesquisadores reconhecem o Estado como uma forma política e historicamente constituída, onde seu aparecimento está ligado a certas épocas e circunstâncias. Destacam ainda que a definição de Estado está associada aos seus órgãos ou elementos constitutivos e, às vezes, confunde-se com eles (PEREIRA, 2009). No que se refere ao Estado brasileiro, segundo Gerschman (2004), uma de suas características históricas mais marcantes é o autoritarismo, com traços elitistas e excludentes, heranças do escravismo do período colonial e do caráter oligárquico das classes dominantes.

Neste sentido, o Estado impôs seu domínio à sociedade através do exercício do patrimonialismo político, do clientelismo e da incorporação das classes 'subalternas' por meio de mecanismos de cooptação que garantiram a supremacia das elites no exercício da política (GERSCHMAN, 2004, p.31).

As discussões sobre Sociedade Civil, sempre que ela surge está no contexto da relação entre governo e sociedade ou da relação entre representantes e representado, relação esta que sempre esteve presente na história da Filosofia Política e que está na origem das mais diferentes concepções de Estado e formas de governo (SALES, 2005).

Conforme aponta Sales (2005) até o século XIX, a relação estabelecida entre governo e sociedade no que se refere à gestão da sociedade era “bem simples”, pois a função do Estado era bem definida, a de governar. É somente com o desenvolvimento do capitalismo industrial que essas relações começam a se transformar e surgem as classes, categorias e suas organizações econômicas, políticas, religiosas, profissionais e mais contemporaneamente os grupos organizados em defesa de questões como gênero, etnia, geração, promoção e defesa de direitos.

A partir das crises cíclicas do capitalismo e as conquistas de movimentos democráticos, foram ocorrendo nos Séculos XIX e XX a socialização da política, ampliação das funções do Estado e conquista de direitos sociais (além dos civis e políticos considerados individuais), mediados por políticas públicas (PEREIRA, 2009).

Conforme destaca Sales (2005), é Hegel quem primeiro discute o conceito de Sociedade Civil associada às relações com o Estado, ao observar as mudanças que ocorriam na base econômica, nas lutas políticas da Alemanha e na Revolução Francesa. Hegel percebeu que a economia ultrapassava os limites da família e que além das corporações medievais que estavam em processo de transformação, muitos grupos se organizavam para lutar por interesses ameaçados pelo modo capitalista de organizar a produção e a sociedade.

Assim, nomeia Sociedade Civil, o grupo intermediário que se situa entre as famílias e o Estado. É importante salientar que, em algumas passagens de sua reflexão, Hegel se referia ao termo civil como sinônimo de burguês (PEREIRA, 2009).

Conforme ressalta Sales (2005), não há como discutir também sobre Sociedade Civil sem dialogar com outros teóricos como Marx, Gramsci, Bobbio e Habermas. Para Sales (2005), a discordância fundamental de Marx em relação a Hegel, está na importância política e teórica atribuída por ambos à sociedade civil e ao Estado. Enquanto para Hegel tudo deveria ser incorporado ao Estado e solucionado por ele, para Marx o Estado era criado por exigências e em função das lutas de classe. Afirmava que o “motor” da história era a Sociedade e não o Estado.

Marx ainda estava interessado em descrever o modo de exploração e dominação de trabalhadores no capitalismo, diferente do socializado em diversas literaturas que tentaram convencer que na sociedade e no interior das fábricas existia um mundo de igualdade, fraternidade e liberdade (SALES, 2005).

De acordo com Pereira (2009), Marx associa a Sociedade Civil a uma estrutura e o Estado a uma Superestrutura.

Para Marx, sociedade civil é o espaço das relações econômicas, que caracterizam a estrutura (mundo material e condições objetivas socioeconômicas) de cada sociedade, enquanto o Estado é parte de uma dimensão denominada superestrutura (política, cultura, ideias e condições subjetivas) que se ergue dessa estrutura, na qual prevalecem as relações de dominação. Assim, com Marx, o conceito de sociedade civil acabou por configurar o oposto daquele considerado no início do pensamento político dos últimos séculos e também por Hegel (PEREIRA, 2009, p.14).

Entretanto, para Gramsci, a sociedade civil não está na estrutura, mas na superestrutura, isto é, naquele constituído por um conjunto de organismos e instituições privadas, ao qual corresponde à função de hegemonia. Afirma que no outro eixo está a sociedade política – Estado com a função de coerção. Dessa forma, Gramsci transforma o significado marxista do conceito de sociedade civil na medida em que volta à compreensão de que a sociedade civil pertence ao Estado Ampliado (PEREIRA, 2009).

De acordo com Brandão (2008), em termos práticos, o entendimento gramsciano de Estado sendo a junção da sociedade política com a civil, significa que é oportuno para grupos organizados da sociedade civil se apropriar de seus destinos, pois também podem ser reconhecidos como gestores da própria sociedade. Em Gramsci não cabe pensar a sociedade civil apenas como instância reivindicatória e como mera coadjuvante das políticas. Quando os indivíduos se conscientizam desse processo, exercem seu direito legítimo de gestão democrática.

Apesar de a cena contemporânea apontar para um movimento de privatização da “coisa pública” e combate aos direitos, conforme consta em Pereira (2009), a sociedade não perdeu a capacidade de reconhecer na luta a condição indispensável para participação na política, movimento histórico no qual nos debruçaremos a seguir, a partir de uma análise da participação social nas políticas de saúde, em particular no âmbito da ESF.

3.2 Participação Social na ESF: percursos sócio-históricos

3.2.1 A construção das políticas de saúde e a inserção da Participação Social

Segundo Lima *et al.* (2005), apesar do movimento sanitarista na década de 70 ter sido expressivo e determinante para a criação do SUS, não foi a primeira vez na história da sociedade brasileira em que ocorreu uma significativa politização do debate sobre as condições de saúde. Na Primeira República (1889 – 1930), organizou-se, sob a liderança de expoentes da saúde pública, movimento intelectual que preconizava o saneamento como caminho para a construção da nacionalidade.

Para Valla (1998), é possível situar o início da discussão mais sistemática sobre participação popular nos anos 30 e 40 do século XX, em relação estreita com o surgimento das políticas públicas. Contudo, afirma que:

O tom vago e difuso em que a proposta de participação popular aparece em textos oficiais, ao lado de sua frágil normatização, tende a torná-la, como consequência, algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental (VALLA, 1998, p. 09).

As questões relacionadas à saúde também estiveram na pauta das propostas de civilização, tema recorrente no século XIX e primeiras décadas do século XX, e de desenvolvimento, palavra-chave do debate nacional e internacional a partir da Segunda Guerra Mundial com sucessivas requalificações do termo: desenvolvimento econômico, social e humano (LIMA *et al.*, 2005).

Entretanto, como ocorreu em outras situações na história do Brasil, o golpe militar de 1964 abreviou o confronto político entre forças civis conservadoras e progressistas. A breve experiência democrática foi abortada sob a alegação de restaurar a ordem social e política, ameaçada por um suposto movimento golpista de comunistas, sindicalistas e trabalhistas e recolocar a economia nos eixos. A dita restauração dessa ordem ocorreu através da repressão dos canais de comunicação entre Estado e sociedade e os militares permaneceram no poder até 1985 (ESCOREL *et al.*, 2005).

De acordo com Escorel *et al.* (2005), o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil nesse período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro de instituições previdenciárias e pela burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização da saúde. A organização centralista dominante nesse período histórico do país impossibilitou o debate sobre alternativas políticas da sociedade e permitiu que o governo militar implantasse reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária.

A partir da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, todas as contribuições previdenciárias foram concentradas e o novo órgão começou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica a todos os trabalhadores formais, embora excluíssem dos benefícios, trabalhadores rurais e vários trabalhadores urbanos informais. A saúde pública, nesse período estava relegada a segundo plano e se tornou ineficiente e conservadora, cuja atuação estava restrita às campanhas de baixa eficiência e carência de recursos (ESCOREL *et al.*, 2005).

Na década de 70, a assistência médica financiada pela Previdência Social teve o maior momento de expansão em número de leitos e em volume de recursos arrecadados, entretanto os serviços eram prestados por empresas privadas e essa forma de pagamento foi favorável à corrupção. Houve uma expansão das faculdades privadas de medicina com pouca articulação à realidade sanitária brasileira (ESCOREL *et al.*, 2005).

Conforme destaca Escorel *et al.*, (2005), foi no final do governo do General Médici (1970 – 1974) que se iniciaram os primeiros sinais de desgaste e crise do modelo político e das consequências sociais da concentração de riqueza. A crescente repressão política não mais conseguiu conter as consequências impopulares do modelo de desenvolvimento econômico.

O regime militar começou a perder apoio da classe média urbana e de setores da população mais pobre e foi nesse momento que estudos que demonstravam a fragilidade do referido modelo e do caráter irracional do sistema de saúde começaram a ganhar visibilidade.

No final da década de 60, desenvolveram-se na América Latina severas críticas aos efeitos negativos da medicalização, onde os Programas de Medicina Comunitária começam a propor a desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado à saúde, com atenção primária realizada por pessoal não profissional e a valorização da medicina tradicional (ESCOREL *et al.*, 2005).

Com a rearticulação ainda que paulatina dos movimentos sociais, as denúncias, sobretudo na década de 70 sobre a situação caótica da vida política brasileira e dos serviços previdenciários, ampliaram-se as reivindicações de soluções para os problemas vivenciados.

Nesse contexto, sindicatos de categorias profissionais, médicos, acadêmicos e cientistas começaram a fomentar o debate e começou a gestar o que seria um movimento pela transformação do setor saúde, o movimento sanitário, movimento contra-hegemônico ao projeto racionalizador na saúde. Este teve como base institucional os Departamentos de Medicina Previdenciária (DMP) que produziram diversos conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias (SCOREL *et al.*, 2005).

Essas discussões tiveram seu ponto culminante na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata (Cazaquistão), em 1978, quando se reafirmou ser a saúde um direito sob a responsabilidade política dos governos com determinação intersetorial.

Na referida conferência, a APS foi definida como assistência sanitária posta ao alcance de indivíduos e comunidades e com a plena participação dos mesmos e um custo que a comunidade e o país pudessem manter. Nessa conjuntura, a participação se configurou como princípio relevante de um sistema de saúde (ANDRADE *et al.*, 2012).

Outras Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, conforme já relatado anteriormente, articularam o debate da Participação Social às bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde, a exemplo da 1ª Conferência de Promoção da Saúde ocorrida em Ottawa, no Canadá, em 1986, e a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1997, realizada em Jakarta na Indonésia (BUSS, 2003).

O incremento do 'poder das comunidades' na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde é essencial nas iniciativas de promoção da saúde. A carta de Ottawa enfatiza que as ações comunitárias serão efetivadas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área (BUSS, 2003, p. 31).

Uma das primeiras experiências de participação da sociedade na saúde de maneira institucionalizada surge em 1984, através do Programa das Ações Integradas de Saúde – PAIS, que determinou como uma de suas diretrizes o reconhecimento da legitimidade da participação da comunidade. O programa instituiu instâncias colegiadas de planejamento, gestão e acompanhamento tanto a nível federal (Comissão Interministerial de Planejamento – CIPLAN),

como estadual (Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS) e municipal (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS). Sendo esta última formada com a participação de órgãos públicos como o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e outros ministérios, bem como entidades comunitárias, sindicais e outras representações da população local (GONÇALVES; SILVA; PEDROSA, 2008).

Outro marco significativo para participação social na saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986. Ela inaugurou o processo de participação da sociedade civil nas decisões e deliberações sobre a política de saúde, sendo seu relatório final pilar para a proposta de Reforma Sanitária e construção do SUS (ESCOREL; BLOCH, 2005).

As Conferências e conselhos de saúde constituem o espaço estabelecido no marco legal para a participação social. Embora sua existência remonte aos anos 30 do século vinte, é somente a partir da Constituição Federal de 1988 que assumem o caráter de espaço público que hoje apresentam. No período anterior, como visto, as conferências eram espaços de articulação intergovernamental, com participação restrita a gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado (BRASIL, 2009a).

Em 1937, foi instituído o Conselho Nacional de Saúde, contudo, até à década de 50, ocupava-se apenas de assuntos internos ao Ministério. A partir de 62, passou a ser órgão consultivo, destinado a assistir o Ministro da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta, atribuição que foi ampliada a partir de 1970, quando passou a examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado (BRASIL, 2009a).

Já as Conferências Nacionais de Saúde, têm uma história longa. Foram instituídas com as Conferências de Educação, em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, como mecanismo do governo federal para articular e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas duas áreas. Eram espaços estritamente intergovernamentais. Estavam previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas, apenas em janeiro de 1941 foram convocadas. Segue abaixo, quadro demonstrativo das Conferências realizadas no início da década de 80 (BRASIL, 2009a).

Quadro 1: Conferências nacionais de saúde até a criação do SUS por ano e temas.

Conferência	Ano	Temas
1ª	1941	1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3ª	1963	1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médicosanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4ª	1967	1967 Recursos humanos para as atividades de saúde.
5ª	1975	1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	Extensão das ações de saúde mediante serviços básicos.

Fonte: Relatórios da 1ª a 7ª conferência. Brasil, 2009a

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 86, no período da Nova República, marca o momento em que as mudanças ganham contornos claros, ao ampliar os sujeitos envolvidos na questão e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema. Convocada pelo Ministro Carlos Santanna (Decreto nº 91.466, de 23/07/85) e realizada sob a gestão de Roberto Figueira Santos, teve sua Comissão Organizadora presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. O temário da conferência foi composto pelos seguintes itens: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor. Um intenso processo de mobilização social possibilitou a articulação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, o que resultou na reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados

com direito a voz e voto, para discutir os rumos da constituição de um novo sistema de saúde (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, Campos (2007) afirma que a constituição do SUS ocorreu sob a égide de duas tradições: a liberal privatista, vinculada a um projeto neoliberal em defesa da mercantilização da saúde e do modelo biomédico, e a de inspiração socialista, construído por trabalhadores em defesa de políticas para a saúde. Cabe destacar que a principal proposta da Reforma Sanitária foi à defesa da universalização da saúde. Nesta direção, aponta-se a concepção ampliada de saúde com ênfase nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁷ e em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social.

Assim, enquanto conquista do Movimento de Reforma Sanitária, foi constituída a base jurídico-legal do SUS, por meio da CF de 1988 (Lei Magna do Brasil) e Leis Federais nº 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e a Lei nº 8.142, ambas sancionadas em 1990. Tais legislações incorporaram dentre outras questões, uma concepção ampliada de saúde, que inclui os condicionantes/determinantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, uma visão integrada de ações e serviços de saúde e a garantia da participação e controle social no SUS (VASCONCELOS; PASCHE, 2006; ESCOREL; BLOCH, 2005).

A Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, foi recentemente regulamentada por meio do Decreto nº 7.508 em 28 de junho de 2011, apontando mais transparências na gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações interfederativas e maior controle social (BRASIL, 2011c). O decreto dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A Lei nº 8.142 de 1990 legitima que a participação social ocorra mediante o envolvimento de segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, e mediante a participação em colegiados de gestão nos serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Cabe destacar que na lei nº 8.142/90, a participação da

⁷ São fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença. As intervenções sobre os determinantes sociais devem ser baseadas em evidências e promover a equidade em saúde, bem como os pilares de intervenção sobre os DSS devem ser a intersetorialidade e a participação social (BRASIL, 2012c). O esforço da sociedade em compreender o processo saúde-doença e intervir sobre ele desde sempre se defrontou com a interveniência de várias classes de fatores determinantes. Esse foi um processo histórico e social onde o desenvolvimento de saberes e práticas de saúde não foram lineares (CARVALHO; BUSS, 2008).

comunidade adquire um sentido de participação política, como tomada de decisões sobre a política de saúde, ao conferir o caráter deliberativo aos conselhos. Contudo, sua prática está envolvida num processo contraditório de conquista e outorga, pois embora tenha sido estabelecida legalmente, a partir de processo de luta, ao mesmo tempo, em muitas realidades locais, configuram-se como espaços de imposição legal e de iniciativa dos gestores limitando o exercício da autonomia (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

As Conferências de Saúde, a partir da 8ª CNS constituem parte do processo de Reforma Sanitária, arcabouço legal, político e ideológico construído coletivamente pelo movimento sanitário ao longo das décadas anteriores, conforme já relatado (ESCOREL; BLOCH, 2005). O quadro a seguir, apresenta os temas debatidos pelas conferências depois de consolidado o processo de debate sobre a reorganização do sistema de saúde na 8ª Conferência que culminou com a criação do SUS e as que ocorreram após a criação do sistema.

Quadro 2: Conferências nacionais de saúde depois da Nova República – ano e temas.

Conferência	Ano	Temas
8ª	1986	1) Saúde como direito. 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. 3) Financiamento do setor.
9ª	1992	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1) Sociedade, governo e saúde. 2) Implantações do SUS. 3) Controle social. 4) Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	1) Saúde, cidadania e políticas públicas. 2) Gestão e organização dos serviços de saúde. 3) Controle social na saúde. 4) Financiamento da saúde. 5) Recursos humanos para a saúde. 6) Atenção integral à saúde.
11ª	2000	Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
12ª	2003	Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.
13ª	2007	Tema central: Saúde e qualidade de vida, Políticas de Estado e desenvolvimento.

Fonte: Relatórios da 8ª a 13ª conferência, Brasil, 2009a

Em Dezembro de 2011, ocorreu em Brasília-DF, a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Sob o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, mais de quatro mil participantes, entre delegados e convidados, debateram o tema para contribuir na construção das políticas públicas na área da saúde (BRASIL, 2012a).

Essa participação institucionalizada da sociedade civil na política de saúde foi concebida historicamente como Controle Social, ou seja, intervenção da sociedade organizada nas ações do Estado e do gasto público. Na configuração atual, os espaços de Controle Social podem ser, por um lado, mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação e, de outro, mecanismos de ampliação da cidadania (CORREIA, 2000).

Nesse cenário, podemos inferir que a área da saúde foi a que mais obteve êxito no fortalecimento dos direitos sociais por meio das lutas populares e sindicais, fato refletido na Constituição de 1988, que propôs um novo ordenamento ao setor saúde e propiciou um desenho em aspectos ético-políticos com a universalização do direito à saúde, e abertura de espaços para decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com os usuários, o que possibilitou o controle social por sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

No âmbito das políticas públicas voltadas para o fortalecimento e revitalização da Atenção Básica e conseqüentemente do SUS, destacamos a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Tal documento foi orientado por valores da ética, do profissionalismo e da participação e construído de maneira participativa e com atenções voltadas para os princípios e diretrizes apontadas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, tendo suas discussões fundamentadas nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade e um contexto de descentralização e controle social da gestão. A política apontou para a redefinição de princípios gerais, responsabilidade de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições de profissionais, e regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF (BRASIL, 2006a).

Em 2011, a PNAB foi atualizada através da Portaria nº 2.488 de 2011, permanecendo em consonância com os princípios do SUS. A política estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica (Revisão da Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de

março de 2006), para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e manteve a participação como um de seus fundamentos e diretrizes:

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012b, p.22).

A PNAB define AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Apesar de todo esse avanço na proposição de políticas que intencionam a estruturação do SUS e da ESF, a política pública de saúde tem encontrado dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade, os avanços e recuos do controle social, dentre outras (CFESS, 2009).

O Decreto nº 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080/90, propõe possíveis caminhos para superação de desafios, ainda não materializados com o Pacto pela Saúde, a saber: organização do SUS em regiões de saúde, referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde iniciados pelas portas de entrada do sistema, dentre as quais a Atenção Primária, processos de planejamento da saúde integrado, do nível local ao federal, com a participação dos Conselhos de Saúde, garantia da integralidade da assistência à saúde, por meio da Rede de Atenção à Saúde e a pactuação sobre organização e funcionamento das ações e serviços de saúde realizada nas comissões intergestores.

A APS ou AB vem sendo discutida e reconhecida como campo eminentemente propício ao cuidado à saúde longitudinal, universal, integral, equânime e à participação social, tendo na ESF uma estratégia capaz de estruturar e possibilitar a materialização dos princípios e diretrizes do SUS e de reorganizar a AB no Brasil, conforme consta na Portaria nº 2.488 de 2011.

No entanto, no conjunto das discussões realizadas nas últimas décadas sobre os rumos técnicos e políticos do SUS, o tema da participação tem destaque e é uma discussão marcada por ambiguidades que expressam diferentes perspectivas, questão que será aprofundada à luz dos estudos teóricos e empíricos a seguir.

3.2.2 Participação Social no cenário da ESF: o tecer de um novo modelo de atenção à saúde no SUS

Para adentrar no debate acerca da Participação Social na ESF, situaremos historicamente como essa política foi se constituindo no âmbito da Atenção Básica, ainda como Programa Saúde da Família na década de 90, quando foi sendo delineada.

Segundo Andrade *et al.* (2012), ao buscar um conceito amplo acerca da ESF, definem-na como um modelo de atenção primária operacionalizado a partir de estratégias preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da atenção a saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico comunitário.

A gestação da ESF foi consequência de um processo gradativo de tensão com um modelo hegemônico de atenção à saúde que se configurou como tecnicista, hospitalocêntrico e de medicalização das demandas sociais. Alguns modelos antecederam e inspiraram a discussão da política de saúde da família, como o Modelo em Defesa da Vida, Ação Programática de Saúde e o Silos⁸. Aliadas a esses modelos, técnico-assistenciais, as experiências pontuais de equipes de saúde da família em alguns municípios do Brasil e a implantação do PACS desde 1986, como

⁸ O Modelo em Defesa da Vida nasceu em Campinas no final de 1980, através da iniciativa de um grupo de profissionais engajados no Movimento de Reforma Sanitária. Estava fundamentado nos princípios da gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. O Modelo Ação Programática de Saúde foi elaborado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da USP e tinha como principais características tecnológicas organizar o processo de trabalho a partir de atividades eventuais conforme a demanda dos serviços, programas definidos por ciclos de vida, por doenças ou importância sanitária, articulação das atividades por equipes multiprofissionais, sistema de informações e regionalização e hierarquização das unidades. Já o Modelo Silos foi a proposta mais discutida nacionalmente, operacionalizada nos estados do Ceará e Bahia e caracterizou-se por formulações-chave como território e problema (ANDRADE *et al.*, 2012).

programa institucional no Ceará e a partir de 1991 implantado em outros estados, serviram de subsídio à formulação da ESF no Brasil (ANDRADE *et al.*, 2012).

A decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurado com o advento do SUS foi norte inspirador da implementação da ESF em diversos municípios brasileiros (ANDRADE *et al.*, 2012).

Inicialmente, a ESF surgiu como PSF, através da Portaria MS nº 692, de dezembro de 1993, ganhou expressão nacional como política a partir de 1994, tendo como intencionalidade a reorganização do SUS e aprofundamento da municipalização. Mesmo tendo sido implementado inicialmente em pequenos municípios com caráter restrito, foi resultado de esforços de gestores de diversos níveis do governo para responder às necessidades de transformação do modelo brasileiro hegemônico centrado na doença e na assistência médica individual e fragmentada (HEIMANN; MENDONÇA, 2005; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A ESF é uma política social baseada nos conceitos de Atenção Primária à Saúde, instituída para orientar e direcionar o modelo de atenção à saúde no Brasil, e responder as necessidades da população, exigindo a compreensão da saúde como direito social, com necessidade do enfrentamento dos determinantes sociais para além de uma estratégia de promoção de direitos. Isso implica nas ações a serem desenvolvidas pelas equipes para a organização dos serviços para contribuir com a melhoria da atenção com impactos positivos na saúde da população e na eficácia do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Importante destacar que há diferenciações entre as concepções de APS e AB. A primeira surgiu numa perspectiva restrita associada à racionalização dos gastos hospitalares e se amplia nas propostas das agências internacionais. Parte da concepção de saúde atrelada ao bem-estar biopsicossocial e estabelece para as políticas públicas a extensão da cobertura com ações de prevenção, cura e reabilitação voltados para indivíduos e controle de doenças e agravos. As concepções adotadas recentemente pelo Ministério da Saúde (MS) definem sobremaneira a APS como AB e supera a proposição preventivista para se fundamentar no paradigma de determinação social da doença (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2011 considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” nas atuais concepções, como termos equivalentes. Neste

estudo, não será feita diferenciação entre os dois termos, pois será levado em consideração o enunciado da PNAB.

Tal política destaca que a ESF apresenta algumas especificidades, a saber: existência de equipe multiprofissional – equipe de Saúde da Família, composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012b).

O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade (BRASIL, 2012b).

Com a finalidade de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2009c).

Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e no apoio aos profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua, equipes Ribeirinhas, Fluviais, dentre outras) e Academia da Saúde, na perspectiva de compartilhar práticas e saberes em saúde nos territórios, atuando no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado. Deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009c).

Importante atentar que as propostas políticas contemporâneas apontam para o fortalecimento da ESF, a exemplo do NASF, e valorizam, sobretudo, a gestão participativa. A

seguir, adensaremos o debate acerca da Participação na ESF e como são materializadas tais propostas institucionais em experiências locais.

3.2.3 Saberes e práticas de participação comunitária na ESF: algumas evidências científicas

Em pesquisa bibliográfica realizada na BVS de artigos científicos produzidos acerca da participação comunitária e familiar na ESF apontam concepções, práticas, avanços e desafios acerca da participação na ESF e revelam que o compartilhamento de saberes e a construção de projetos comuns na ESF ainda se configuram como um desafio cotidiano e destacam que os espaços de Participação apresentam uma relação desigual entre usuários, trabalhadores em saúde e Estado.

Embora os diversos estudos balizem que a participação familiar e comunitária ainda está distante de ser considerado um processo de transformação social, as produções indicam um movimento ascendente e crítico de tensão rumo à construção de projetos comuns na ESF. Importante apontar também que mesmo com contradições, impasses e limitações identificadas nos estudos, às análises das produções demonstram o quão promissor é o campo do controle público e da participação popular no acompanhamento do serviço e das políticas públicas.

Estudos identificados na BVS, como de Martins *et al.* (2009), evidenciam que a Saúde da Família propõe uma atenção à saúde focada no indivíduo, na família e na comunidade, que permita de maneira mais justa a participação comunitária no intuito de garantir em toda sua dimensão, o direito à saúde.

A participação social na ESF é concebida nesses estudos como direito de cidadania e atitude consciente, crítica e intimamente ligada à promoção da saúde, a autonomia e emancipação de indivíduos e coletivos. Está associada à ideia de poder, elemento que se adquire participando e que é capaz de promover transformações no âmbito familiar e comunitário.

Entende-se que a participação na saúde é uma prática democrática e não deve ser percebida como um conteúdo que se pode transmitir tampouco como uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento, mas uma atitude e um comportamento a serem construídos pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão (MARTINS *et al.*, 2009).

Conforme apontam os estudos de Machado, Vieira e Silva (2010), uma transformação consciente com relação à participação social só será possível quando ocorrer um envolvimento efetivo do usuário/ família nos meios de produção de conhecimentos e de habilidades para agir na promoção da saúde.

Numerosas produções científicas apontam que as práticas de participação comunitária na APS devem perpassar o planejamento, a organização, o funcionamento e o controle. Campos e Wendhausen (2007) relatam que a participação social é imprescindível no diagnóstico, definição de prioridades, acompanhamento e avaliação.

Contudo, estudos como o de Crevelim e Peduzzi (2005) evidenciam que trabalhadores da saúde não incluem os usuários na dinâmica do grupo de trabalho e no planejamento das ações. Campos e Wendhausen (2007) destacam que para profissionais de saúde a participação social está relacionada muitas vezes apenas ao comparecimento em reuniões, atividades e programas propostos pela equipe.

Braga *et al.* (2009) afirmam que a participação dos usuários dos serviços de saúde na construção e escolha dos serviços oferecidos ainda é parcial e unilateral. Tal situação pode ter influência de práticas históricas na saúde de caráter biologicistas, fragmentadas, normativas e higienistas, limitadoras da participação. Campos e Wendhausen (2007) sinalizam que ainda vivenciamos práticas baseadas em recomendações higienistas, do ponto de vista biologista e preventivista.

Nesse contexto, Machado, Vieira e Silva (2010) apontam para o desenvolvimento de uma participação habilitadora no campo da saúde, capaz de promover processos críticos e transformadores no campo da aprendizagem e práticas de cuidado com a saúde.

[...] a participação é entendida como um processo consciente, crítico, em que a mudança de comportamento para cuidar da saúde se dá pela aprendizagem sobre saúde, pelas habilidades aprendidas, pelo entendimento das condições de saúde articuladas ao estilo de vida e como os serviços de saúde operam. Conceitua nesse caso, tal processo como participação habilitadora, no sentido de ser uma mudança consciente, sendo capaz de mudar, mudar na família e mudar o contexto em que vive (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010, p. 2.134 e 2.135).

Na cena contemporânea, as maneiras de participar são múltiplas e expressas no âmbito individual e especialmente no coletivo, bem como materializadas através de espaços institucionalizados e não institucionalizados.

Campos e Wendhausen (2007) relatam que a participação institucionalizada na área da saúde se expressa nos conselhos locais, municipais e estaduais e nas conferências de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacionais, onde atores participam como representantes.

As formas não institucionalizadas referem-se a possibilidades de participação em toda atividade de saúde, desde as individuais/assistenciais até as coletivas/educativas. Contudo, os estudos apontam que nos espaços não institucionalizados, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Budó *et al.* (2010) revelam, em pesquisa realizada no sul do país, exemplos de práticas participativas como Associação de Bairro, Pastoral da Saúde, grupos religiosos e relacionados à saúde, planejamento familiar, Conselho Local de Saúde, atividades coletivas de lazer, como a capoeira e o time de futebol e projetos de extensão de estudantes.

Particularmente, algumas produções acerca dos Conselhos de Saúde afirmam que estes possuem forte conotação de um mecanismo meramente fiscalizador de políticas e seus conselheiros exercem atribuições que carecem de conhecimento e fundamentação política para garantir o pleno exercício de cidadania e a conquista dos direitos sociais (PESTANA; VARGAS; CUNHA, 2007; CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Evidenciaram ainda deficiências na sua organização, composição e representatividade, nos encaminhamentos das deliberações, no papel do conselheiro e na sua relação com a entidade que ele representa. De acordo com Grisotti, Patrício e Silva (2010), a participação popular e o controle social, como condições essenciais para a efetivação das propostas do SUS, ainda permanecem como expectativa e um grande desafio. Até mesmo as pautas de reuniões do Conselho giram em torno de discussões relacionadas à concepção biomédica de saúde, destacam Crevelim e Peduzzi (2005).

Dessa forma, os Conselhos são apontados como espaço puramente formal e instrumental, com pouca visibilidade onde os conselheiros desconhecem as bases das políticas públicas e mesmo o papel de representante no conselho.

Entretanto, estudos como de Labra e Figueiredo (2002), tiveram como objetivo analisar até que ponto a participação nos Conselhos de Saúde contribui para a aquisição de valores cívicos entre os representantes dos usuários dos serviços do SUS, revelou aspectos positivos da Participação Social nestes espaços. A pesquisa realizada na Região Metropolitana do

Estado de Rio de Janeiro apontou interessantes contornos ao mostrar que, apesar de um contexto da região desfavorável para o desenvolvimento da cidadania, é possível o exercício de práticas democráticas e de cooperação mediante a participação em colegiados públicos como os Conselhos de Saúde. Os entrevistados reconhecem, em geral, que essa participação os levou a se interessar por assuntos relativos ao papel e funcionamento dos poderes públicos, a buscar a superação pessoal e a acumular capital cultural, social e político que os têm levado a se sentirem mais cidadãos, mais pertencentes à comunidade e mais responsáveis pela saúde.

Machado, Vieira e Silva (2010) apontam fases que representam transformações nas posturas de usuários, famílias e comunidade no sentido de promover saúde e participação.

[...] na fase de pré-contemplação, a ênfase é na doença, no cuidado de si. Na de contemplação, o cuidado é na família, centrado na cura e tratamento da doença. Na fase de determinação, há avanço no sentido da prevenção na família, com registros de olhar no entorno. Na de ação, já se registra um comportamento do usuário para alcançar sua autonomia e emancipação. Estes resultados parecem indicar ascendência na aprendizagem de participação do usuário no PSF em direção à promoção da saúde (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010, p. 2133).

Assim, a participação é evidenciada como possibilidade de os cidadãos exercerem o papel de protagonistas na construção e organização do sistema local de saúde e como compromisso ético-político do SUS no sentido de colocar os sujeitos como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde (MARTINS *et al.*, 2009). Nesse sentido, cabe problematizar sobre as reais possibilidades de efetivar a participação familiar e comunitária na ESF. Os estudos apontam ainda uma necessidade de ampliação da clínica para além da cura da doença, destacam a relevância da incorporação de ações de cuidado à saúde que valorize o contexto, os determinantes sociais, a subjetividade do processo saúde-doença, bem como a inserção dos usuários como autônomos e participativos (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010).

De acordo com Campos e Wendhausen (2007) o reconhecimento da crise do modelo histórico médico-clínico tem fomentado a busca por propostas em direção a um novo modelo que alcance a complexidade do processo saúde/doença, incluindo as várias dimensões que o permeiam. Destacam ainda que à participação da comunidade no planejamento, organização, funcionamento e controle da Atenção primária à saúde são condições indispensáveis para que ocorra a otimização da atenção à saúde.

A seguir, delinearemos a construção dos processos participativos na saúde no município de Sobral-CE, *locus* desse estudo.

3.2.4 A Participação Social na ESF de Sobral-CE

3.2.4.1 Recordando a trajetória sócio-histórica e participativa de Sobral – CE

Sobral é um município brasileiro do Estado do Ceará e localiza-se a 238 quilômetros de Fortaleza, capital do Estado. É a principal cidade do noroeste e a segunda mais importante do estado em termos econômicos e culturais, sendo a terceira maior região metropolitana, atrás de Fortaleza e Juazeiro do Norte. Conhecida como a “Princesa do Norte”, foi fundada em 05 de julho de 1773 (SOBRAL, 2012).

As origens de Sobral remontam ao século XVIII, quando fugitivos de invasores estrangeiros do litoral Nordestino se deslocaram para o interior cearense e instalaram-se às margens dos rios Jaguaribe e Acaraú. Em meados de 1728, Antônio Rodrigues Magalhães, vindo do Rio Grande do Norte, instalou a Fazenda Caiçara, considerada berço do Município. As boas condições de clima e a fertilidade do solo contribuíram para que se desenvolvesse no local um povoado que se tornou o mais populoso dentre os seus vizinhos⁹.

A palavra Caiçara, de origem indígena, significa, segundo o escritor José de Alencar, "o que se faz de pau queimado". O nome Sobral que a substituiu, foi dado por Carneiro de Sá, ouvidor do Ceará na época, português, oriundo do Distrito de Sobral, pertencente à Freguesia de Vizeu, ao norte de Portugal. A palavra Sobral, de origem latina, quer dizer abundância de souveiros, espécie de árvore de cujo tronco se extrai a cortiça¹⁰.

Sobral, em 1841 recebe o título de Fidelíssima Cidade Januária do Acaraú devido ao apoio político dado ao presidente da província do Ceará, José Martiniano de Alencar (pai do escritor José de Alencar), contra uma tentativa de deposição. Entretanto, três anos depois, a cidade voltou a se chamar Sobral¹¹.

De acordo com Alves e Silva (2004/2005), Sobral sempre se destacou na rede urbana cearense devido ao seu dinamismo econômico. No século XVIII, ligado à produção e exportação

⁹ <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/ceara/sobral.pdf>

¹⁰ <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/ceara/sobral.pdf>

¹¹ Fonte: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/regional/sobral-e-referencia-para-a-historia-do-ceara-1.749353>. Em 28 fev 2010.

de carne de charque e no século XIX pelo cultivo e beneficiamento de matérias primas locais, a exemplo do algodão, a oiticica e a palha de carnaúba. No decorrer do século XX, conquista um papel de destaque na Região Norte do Estado, através do comércio e de algumas indústrias de capital nacional. Atualmente apresenta transformações nos três setores econômicos.

Nesse processo de desenvolvimento da cidade de Sobral, destacou-se o papel político, social e cultural na cidade. Na primeira metade do século XX foi criada Diocese de Sobral, tendo Dom José Tupinambá da Frota como bispo, vigário da paróquia desde 1908 e considerado um dos grandes responsáveis pelo crescimento e construção de algumas obras no espaço urbano Sobralense, como a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Entretanto, ao contrário de outras figuras da igreja no nordeste como Antônio Conselheiro, Dom José não ficou conhecido pela defesa das classes populares, mas por pertencer à aristocracia e pela sua aproximação com a elite (ALVES; SILVA, 2004/2005).

Conforme consta em Ferreira (2010), Sobral é uma cidade que historicamente apresenta afeição a um passado e suas tradições, copia modismos americanos e é conhecida popularmente como “Estados Unidos de Sobral”. Entretanto, afirma que caminhar pelas ruas de Sobral é surpreender-se com o Arco do Triunfo¹², com o Boulevar, com sua arquitetura peculiar, com o Alto do Cristo, com as procissões e devoções, com o gosto pelo luxo [...] “Um mundo globalizado, onde circulam lado a lado o luxo e a simplicidade do cotidiano” (p.11).

Freitas (2000) acredita permear no cotidiano Sobralense, um sentimento de Sobralidade representado por uma ideia ufanista e de unidade, marcada pela supervalorização do lugar e do sentimento de pertença, mesmo daqueles não nascidos na região. Em seu estudo, Sobral - Opulência e Tradição (2000), ele busca compreender as representações sobre tal sentimento e a forma como são reproduzidas nas práticas da elite local nos espaços sociais da cidade. Destaca que a memória e os significados simbólicos dos monumentos da cidade, elaborados pela elite, denotam uma tradição sobralense que oculta desigualdades.

O documentário “Sobral no Plural”, produzido por Nilson Almino Freitas e Paulo Passos (SOBRAL no plural, 2010), apresenta trajetórias e diferentes percepções da cidade de Sobral que se misturam e ao mesmo tempo se distanciam e dialogam com o sentimento de

¹² O Arco do Triunfo foi erigido em 1953 em homenagem a passagem da imagem peregrina de Nossa Senhora de Fátima por Sobral. Fonte: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/regional/sobral-e-referencia-para-a-historia-do-ceara-1.749353>. Em 28 fev 2010.

Sobralidade e seus inúmeros significados. Caminhando pela cidade, os diretores vão encontrando seus interlocutores, lideranças religiosas, comunitárias e conversando com eles sobre as histórias da cidade e dos bairros, lembranças que tratam sobre a tradição e o momento contemporâneo de Sobral. Os diretores, inicialmente destacam que no Século XX, no romance de Domingos Olímpio, Luzia Homem, já se falava da riqueza e da opulência da cidade de Sobral e destacam que em 2010 o discurso ainda permanece oficial. Apontam que Sobral é muito mais do que o sítio histórico tombado em 1999, apresentam outros territórios discutindo religião, crenças, política, arte, música, vida econômica, urbanização, uso dos espaços públicos e sentimentos de ser Sobralense.

Com relação à vida política da cidade, Freitas (2000), relembra famílias tradicionais ou personagem que se destacaram na história de Sobral como os Sabóias, os Montes, os Prados, os Barretos e os Ferreira Gomes. Para Almino (2000), a “sobralidade triunfante” é construída no eixo desta disputa de qual família é legítima representante deste mito e da hierarquia social.

Em entrevista à informante-chave de sua pesquisa, Oliveira (2007) apresenta aspectos de dois ciclos políticos de Sobral ao longo da história de caráter assistencialista e caritativo, sendo o primeiro de um poder incontestável e formado por nomes como Dom José, representante da Igreja e Chico Monte e José Sabóia, coronéis e donos de terra. No segundo ciclo, com a participação das famílias Prados e Barretos, a relação política e o poder são materializados através da troca de favores. As duas famílias se revezaram no governo de Sobral por 32 anos.

Com relação às políticas de saúde local, em 1997, inicia-se a construção do Sistema Municipal de Saúde, por meio de um diagnóstico de saúde e a realização da I Oficina de Planejamento Estratégico do Sistema Local de Saúde de Sobral que ofereceu subsídios para o primeiro Plano Municipal de Saúde (1997-2000). O planejamento buscou incluir a participação de Conselhos de Direitos, dentre os quais, Conselhos de Saúde e o Conselho Municipal de Assistência Social, Movimentos Comunitários e técnicos da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde. Tal planejamento apontou dentre outras questões, a necessidade de inverter o modelo hospitalocêntrico até então em vigor e estruturar os serviços com base na ESF. Essa estruturação dividiu o município em áreas descentralizadas de saúde, dentre as quais está a Vila União, cenário deste estudo (ANDRADE *et al.*, 2004; GOMES; ANDRADE, 1999). Contudo, conforme

aponta Oliveira (2007), apesar dos avanços nos movimentos participativos, a região é marcada pela repressão aos movimentos sociais.

O Sistema Municipal de Saúde de Sobral caracteriza-se por ser um Sistema Saúde Escola que avança na perspectiva de ser aprendente, ou seja, o território, o Centro de Saúde da Família (CSF), os grupos sociais, as lideranças populares, os movimentos sociais, os momentos formais de instrução, o cotidiano de trabalho nos diferentes espaços organizacionais, as rodas de cogestão, as situações de tensionamentos e de conflitos existentes nos territórios são geradoras de aprendizagens, onde o aprender se constrói e se fortalece mediante sua integração, sábia e delicadamente, a uma grande rede institucional, social e humana, disponíveis no território. Estas situações aprendentes são algo vivo e dinâmico que interagem com o sujeito da aprendizagem modificando-os e sendo modificadas dialeticamente (SOARES *et al.* 2008; DIAS *et al.*, 2007).

A construção democrática e participativa do Plano Municipal de Saúde disparou ações voltadas à participação popular tais como: a criação dos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde nos bairros em parceria com as equipes de saúde; no ano 2000 foram realizadas as pré-conferências e a Conferência Municipal de Saúde, com mais de mil participantes, que para além do plano municipal, pautou a redefinição da composição do Conselho Municipal de Saúde, ampliando a participação dos usuários; em 2001 foi criada a Casa dos Conselhos, proporcionando assessoria técnica ao controle social e estrutura-física aos Conselhos de Saúde, da Assistência Social, Criança e do Adolescente, da Mulher, Anti-droga e os Conselhos Locais. É válido enfatizar que esse espaço possibilitou o encontro dos conselheiros fortalecendo os diálogos na formulação de políticas intersectoriais (SOARES *et al.*, 2009, p. 07).

Soares *et al.* (2009) aponta que a construção do plano disparou ações voltadas à participação tais como a criação de Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde (CLDSS), a Conferência Municipal de Saúde de Sobral, em 2000, o Conselho Municipal de Saúde e a Casa dos Conselhos, em 2001, a criação da Ouvidoria em 2007 e da Coordenação de Mobilização e Participação da Secretaria de Ação Social e Saúde de Sobral em 2008.

Sobre o Conselho Municipal de Saúde de Sobral (CMSS), este iniciou sua gestão em 2006 em um cenário bastante heterogêneo com relação aos Conselhos Locais de Saúde, denominados Conselhos de Desenvolvimento Social e de Saúde. Nesse sentido, realizou uma “Análise Situacional dos Conselhos Locais de Saúde de Sobral” junto aos movimentos populares e/ou a equipe de saúde para compreender as diversas transformações ocorridas entre 2000 a 2006. Na ocasião, reuniu conselheiros representantes dos CLDSS das seis macrorregiões administrativas de Sobral. Ao final desta pesquisa de campo, constatou-se que havia cinco

conselhos funcionando, dezessete desativados e sete Comunidades que nunca tiveram CLDSS. Sobre os resultados da análise, Ponte *et al.* (2012) destacam:

A Análise Situacional apontou que a iniciativa de implantação dos Conselhos Locais deu-se a partir de 2000, com o incentivo de profissionais das equipes de saúde, residentes da residência multiprofissional em Saúde da Família e do Conselho Municipal de Saúde, com a participação de alguns movimentos sociais. No entanto, não havia um processo de formação para esses atores sociais e nem organização institucional de suporte técnico e pedagógico às ações locais (p.238).

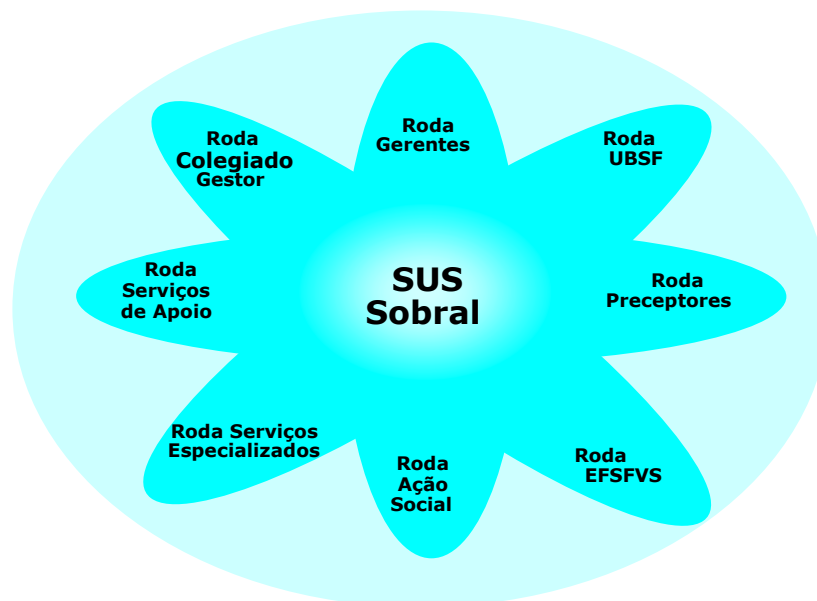
Acrescido a isso, não houve empoderamento da comunidade nos processos de organização dos CLDSS e após a saída de alguns profissionais dos Centros de Saúde ou a conclusão da residência multiprofissional em saúde da família ocorreu à desarticulação de vários conselhos (PONTE *et al.*, 2012). Conforme consta em Andrade e Martins Junior (1999), os Conselhos Locais de Saúde foram criados inicialmente pela equipe do PSF, através de reuniões com a comunidade para sensibilizar a população para escolha de Conselheiros. Nesse período, a gestão local pretendia tornar esse movimento popular em Conselhos Locais de Municípios Saudáveis, espaço que poderia tornar a participação de conselheiros mais atuantes em diversos setores das políticas. A pesquisa identificou ainda a ausência de uma política voltada para a educação popular em saúde, de programas de capacitação de conselheiros e de políticas sistemáticas de acompanhamento e avaliação (ANDRADE; MARTINS JUNIOR, 1999).

Ao final desse estudo, foi construído o projeto de fortalecimento de controle Social em Sobral de maneira compartilhada entre o CMSS, movimentos sociais da comunidade e serviços de saúde e educação, ações de disseminação e sensibilização da prática local de democracia participativa, através da reativação e fortalecimento dos CLDSS, Formação de Mobilizadores Locais para o fortalecimento do controle social e criação em 2008, da Coordenação de Mobilização e Participação Popular pela Secretaria da Saúde e Ação Social, que juntamente com o CMSS e a EFSFVS desenvolveram ações de educação permanente com mobilizadores locais (Ponte *et al.*, 2012).

Para além do CMSS e dos CLDSS, outra iniciativa municipal, que busca contribuir com a potencialização da participação e espaços de cogestão de coletivos no sistema de Saúde de Sobral-CE, são as Rodas, inspiradas no Método da Roda/Método Paidéia proposto por Campos (2000) e materializado mediante as Rodas dos Gerentes dos CSF, Rodas das Equipes dos CSF, Rodas do colegiado Gestor da Secretaria da Saúde e Ação Social (SOARES *et al.*, 2009).

O método Paidéia objetiva o apoio à cogestão e a produção de Valores de Uso e de Coletivos Organizados. Tem se adotado para quem trabalha com o Método, a denominação de Supervisor matricial ou de Apoiador Institucional que desempenham funções junto às equipes, ajudando-as na gestão e organização de processos de trabalho (CAMPOS, 2000). Segue abaixo, figura apresentando a estrutura de cogestão desenvolvida em Sobral.

Figura 1: Estrutura da cogestão de Coletivos na Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral: Identidades e Relações.



Fonte: Pagani, 2007

O Método Paidéia supõe que em todos os espaços institucionais estão em jogo poderes, saberes e afetos (CUNHA; CAMPOS, 2010).

O método busca enfrentar um tipo de fragmentação temática que contribui fortemente para a submissão e o controle das pessoas, qual seja, a de que os saberes devem ser discutidos pelos sabidos, *experts* neste ou naquele assunto ou em Pedagogia. Enquanto que os poderes, as disputas e os interesses **não** devem ser discutidos, exceto pelos altos círculos de poder da organização, afinal, somos *todos uma família e estamos no mesmo barco*. Assim como os **afetos**, os **sentimentos** e outras *menoridades* devem ser deixados fora da organização, e direcionados para a vida pessoal, a terapia individual ou grupal, caso necessário (CUNHA; CAMPOS, 2010, p. 38).

O método da Roda foi implantado em Sobral a partir de 2001 com o apoio da Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde. A proposta inicial era de inserir este novo

modelo em toda a “prática” gerencial e de gestão da rede pública de saúde local. Para isso, foi realizado o I Encontro das Rodas de Saúde de Sobral, criando e intensificando as diversas rodas nos serviços. Em 2003, ocorreu o II Encontro das Rodas da Saúde de Sobral, ocorrendo avaliações satisfatórias dos dois anos da sua implantação (PAGANI, 2007).

De acordo com Pagani (2007), em linhas gerais, o método de cogestão de coletivos implantado em Sobral-CE propiciou a reflexão de problemas, a troca de experiências, a aprendizagem significativa, o vivenciar de angústias e o trabalhar interdisciplinar, sendo um espaço de acolhimento de opiniões, sugestões, críticas e decisões do coletivo. Apesar das conquistas, muitas são as limitações, entre elas, a tendência à centralização do poder e de uma certa burocratização com dificuldade na mudança dos padrões e comportamentos. Entretanto, o modelo mostra-se inovador e configura-se como uma nova maneira de gerenciar que possibilita o desenvolvimento de um trabalho com profissionais mais sujeitos, comprometidos e capazes de refletir e intervir sobre seu processo de trabalho (PAGANI, 2007).

A ESF Sobralense adota outras ações de Promoção da Saúde voltadas para o âmbito individual e coletivo, a exemplo das visitas domiciliares, abordagens individuais e coletivas da equipe multiprofissional em saúde da família, os grupos de adolescentes, gestantes, ginástica comunitária, mulheres, saúde mental, criança, entre outros. Entretanto, além das ações individuais e coletivas promovidas. Há ainda movimentos autônomos e promotores de saúde nos territórios e que associam a participação a um processo significativo no lugar em que vivem seus participantes (SOUSA *et al.*, 2011).

Em pesquisa sobre a relação entre Participação Comunitária e ESF do SUS, no bairro Terrenos Novos em Sobral-CE, Nepomuceno (2009) evidencia que as concepções de Participação Social para lideranças comunitárias da comunidade de Terrenos Novos, território que fica nas proximidades de Vila União, estão associadas à visão de um desenvolvimento local, a um diálogo com governantes, à dimensão do amor, como algo inerente aos processos humanos, capaz de gerar redes de solidariedade, sentidos e sonhos comuns. Nesse contexto, a participação é situada na interface entre o pessoal e o comunitário, entre um projeto de vida e de comunidade. Os participantes do estudo apontaram como possibilidades de espaço de participação: os mutirões de saúde, o Conselho Local, Grupo de Teatro, Grupos Comunitários, equipamentos sociais, projetos municipais e feiras de cultura e artesanato, dentre outros.

A partir da trajetória de constituição da participação social na saúde de Sobral-CE, é possível discorrer que existe um campo significativo de possibilidades construídas por múltiplos sujeitos, entretanto, tudo isso coexiste com desafios colocados no cotidiano e que muitas vezes exigem um olhar ampliado, questão a que se propõe esse estudo. Importante reafirmar que a pesquisa adentrará no território Vila União em Sobral-CE, lugar que surge na história do município já com nome de luta e com a “marca” da Participação Social.

3.2.5 O Território de Vila União e a Participação Social na Saúde

No território de Vila União, conforme consta em estudo da RMSF, os processos participativos na saúde são tecidos de maneira sistemática, mas contraditória, ora como manifestação para o coletivo, ora como reflexo de espaços institucionalizados nos quais o papel das pessoas que os compõem é o de materializar interesses por vezes próprios (SOUSA *et al.*, 2009).

Vila União foi se constituindo a partir de um movimento de luta por moradia na década de 90 e as necessidades sociais iniciais que permearam a ocupação do território foram intensas e transformadas a partir da participação compromissada de seus moradores.

Conforme consta em Mendes (2007), a Vila União surgiu em 24 de agosto de 1991 como uma extensão do bairro vizinho, chamado Terrenos Novos, quando 50 famílias sem moradia ocuparam uma área improdutiva da antiga Fazenda Mucambinho. O próprio nome do território é permeado de sentidos para seus moradores e representa a história da organização e união que resultou na comunidade. Cabe destacar que o movimento não teve o apoio da prefeitura, que na época era administrada por José Parente Prado (OLIVEIRA, 2007).

No documentário “Sobral no Plural” (2010), Osvaldo Aguiar, ambientalista e liderança comunitária, um dos participantes do movimento de surgimento da Vila União destaca que vários bairros de Sobral foram construídos mediante ocupações irregulares e permeadas por trocas de favores para construção das casas. Particularmente sobre a Vila União, destaca que sua ocupação foi organizada por um grupo de pessoas do bairro Alto da Brasília com dificuldade de moradia. Oliveira (2007) em sua monografia intitulada “Revelando a Participação em Vila União,

bairro do município de Sobral” ressalta que as pessoas eram advindas principalmente do bairro da Expectativa. Destaca ainda que não havia na época um consenso de quem detinha a posse das terras.

Oswaldo Aguiar no documentário Sobral no Plural (2010) lembrou que durante o movimento no bairro foi criado o Cartório de Deus, local onde diariamente ocorriam reuniões para direcionar o trabalho do dia seguinte e sortear os lotes para moradia. A liderança aproveitou a oportunidade para citar dentre outros problemas antigos e atuais enfrentados pelo território, a poluição do ar emitida por uma Fábrica de Cimento que fica instalada no bairro. Destaca que muitas famílias foram obrigadas a sair de lá por problemas respiratórios e que a comunidade luta pela instalação de um filtro para minimizar a emissão de poluentes.

Oliveira (2007) em pesquisa realizada com duas lideranças comunitárias - Maria Valdete Silva, conhecida como Maria dos Tijolos (tinha esse apelido, pois quando chegou em Vila União, durante o movimento de ocupação, tinha uma pequena olaria e vendia os tijolos para a construção das primeiras casas da comunidade) e Antônio Barbosa Oliveira, conhecido por Barbosa, evidenciou que o planejamento do bairro foi todo realizado de maneira participativa, tendo a planta inclusive sido planejada para que atendesse às necessidades dos moradores. Revela que na noite do dia 24 de agosto, aproximadamente duzentas pessoas ocuparam a área da Vila União e rezaram de mãos dadas em um grande círculo no local onde hoje se encontra em fase de conclusão, a Praça da Juventude¹³. O local era utilizado também por moradores do bairro Terrenos Novos e foi preservado, dado a sua utilidade. Após este episódio, os lotes foram sorteados e cada morador construiu suas casas com poucas condições financeiras. As primeiras eram de taipa, sem muita estrutura. Na época da ocupação, não se sabia ao certo quem detinha a posse dos terrenos, havia relatos que pertencia à União, à UVA, enquanto outros afirmavam que era um terreno da Secretaria de Agricultura.

Na perspectiva de reivindicar melhorias na infraestrutura da comunidade como direito, foi criada em 1994, a Associação dos Moradores de Vila União (ASMOVIU), tendo o

¹³ O projeto Praça da Juventude foi criado em 2007 com o objetivo de levar equipamento esportivo público e qualificado para a população e tornar-se referência para a juventude. É uma área de convivência comunitária onde são realizadas também atividades culturais, de inclusão digital e de lazer para a população de todas as faixas etárias. Fonte: <http://www.esporte.gov.br/index.php/institucional/secretaria-executiva/praca-da-juventude>

líder José Ribamar Rodrigues como primeiro presidente. Algumas conquistas foram fruto das lutas a exemplo da água, da luz e o do Posto de Saúde (OLIVEIRA, 2007).

Mendes (2007) destaca que Padre Sadoc de Araújo teve significativa participação na educação do bairro. Foi responsável pela construção do prédio da escola ABC da Vila União e a luta pela construção da Igreja da Bíblia, iniciada em 2004. Em 2008 foi implantado na estrutura física do Polo ABC o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), porta de entrada para atenção à Política de Assistência Social do Território (SOBRAL, 2012).

De acordo com Oliveira (2007), parte das necessidades de infraestrutura da comunidade e fortalecimento da administração pública foi respondida em 2000 com o Projeto de Urbanização, o PROURB. O Projeto tinha como interlocutores, o Banco Mundial, o Governo do Estado, a Prefeitura Municipal e a população beneficiada. Foi desenvolvido na comunidade entre 2000 e 2003, tendo beneficiado 1.200 famílias com reconstrução de casas de taipa, urbanização, esgotamento sanitário, drenagem, pavimentação, sistema de água e energia além de prever a construção do Posto de Saúde e de uma igreja. Para que o financiamento do PROURB fosse efetivado, Oliveira (2007) destaca que havia a necessidade de vinculação a uma Associação Comunitária. Daí surgiu a Associação Nova Jerusalém em 2000, tendo como presidenta “Maria dos Tijolos”. A construção das casas ocorreu pela própria comunidade, sendo o material disponibilizado pelo projeto. O PROURB ofereceu cursos de carpintaria, construção civil, almoxarifado e instalações prediais e teve término em 2003.

Tendo como objetivo produzir elementos para compreender a história local e como vive a comunidade da Vila União, em 2008, a Turma da RMSF da qual fiz parte, realizou durante o processo de Territorialização uma pesquisa junto a moradores antigos do bairro. Os resultados do estudo foram organizados em cinco eixos: formação da comunidade, percepção sobre o bairro, principais atividades culturais e de lazer, saúde do bairro e cuidados com a saúde.

A investigação evidenciou que a participação emerge como estratégia para o desenvolvimento de uma consciência autocrítica e para a realização da cidadania, mas também para uma cultura de controle, reprodução de interesses muitas vezes apenas individuais e desmobilização social. Apontou ainda, o surgimento de novos arranjos participativos na saúde não institucionalizados, a exemplo dos grupos juvenis. No que se refere à formação da Comunidade da Vila União, os informantes afirmaram que a maior parte dos terrenos da

comunidade foram adquiridos por meio de doações, ocupações e compra por baixos preços. Os nomes de vários líderes comunitários como “Maneco” Manoel Vieira Linhares foram lembrados pelos moradores como figuras de destaque nesse processo. A pesquisa constatou que alguns moradores também migraram de outras localidades como a Serra da Meruoca e Massapê para morar na comunidade (SOBRAL, 2008).

Na pesquisa acima citada, moradores antigos afirmaram que havia fragilidade na estrutura de Vila União, sendo as primeiras moradias de taipa, papelão e lona. A água era obtida em um chafariz, localizado em um território próximo chamado Junco, e os terrenos eram cobertos por vegetação e alagadiços. As mudanças só começaram a ocorrer após a criação da Associação Comunitária. A chegada do Posto de Saúde foi fruto de reivindicações de moradores que tinham que se deslocar até os Terrenos Novos para cuidar de sua saúde. De acordo com os depoimentos, agentes comunitários (as) de saúde e enfermeiros (as) do PSF dos Terrenos Novos, que residiam na Vila União, fizeram um levantamento das necessidades da população e enviaram relatório para a secretária de saúde de Sobral reivindicando uma unidade de saúde no bairro (SOBRAL, 2008).

Assim, o primeiro Posto de Saúde foi inaugurado na comunidade em 1999, próximo à Fábrica de Cimento, porém era de difícil acesso. O secretário de saúde de Sobral na época, Odorico Monteiro, conheceu a unidade e observou a necessidade de transferi-la para outra localidade. Assim, no ano seguinte, foi transferida e em 2008 foi iniciada a construção de uma nova estrutura física para o CSF (SOBRAL, 2008). O novo CSF, Dr. Antônio de Pádua Neves, foi inaugurado em 2009 e surgiu através dessa real necessidade da comunidade por uma atenção à saúde qualificada (SOBRAL, 2012).

Com relação à institucionalização da Participação Social nos serviços de Saúde da Vila União, em 23 de março de 2005, foi criado o conselho local de saúde, a partir de uma integração entre a equipe de saúde e a população, objetivando uma melhor discussão das questões de saúde do bairro (SOBRAL, 2008).

Sobre o CLDSS de Vila União, conforme consta no Relatório de atividades (2009-2011), a primeira constituição do Conselho ao longo dos anos sofreu gradativo enfraquecimento. Contudo, em 2009, iniciou-se um movimento de revitalização. Com este objetivo, foram realizados diversos momentos formativos e de educação em saúde facilitados por lideranças locais, profissionais do CSF, da RMSF e do NASF. A partir de sua reativação, até os dias atuais,

o Conselho Local tem tido atuação ativa por meio da promoção de encontros com o propósito de fortalecer vínculos, abordar temáticas plurais e propor intervenções voltadas à promoção da Saúde no território (SOBRAL, 2011).

Em 17 de Outubro de 2009, tomou posse à última composição do colegiado do CLDSS de Vila União, instância que apesar de suas limitações tem buscado contribuir com a esperança, a cidadania e a participação social no SUS e se apresenta como experiência potencializadora de transformação social e de saúde (SOBRAL, 2011).

Segundo Sousa *et al.* (2009), no atual cenário do bairro Vila União, são corriqueiras as mobilizações realizadas junto à comunidade com o propósito de gerar participação nas atividades promovidas pelo setor público, setor privado, pela sociedade civil e pelos movimentos sociais. Percebe-se que o exercício da participação tem sido desenhado por vários grupos com perfis organizativos próprios e com uma singular inserção na tessitura social. Entre esses grupos vem se destacando o envolvimento da juventude, percebida como geradora de mudanças (SOUSA *et al.*, 2009).

Em outra pesquisa realizada pela RMSF, que buscou investigar e analisar os processos de participação comunitária para lideranças comunitárias de Vila União (SOUSA *et al.*, 2009), foi evidenciado que participação é concebida como a prática da fala, direito à vez e à voz, como exercício de cidadania e estratégia para o desenvolvimento comunitário e entendida como uma forma de manifestar-se para o coletivo.

Por meio dos discursos e das observações do estudo acima relatado, foi possível perceber que muitos jovens da comunidade apresentam uma consciência coletiva e manifestam desejo de participar e realizar algo com e para a comunidade, conforme consta a seguir:

Estes veem se organizando de forma autônoma ou mediada por políticas públicas em diversos grupos como os de dança (Grupo Swing Mix, Axé Music, Evolução Mix e de dança contemporânea do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS), os Grupos de Capoeira do CRAS e da Associação Comunitária Nova Jerusalém, os grupos de Oração como o Kairós, o PROJOVEM, Projeto Vida que te Quero Viva, dentre outros. Vale ressaltar que esses jovens estão presentes de forma ativa em diversos espaços de participação e controle social como no Pacto Intersetorial e no CLDSS (SOUSA *et al.*, 2009, p.24).

Dentre os grupos apontados, a pesquisa da RMSF identificou que dois deles têm uma maior visibilidade e legitimidade dentro da comunidade devido à sua atuação política e cultural no território. São eles: o Grupo Mentres Brilhantes e o Uz Brother's (SOUSA *et al.*, 2009).

O Grupo Mentres Brilhantes é constituído por adolescentes que têm como principais objetivos: desenvolver as potencialidades de adolescentes; fortalecer vínculos com profissionais de saúde, família e comunidade; trabalhar temas específicos de educação em saúde; desenvolver o protagonismo juvenil e melhorar a qualidade de vida de adolescentes. Já Uz Brother's é um grupo de jovens formado por aproximadamente 28 amigos do bairro (crianças e adolescentes). Possuem um time de futebol e reúnem-se na rua e na casa de um dos líderes comunitários do bairro. Realizam festas na comunidade e participam dos encontros do CLDSS de Vila União (SOUSA *et al.*, 2009).

Em 2009, o Projeto Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde – AIPS, Integrante do Programa de Intercâmbio de conhecimento e Promoção da Equidade entre Brasil e Canadá identificou e potencializou experiências de Promoção da Saúde nos dois países, sendo Sobral um dos municípios escolhidos. Dentre as práticas de Promoção da Saúde evidenciadas pelo Projeto, estão os grupos de adolescentes já citados, o CLDSS e o Pacto Intersetorial entre os Territórios Vila União, Terrenos Novos e Junco (SOUSA *et al.*, 2009). O Pacto nasceu em 2005, com a pretensão de promover um diálogo conjunto entre diversos atores sociais para promover ações integradas de interesse da comunidade. O intuito era de constituir uma rede intersetorial a partir da articulação de instituições, movimentos sociais e comunidade (DIAS *et al.*, 2010).

A partir do debate suscitado, observamos que a trajetória histórica e social de Vila União tem sido construída dentro de um contexto importante de lutas, avanços, conquistas, mas também de desafios. Nesse cenário, diferentes sujeitos têm construído os processos participativos dentro do território.

4 METODOLOGIA: Construindo caminhos da/na caminhada

Neste capítulo, descrevo os caminhos percorridos para analisar as percepções de lideranças comunitárias e profissionais de saúde sobre a participação social na Estratégia Saúde da Família do território de Vila União em Sobral-CE.

Conforme aponta Tobar e Yalour (2001), embora pareça contraditório, esse processo também é artesanal e não possui um caminho único, bem como apresenta múltiplos pontos de chegada. Entretanto, não se pode afirmar que não há rigor na busca e construção do conhecimento, pois, mesmo nos ofícios artesanais, existem técnicas e métodos. Cada um com suas vantagens e desvantagens que, no caso, o artesão deverá avaliar e optar pelo mais adequado.

Assim, tendo em vista que o método por si só não garante resultados, mas possibilita o acesso aos mesmos e compreendendo a pesquisa como uma arte (TOBAR; YALOUR, 2001), optamos por um caminho e um método prazeroso para a produção de um saber novo acerca das percepções sobre a participação social na ESF de Vila União em Sobral - CE.

A abordagem da pesquisa foi pautada na construção de uma relação dialógica, dialética e colaborativa entre pesquisadora e participantes do estudo. Conforme destaca Angrosino (2009), “o sentido de uma perspectiva ‘dialética’ é que a verdade emerge da confluência de opiniões, valores, crenças e comportamentos divergentes e não de alguma falsa homogeneização imposta de fora” (p.28).

A proposta da investigação não foi reconhecer os participantes da pesquisa como “objetos de conhecimento” (ANGROSINO, 2009), mas colaboradores ativos do processo. Para isso, as estratégias metodológicas foram planejadas levando em consideração todos os sujeitos envolvidos no estudo.

Importante destacar que a inserção em campo não foi realizada de maneira descompromissada, devido principalmente ao meu vínculo no território e à participação na história política desse lugar enquanto trabalhadora, residente, pesquisadora, militante e sujeito implicado (MERHY, 2004) e transformador nesse processo. Assim, as atividades em campo foram pautadas em um compromisso ético, social e político com os sujeitos participantes.

4.1 Abordagem e tipologia do estudo

O estudo teve caráter qualitativo e buscou explorar e entender significados atribuídos por indivíduos e grupos a um determinado problema social (CRESWELL, 2010), no caso a participação social na ESF de Vila União em Sobral-CE.

Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa:

[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (p.21).

A pesquisa qualitativa se abstém de estabelecer um conceito definido daquilo que se estuda, bem como de formular hipóteses no início para depois testá-las. Os conceitos e as hipóteses, caso sejam utilizados, são desenvolvidos no processo (CRESWELL, 2010).

O estudo em questão, por suas características, apresentou em sua essência concepções filosóficas construtivistas. Conforme destaca Creswell (2010), identificar a concepção filosófica do estudo é necessário para justificar a escolha da abordagem para a pesquisa. A concepção representa uma orientação geral sobre o mundo e a natureza, bem como é moldada por crenças, área de disciplina ou experiências do pesquisador.

Assim, neste estudo adotamos a concepção filosófica construtivista, uma abordagem típica da pesquisa qualitativa. Os construtivistas sociais defendem suposições de que os indivíduos procuram entender o mundo em que vivem e trabalham e desenvolvem significados múltiplos e subjetivos de suas experiências. Estudos permeados pela referida concepção tendem a confiar o máximo possível nas visões que cada participante tem da situação investigada, visões estas construídas e negociadas social e historicamente através de discussões e interações com outras pessoas (CRESWELL, 2010).

Para atingir a intencionalidade da investigação, realizamos uma pesquisa de campo do tipo exploratório-descritivo. Esta é pautada em investigação empírica “cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno (...) ou modificar e clarificar conceitos” (LAKATOS; MARCONI, 2005, p.190).

Desenvolvemos um estudo de caso único com a exploração sobre as percepções acerca da participação social na ESF de Vila União em Sobral-CE. Para Yin (2001), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente que permite uma investigação empírica para apreender as características significantes e holísticas de eventos contemporâneos da vida real e utiliza-se de múltiplas fontes de evidência. Em geral, representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo "como" e "por que" e quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o foco se encontra nos fenômenos contemporâneos da vida real.

Para operacionalizar um estudo de caso, Yin (2001) destaca que são importantes cinco componentes básicos que deverão estar presentes no projeto de pesquisa: as questões do estudo, suas proposições, se houver, sua(s) unidade(s) de análise, a lógica que une os dados às proposições, e, os critérios para se interpretar as descobertas, elementos que serão descritos detalhadamente nesta proposta de investigação.

Devido à sua natureza heurística, o estudo de caso é exploratório e tem como principal utilidade a possibilidade de apreensão do problema nos seus diferentes traços. Sua importância está no fato de romper com o senso comum, não se limitando ao conhecimento descritivo e promovendo um processo de compreensão dos elementos mais significativos, investigados em sua profundidade. “O estudo de caso é, portanto, a articulação do caráter técnico, que investiga a realidade, com o caráter lógico, que devem estar apoiados em referências teóricas” (MARTINELLI, 1999, p. 46). Segundo Yin (2001), a utilização da teoria nos estudos de caso, não apenas representa um apoio na definição do projeto de pesquisa e na coleta de dados como também se torna um meio importante para a generalização dos resultados.

Casos únicos representam um projeto comum para realizar estudos de caso, e foram descritas duas etapas: as que utilizam projetos holísticos e as que utilizam unidades incorporadas de análise. No geral, o projeto de caso único é eminentemente justificável sob certas condições - nas quais o caso representa um teste crucial da teoria existente, nas quais o caso é um evento raro ou exclusivo ou nas quais o caso serve a um propósito revelador. Uma etapa fundamental ao projetar e conduzir um caso único é definir a unidade de análise (ou o próprio caso). É necessária uma definição operacional e deve-se tomar algumas precauções - antes que se assuma um compromisso total com o estudo de caso como um todo - para garantir que o caso, na verdade, seja relevante ao tema e às questões de interesse. Ainda podem ser acrescentadas subunidades de análises em um caso único, de forma que se possa desenvolver um projeto mais complexo - ou incorporado (YIN, 2001, p.67).

Para Martinelli (1999), o estudo de caso é uma forma de investigar o real, onde se coleta e registra dados para posterior interpretação e reconstrução em bases científicas. Configura-se como uma investigação empírico-indutiva, na qual o caso é uma unidade significativa do todo, a deter a possibilidade de explicação da realidade concreta.

Assim, realizamos um estudo de caso único acerca da participação social na ESF, tendo como unidade de análise o território de Vila União em Sobral-CE. Yin (2001) contribui com a descrição de Estudos de Casos Únicos.

O Estudo de Caso possibilitou, mediante a pesquisa de campo, investigar de maneira aprofundada diversas percepções de lideranças comunitárias e profissionais de saúde acerca da participação na ESF em Vila União, Sobral-CE, sistematizadas nesta pesquisa.

4.2 Período e caracterização do local da pesquisa

Tendo em vista que o período de construção de uma pesquisa compreende o momento de elaboração do projeto até o término do estudo, iniciamos em abril de 2012 com término em agosto de 2014. Nesse percurso, em junho de 2013 ocorreu à qualificação do projeto. Posteriormente, ele foi submetido às instâncias éticas, tendo sua aprovação pelo Comitê de Ética da UVA em Sobral-CE em maio de 2014. Já a coleta de dados, análise e redação final da dissertação iniciaram logo após parecer favorável para entrada em campo.

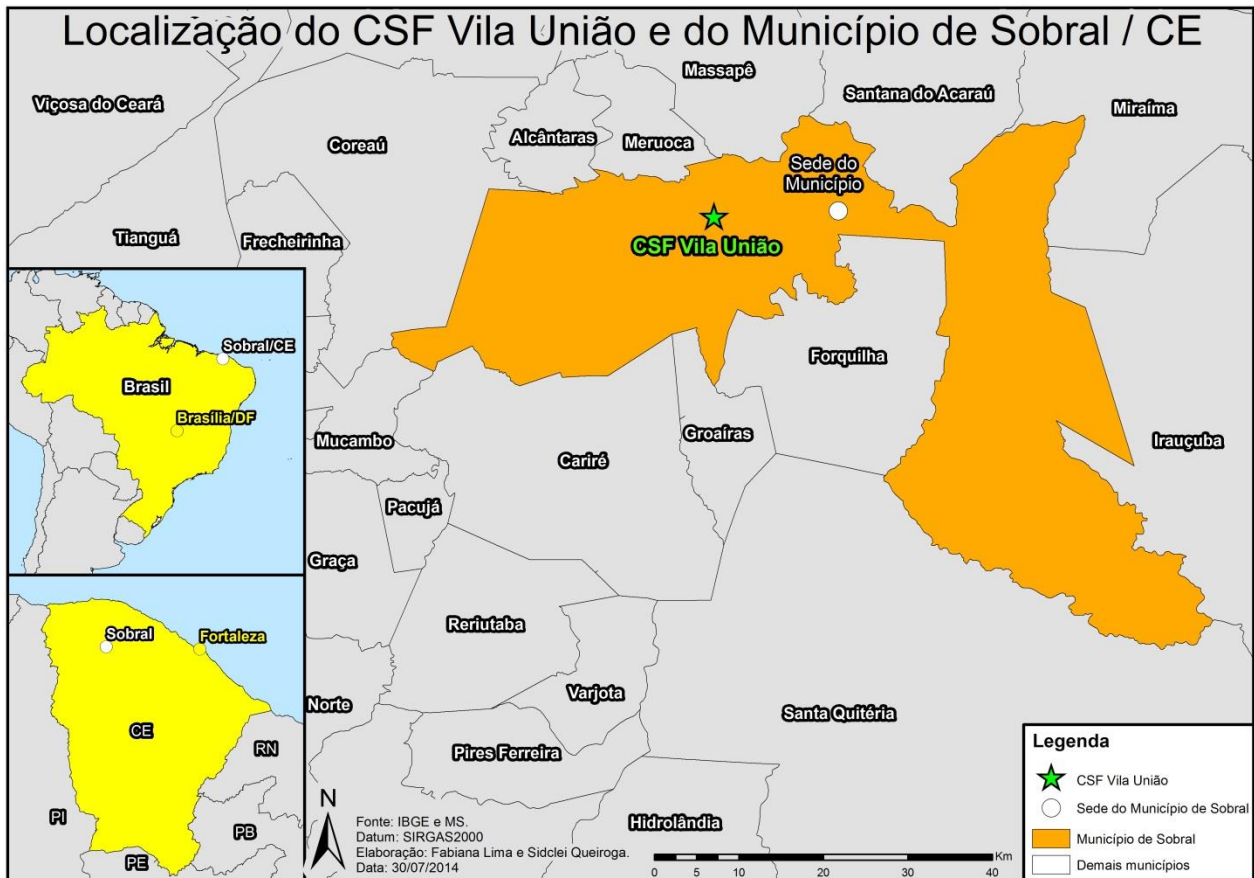
O estudo, conforme já relatado anteriormente ocorreu no Estado do Ceará, particularmente no município de Sobral e no território de Vila União, onde se encontra o *locus* de estudo e o CSF.

O Estado do Ceará tem população estimada de 8.778.575 (2013), possui 184 municípios e no desenho de Regionalização da Saúde tem 22 Regiões de Saúde. Sobral é sede de uma das quatro macro regiões do estado¹⁴. O Município de Sobral apresenta extensão territorial de 2.129,989 km² e população estimada de 197.663 habitantes (IBGE, 2013). Tem renda PIB Per capita de 12.774,81 (2011) e 11,28% (2010) da população em situação de extrema pobreza.

¹⁴Fonte: Nota Técnica. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. Estado: Ceará. Competência: Abril de 2014.

Possui 16.666 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família¹⁵ com perfil saúde, destas, na 2ª vigência de 2013, foram acompanhadas 12.623 famílias pela Atenção Básica¹⁶. Segue abaixo, mapa da localização do CSF de Vila União e do Município de Sobral-CE.

Figura 2: Mapa da localização do CSF Vila União e do Município de Sobral-CE.



Fonte: Elaboração própria.

Tendo como referência o mês de abril de 2014, Sobral apresenta cobertura de Atenção Básica de 91,91%, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 100%. Com relação à Saúde Bucal, tem cobertura de 77,67%. Considerando somente a Estratégia Saúde da Família, tem uma cobertura de 64,58%¹⁷.

¹⁵ O Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza no Brasil. Integra o Plano Brasil Sem Miséria. Possui três eixos principais: a transferência de renda; as condicionalidades que reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares que objetivam o desenvolvimento das famílias e a superação da situação de vulnerabilidade. Fonte: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>

¹⁶ Idem item 14.

¹⁷ Idem item 14.

Conforme consta no sistema DATASUS (2014), Sobral tem 59.685 famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Conta com 37 UBS cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Possui 401 Agentes Comunitários (as) de Saúde, 56 equipes de Saúde da Família, 6 equipes de NASF e 37 equipes de Saúde Bucal¹⁸.

Vila União é um bairro urbano de Sobral que convive com doenças prevalentes, como dengue, tuberculose, hanseníase e calazar, e onde a violência social e o abuso de drogas são aspectos sociais importantes e determinantes no processo de adoecimento (SOBRAL, 2012).

Conforme fontes do SIAB (Abril/2014), em Sobral, o CSF de Vila União possui duas equipes de saúde da família cadastradas que acompanham 8.376 pessoas (4.157 do sexo masculino e 4.219 do sexo feminino), totalizando 2.198 famílias. Destas, 568 são beneficiárias do Programa Bolsa Família e mais de 90% têm abastecimento de água através da Rede Pública, moradias de tijolo, coleta pública de lixo e energia elétrica. Dentre os principais agravos de saúde acompanhados pela equipe, citamos o acidente vascular cerebral, a Hipertensão, o Diabetes, a Hanseníase e a Tuberculose.

O território atualmente conta com o serviço de saúde em funcionamento de segunda à sexta de 7h às 11h e de 13h às 17h. Estabelece parceria com o Laboratório Regional, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, Centro de Especialidades Médicas - CEM, Santa Casa, Hospital Dr. Estevam, Zoonose, CAPS Geral, CAPS AD, Trevo de Quatro Folhas, Conselho Tutelar e outros (SOBRAL, 2012).

Na área da educação, destacamos a Creche Emílio Sendim que acompanha crianças de dois a cinco anos. Os alunos do ensino fundamental e médio frequentam as escolas dos bairros vizinhos: Colégio de Ensino Fundamental Mocinha Rodrigues nos Terrenos Novos, Escola Gerardo Rodrigues e Escola de Ensino Médio Jarbas Passarinho ambas nos bairros Junco, Cirão e Luis Felipe na Coelce. No setor de desenvolvimento econômico do bairro Vila União, importante destacar a realização de Feiras de Artes e Negócios da Vila União - FENAVU realizadas no período de julho a dezembro (SOBRAL, 2012).

¹⁸ Idem item 14.

4.3 Participantes da pesquisa

A intencionalidade que está por trás da pesquisa qualitativa é a seleção intencional dos participantes ou dos locais ou ainda dos documentos que melhor ajudarão o pesquisador a entender o problema e a questão de pesquisa. Não se trata de uma amostragem ou seleção aleatória de um grande número de participantes ou locais como no caso da pesquisa quantitativa (CRESWELL, 2010).

De acordo com Minayo (2006), nas pesquisas qualitativas, o pesquisador pode selecionar participantes representativos em relação ao objeto do estudo. Tendo em vista tal consideração, foram convidados (as) para participar desta pesquisa: lideranças comunitárias e profissionais de saúde que lidam diretamente com Participação Social e compõem as equipes de Saúde da Família do CSF da Vila União em Sobral – CE, a saber: doze ACS, três enfermeiras, um médico, dois odontólogos, três gestores (Gerente de CSF, Apoiadora Institucional/Tutora de território e Coordenador de Macroárea) e equipe multiprofissional de apoio matricial¹⁹ do território, sendo cinco profissionais da RMSF (Duas Nutricionistas, uma Assistente Social, uma Terapeuta Ocupacional e um professor de Educação Física) e cinco do NASF (Uma Assistente Social, uma Terapeuta Ocupacional, uma Fisioterapeuta, uma Educadora Física e uma Nutricionista). Ao todo, foram convidados a participar do estudo, 31 profissionais de saúde.

Para inclusão de profissionais de saúde foi levada em consideração a disponibilidade e interesse em contribuir com a pesquisa, bem como o seu envolvimento em processos participativos na saúde. Já as lideranças comunitárias, foram representativas e identificadas de modo intencional a partir de sua participação comunitária, tempo de moradia ou convivência na comunidade, de no mínimo dois anos, e interesse e disponibilidade.

Dessa forma, foram excluídos da pesquisa, os profissionais de saúde que não lidam diretamente com a participação social no território de Vila União e as lideranças comunitárias

¹⁹O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados. O apoio matricial busca oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

representativas e indicadas para o estudo que tinham menos de dois anos de moradia ou convivência na comunidade.

Inicialmente, não havia uma definição sobre o quantitativo de lideranças que participariam do estudo, entretanto, essas foram mobilizadas por meio de indicações de profissionais de saúde do território, em particular, das ACS que além de trabalhadoras são moradoras do território e puderam de maneira mais fidedigna reconhecer entre seus pares aqueles que se destacam como lideranças. A consulta foi realizada em uma Roda do CSF que ocorre semanalmente às quintas-feiras.

Neste estudo, defendemos as concepções de liderança apontadas por Góis e Demo. Segundo Gois (2008) dentro de uma comunidade, as lideranças estão relacionadas a moradores escolhidos entre seus pares para coordenar alguma tarefa, uma atividade comunitária completa ou a própria associação de moradores, quando existe.

De acordo com Demo (1996), apesar de não reduzirmos participação à mobilização, toda mobilização depende sobremaneira de lideranças. Este estudioso cita diversos tipos de lideranças: as lideranças estranhas, aqueles que não fazem parte da especificidade social do grupo, os externos, aqueles que se tornam chefes sem antes terem pertencido ao grupo, os impostos, aqueles atrelados a dominações sociais e os pretensos, aqueles que gostariam de se insinuar como tais. Todas essas marcas negativas concorrem para a indesejada vitaliciedade, outra forma de reinventar o coronelismo, na falta de lideranças locais.

A experiência tem mostrado que o líder preferencial é o líder natural, que revela práticas sem estratagemas. A mobilização qualitativa passa pela lógica do menor, do pequeno, do local, mas o pequeno sozinho não é nada e ser pequeno já é um estigma. Entretanto, ser pequeno, torna-se vantagem devido à qualidade organizativa (DEMO, 1996). Destarte, optamos em convidar a participar deste estudo líderes naturais e legitimados na Vila União, em Sobral-CE.

Após levar em consideração as questões antes descritas, participaram deste estudo 17 lideranças comunitárias e 21 profissionais de Saúde. As lideranças comunitárias tinham entre 19 e 62 anos, se autodeclararam pardos ou negros. A maior parte escolarizada, apenas um registro de não escolarização. Entretanto, a maioria tinha ensino fundamental ou médio incompleto. Nenhuma liderança afirmou cursar ou ter cursado graduação superior. Apenas um encontra-se inserido no Curso Técnico de Meio Ambiente no Instituto Federal Tecnológico do Ceará (IFCE).

Dentre as profissões, temos relatos de cabeleireiros, Agente Juvenil de Projeto Social, Aposentados, Domésticas, Auxiliares de Produção de uma indústria calçadista, motorista, porteiro, Coordenador de Grupo de Dança e duas Agentes Comunitárias de Saúde que optaram em participar do grupo junto às lideranças, tendo em vista sua trajetória de envolvimento em processos participativos no bairro, em especial nas Associações Comunitárias e no CLDSS. Em média possuem renda familiar de um salário mínimo e residem na comunidade entre sete e 32 anos. As lideranças descreveram atuação no CLDSS, nas Associações Comunitárias, nos Grupos de Adolescentes, Religiosos, de Idosos e de Promoção de Saúde do CSF.

Com relação aos profissionais de Saúde, participaram nove ACS, uma médica, uma cirurgiã dentista, uma enfermeira gerente, uma tutora (enfermeira) de território e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, três profissionais do NASF (Assistente Social, Nutricionista e Professora de Professor de Educação Física) e cinco residentes, sendo duas da turma atual - Ano I (X Turma da RMSF - Nutricionista e Terapeuta Ocupacional com atuação na comunidade de Vila União e Expectativa) e três da turma anterior – Ano II (IX Turma da RMSF – Nutricionista, Assistente Social e Professor de Educação Física com atuação apenas na comunidade de Terrenos Novos, mas que no ano I tiveram como cenário de prática a Vila União).

No tocante às ACS, estas tem entre 28 e 41 anos, todas são do gênero feminino, a maior parte com ensino Médio completo e duas com inserção na graduação superior. Todas têm renda familiar de um salário mínimo, residem na comunidade de 10 a 24 anos e atuam na ESF de cinco a 17 anos. Com relação aos demais, todos têm ensino superior completo e possuem pós graduação ou estão cursando, principalmente a RMSF. A renda familiar varia entre três a 20 salários mínimos. No tocante ao tempo de atuação na ESF, tivemos uma profissional com apenas um mês de inserção e no máximo dois anos, o que pode revelar acentuada rotatividade de profissionais de nível superior, dificultando a vinculação longitudinal com a comunidade.

4.4 Coleta de dados

Com base nos pressupostos mencionados, utilizamos como técnica fundamental para construção dos dados empíricos o Grupo Focal com lideranças comunitárias e profissionais de Saúde da ESF de Vila União, em Sobral-CE.

Para subsidiar a realização dos grupos focais e análise das informações obtidas, aprofundamos a revisão de bibliografia. Conforme destaca Lakatos e Marconi (2005), pesquisa alguma parte hoje da estaca zero, mesmo as exploratórias como o caso desta. A procura de fontes, documentais ou bibliográficas torna-se imprescindível para a não duplicação de esforços. A citação das principais considerações de outros autores permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrar contradições ou reafirmar atitudes.

4.4.1 Grupo Focal

Conforme aponta Minayo (2006), o grupo focal significa uma pesquisa realizada em grupo que se constitui em um tipo de entrevista ou conversa em grupos que devem ser pequenos e homogêneos. “Para serem bem sucedidos, precisam ser planejados, pois visam a obter informações, aprofundamento da interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências” (MINAYO, 2006. p. 269).

Para Flick (2009), entrevistar um grupo de pessoas é uma sugestão como forma de ampliar a situação de entrevista moderados por um entrevistador. O grupo focal, método de pesquisa qualitativa, baseia-se em gerar e analisar a interação entre participante no coletivo em detrimento do individual. A ideia é facilitar o processo de conversa e interação entre o grupo e não só com o pesquisador.

A proposta para esta pesquisa foi construir grupos homogêneos, com características semelhantes em termos de contexto de trajetória profissional e/ou comunitária. Para tanto, realizamos três grupos focais divididos entre lideranças comunitárias e profissionais de saúde da ESF de Vila União em Sobral-CE. Os participantes foram agrupados da seguinte maneira:

Grupo 1: Lideranças Comunitárias (17 participantes)

Grupo 2 : Gerente do CSF, Apoiadora Institucional, Equipe multiprofissional - RMSF e NASF (10 participantes)

Grupo 3: Agentes Comunitários de Saúde, médica e dentista (11 participantes)

Para a realização dos grupos focais, realizamos mobilização prévia de lideranças comunitárias e profissionais de saúde com vistas a apresentar o estudo, entregar convites (APÊNDICE A), pactuar com profissionais horários para os encontros e consultar sobre a disponibilidade e interesse dos sujeitos em participar da pesquisa. Os grupos focais foram agendados com quinze dias de antecedência após o primeiro contato. Antes de cada grupo focal, os participantes foram esclarecidos sobre a intencionalidade da pesquisa, da sua relevância enquanto sujeito do processo de construção do estudo, bem como sobre seus direitos e as questões éticas.

Com relação à quantidade de participantes dos Grupos Focais, Trad (2009), em revisão de literatura sobre o assunto, desvendou que há uma variação da quantidade de participantes indicada entre seis a quinze. Assim, buscamos garantir que os grupos se aproximassem de tal orientação e possibilitassem também um número de participantes suficientes para viabilizar a participação e favorecer a materialização dos objetivos do estudo. Entretanto, no grupo das lideranças comunitárias ultrapassamos a previsão de participantes. Foram entregues vinte convites levando em consideração pelo menos cinco ausências. Entretanto, houve boa adesão da comunidade. Esse número de participantes também determinou o tempo de duração dos grupos que ficou em torno de 60 minutos e foi suficiente para esclarecer as questões da pesquisa, porém sem exaustão para os sujeitos.

Trad (2009) destaca ainda que para a realização dos grupos, devem ser reservados espaços apropriados, de preferência em território neutro e de fácil acesso aos participantes. Aponta que o ideal é uma sala que abrigue confortavelmente o número previsto de participantes e moderadores e que esteja protegida de ruídos e interrupções externas.

O grupo focal com as lideranças comunitárias ocorreu na Associação Comunitária Nova Jerusalém e com os profissionais na sala de odontologia do CSF. Os locais favoreceram a interação e uma boa escuta das falas. O grupo com as lideranças comunitárias contou com uma Auxiliar de Pesquisa, a residente de Serviço Social na época, Maria Janaína Alves de Azevedo, que contribuiu sobremaneira com a organização e facilitação das discussões.

Estabelecemos um guia de tópicos/roteiro (APÊNDICE B) com breves questões, incluindo uma parte de identificação para provocar e sustentar as discussões (BARBOUR, 2009). As perguntas do roteiro atenderam as sugestões de Trad (2009), a saber: tiveram poucos itens

para permitir flexibilidade na condução do grupo focal e garantiram o registro de temas não previstos, mas relevantes.

Importante ressaltar que os grupos foram facilitados pela pesquisadora deste estudo, que adotou uma postura de moderadora/entrevistadora, mas também flexível, dinâmica e que imprimisse uma escuta atenta. A principal tarefa do entrevistador, de acordo com Flick (2009), é estimular o debate e a participação e impedir que participantes individuais ou grupos parciais dominem, com suas contribuições a entrevistas e conseqüentemente todo o grupo.

Os grupos com as lideranças comunitárias foram conduzidos tendo como orientação o processo sugerido por Flick (2009). Inicialmente ocorreu uma explicação sobre o procedimento e apresentadas as expectativas. Posteriormente, uma breve apresentação dos membros para familiarização e, por fim, a discussão real do tema do estudo a partir das questões norteadoras e do uso de alguns materiais de estímulo. As discussões dos grupos foram fielmente registradas por meio de gravação digital, com o consentimento dos sujeitos, e depois transcritas em um editor de textos pela pesquisadora.

Sobre a quantidade de momentos de diálogo, para Barbour (2009), não há um número “mágico” e não necessariamente melhor, ainda que fazer dois grupos focais com grupos de características similares possa possibilitar ao pesquisador um solo mais firme em relação a fazer afirmações sobre o padrão dos dados. Na pesquisa em questão, apesar da flexibilidade para realizar mais de um grupo focal caso houvesse a necessidade, foi possível obter informações relevantes para responder as questões da pesquisa em apenas um encontro para cada grupo focal.

A escolha pelo Grupo Focal, enquanto método para o estudo em questão, apesar de limitada, ocorreu por entendermos que este era a proposta mais apropriada para o que delineamos no estudo e que mais se aproximou da possibilidade de construção de percepções legítimas e críticas acerca da participação na ESF de Vila União, em Sobral-CE.

4.5 Análise dos dados empíricos

Após o processo de obtenção das informações, as mesmas foram submetidas à análise de conteúdo. Segundo Bardin (1979), a análise do Conteúdo se caracteriza por ser um conjunto

de técnicas de análise das comunicações que procura estabelecer uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados.

Dentre as várias modalidades de Análise de Conteúdo, utilizamos a Análise Temática. De acordo com Bardin (2002), a análise temática baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e realizar seu reagrupamento em categorias.

Conforme consta em Bardin (1979), na técnica de análise temática, define-se um “tema” como uma afirmação acerca de um assunto específico, que traz intrínseco um feixe de relações apresentadas no formato de palavra, frase ou resumo. Bardin (1979) e Minayo (2008) apontam etapas a serem seguidas para a análise temática, conforme indicação abaixo que foram percorridas nesta pesquisa para interpretar as informações construídas em campo.

a) Pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias. Nessa fase, organizamos as falas dos grupos focais em quadros que permitissem a visualização dos discursos separados por temas. Em cada tema constavam as falas na íntegra (Discurso Original), as ideias centrais identificadas nesse discurso e as unidades de análise construídas a partir das ideias centrais (falas importantes). Todos os discursos dos participantes foram codificados por letras alfabéticas. Com relação aos ACS, optamos por identificá-los ao lado da letra no sentido de valorizar seus discursos e suas experiências. Segue abaixo modelo de quadro utilizado nessa fase do estudo.

Quadro 3: Modelo de Quadro Temático utilizado na pesquisa.

TEMA 1:			
IDENTIFICAÇÃO	DISCURSO ORIGINAL	IDEIAS CENTRAIS	UNIDADES DE ANÁLISE

As falas suscitaram a construção de três temas centrais que nortearam a construção do quadro acima e da análise das informações, a saber: Tema 1: Sentidos da Participação Social na

Saúde, Tema 2: Expressões da Participação Social na ESF de Vila União e Tema 3: Desafios da Participação Social na ESF de Vila União.

b) Exploração do material: momento em que os dados brutos foram codificados para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Assim, evidenciamos trechos e transcrições na íntegra dos discursos, priorizando aqueles que revelavam a essência do depoimento. Esta fase foi essencialmente de escolha de falas dos sujeitos para transformá-las em unidades de análise.

c) Tratamento dos resultados e interpretação: nessa fase, os dados foram submetidos à análise propriamente dita. Esta fase se refere à construção de significados e interpretações e a disposição dos resultados e análise. Nesta etapa, a discussão perpassa os dados trabalhados e as inferências realizadas pelos pesquisadores e o confronto com a literatura acessada.

4.6 Questões Éticas

A proteção dos sujeitos que participam do estudo é imprescindível e se refere não apenas a resguardá-los de danos físicos e psicológicos, mas a proteger sua privacidade e manter o sigilo de todos os dados que possam identificá-los na pesquisa (ANGROSINO, 2009).

Dessa forma, o estudo buscou obedecer aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e atender às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos constante nesta legislação que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Esta pesquisa foi submetida a todas as instâncias éticas necessárias para cumprimento dos trâmites legais e sociais para sua realização e obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e o Parecer consubstanciado do CEP da UVA junto à Plataforma Brasil sob o Nº 638.825.

Todos (as) os (as) participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta

possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) com as informações necessárias acerca da pesquisa e em linguagem de fácil entendimento.

O TCLE foi apresentado integralmente, lido pela pesquisadora e assinado antes da realização dos Grupos Focais com todas as dúvidas esclarecidas e possibilidades de contato posteriormente. Houve cuidado para que o estudo pudesse ter o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, bem como contribuir social e politicamente com a produção de conhecimentos acerca da participação social em uma realidade singular.

A pesquisa de campo em Vila União, Sobral-CE, buscou respeitar valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes. Os achados do estudo serão compartilhados e poderão ser traduzidos em benefícios para o território, haja vista que será discutido sobre a história de participação de seus moradores.

Com o término da dissertação, buscaremos socializar com academia, comunidade, gestores, profissionais de saúde, instâncias de Controle Social e éticas, os resultados e/ou achados da pesquisa para que as reflexões possam ter implicação na construção de políticas e fortalecimento da participação social.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O CASO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE VILA UNIÃO EM SOBRAL-CE

5.1 Sentidos da Participação Social na Saúde para lideranças comunitárias e profissionais de saúde de Vila União, em Sobral-CE

É um referencial de conquista da humanidade por aqueles que lutam por seus direitos, por aquelas pessoas que buscam pela sua liberdade e pelos seus objetivos na sociedade (PROFISSIONAL A – ACS).

A participação social está ligada à construção de sentidos pelos sujeitos e não pode ser percebida como algo dado, ou mera normatização, mas como conquista. Assim, para Brandão (2008), o que faz sentido é o que mexe com a consciência, compreendida não como uma coisa, mas como um sistema dinâmico. É o sentido que nos humaniza, pois singulariza-nos enquanto indivíduos, que experienciam a vida de um modo único, mas por outro lado nos universaliza, pois somente seres de sentido podem encontrar significação na comunicação com outro.

Iniciaremos apontando as muitas percepções construídas a partir do vivido por lideranças comunitárias e profissionais de saúde acerca dos sentidos da Participação Social, apontada, sobretudo, como conquista e direito construído social e historicamente associado ao engajamento/compromisso político e social.

Freire (2001b) destaca que a condição primordial para que um ser assuma um ato comprometido socialmente é a capacidade de agir/atuar e refletir, refletir sobre si e sobre o seu estar no mundo, associada à sua ação sobre o mundo e à transformação dele. A ação e a reflexão são constituintes e inseparáveis da práxis, é a maneira humana de existir.

Se a possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, associada indissolúvelmente à sua ação sobre o mundo, não existe no ser, seu estar no mundo se reduz a um não poder transpor os limites que lhe são impostos pelo próprio mundo, do que resulta que este ser não é capaz de compromisso (FREIRE, 2001b. p.16).

Muitos elementos presentes nos discursos de lideranças comunitárias e profissionais de saúde corroboram com o enunciado de Freire (2001b) e estão associados à práxis e ao

compromisso com a Participação e a transformação social, a saber: a luta por políticas sociais, o comprometimento em busca de melhorias comunitárias, a ação/intervenção social, o movimento em benefício da sociedade, o protagonismo social, a construção coletiva e a mobilização.

Compreendendo a participação como uma legítima expressão da potência humana, Brandão (2008) ressalta que participar diz respeito à capacidade de afetação nas relações e destaca uma associação significativa entre Participação e afetividade ética e política, impensável sem a presença do outro, engajamento e atitude participativa dos sujeitos diante do mundo.

Segue abaixo, algumas falas destacadas de lideranças comunitárias e profissionais de saúde que confirmam tais considerações iniciais.

Para mim Participação Social é o comprometimento de pessoas, ou um grupo de pessoas que pensa e realiza atividades para melhoria da comunidade (LIDERANÇA B).

Eu acho que a Participação Social é as pessoas se tornarem protagonista (PROFISSIONAL N).

Eu acho que Participação Social é quando um grupo se junta e tenta buscar mais gente para participar e estar junto trabalhando nisso (PROFISSIONAL F - ACS).

Participação Social é quando a comunidade está mobilizada nas ações. Entendo a Participação Social como a mobilização da sociedade em busca de melhoras de serviços, não necessariamente só da saúde. Ela está participativa, ativa realmente nesses processos. Ela não está à parte, ela está junto, construindo junto com a gente (PROFISSIONAL V).

Conforme destaca Moroni (2009), homens e mulheres sempre lutaram para participar da esfera pública. Aponta que além da liberdade e da igualdade, a demanda pela participação sempre esteve presente nas lutas sociais em diferentes momentos e contextos de nossa história e que seu significado encontra-se atrelado à intervenção política nas questões que dizem respeito à vida concreta das pessoas, conforme destacam as falas a seguir.

É participação de todo mundo, junto com as lideranças, junto com a gestão, as pessoas da outra escala mais alta. Na minha impressão é isso (PROFISSIONAL D – ACS).

Eu acho bastante importante e complexa essa questão e esse termo Participação Social, porque nós damos a voz de como é que a gente quer que as pessoas participem dentro da história. O Estado nada traz para que as pessoas participem (PROFISSIONAL U).

Em diálogo com os discursos suscitadas neste estudo, Gohn (2011) aponta que o tema da Participação é uma lente que possibilita um olhar ampliado para a história, olhar este que nos leva a pensar que as questões envolvidas no universo da participação são muito mais antigas que

a própria formulação do conceito. Afirma que o entendimento dos processos de participação da sociedade civil nas políticas públicas nos conduz ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira, bem como ao resgate dos processos de participação, nos leva às lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e à cidadania, corroborando com discursos que apontam a participação como luta por melhores condições de vida e por benefícios da civilização, conforme discursos acima revelados e destacados a seguir:

Participação Social é Participação, ação, você intervir em busca não só na saúde, mas em todos os aspectos, saúde, educação, segurança. É uma forma coletiva em busca de melhorias para comunidade, seja para seu estado e seu país (PROFISSIONAL T).

Participação Social é a gente participar mais dos grupos e sempre trazer mais melhoria para nossos grupos, pro nosso povo, pra nossa comunidade, participar das reuniões, sempre que for chamado nas nossas casas nós participamos (LIDERANÇA C).

Na abordagem marxista, o conceito de participação não é encontrado de maneira isolada, mas articulada a duas outras categorias de análise: as lutas e os movimentos sociais. A análise dos movimentos sociais, sob a ótica do marxismo, refere-se a processos de lutas sociais voltadas para a transformação das condições existentes na realidade social, seja de carência econômica e/ou opressão sociopolítica e cultural (GOHN, 2011).

Os discursos evidenciados neste estudo destacam a carência de políticas locais, de âmbito comunitário como um bom mobilizador de participação e crescimento da comunidade.

O que eu entendo é que a participação social é a gente participar das coisas do bairro que a gente tem, como posto, hospital, são várias coisas que a gente tem e estar esperando mais, como o metrô e o ônibus no bairro [...] (LIDERANÇA A).

Participação Social é você trazer algo de bom pro seu bairro, para sua comunidade. Você trazer algo que faça crescer socialmente as pessoas e o bairro (LIDERANÇA D).

Inferimos que o sentido da Participação Social encontra-se imbricado aos processos de luta social também intrínseco à dinâmica da comunidade, termo que carece de uma problematização, mas que pode ser inicialmente compreendido nesse contexto como uma instância da sociedade com dinâmica própria e lugar de moradia, de permanência estável, de crescimento e de proteção da individualidade, cheio de contradições, mas de interesses comuns, que servem de construção das ações de moradores em relação ao lugar e ao conjunto da sociedade (GOIS, 2008).

Gois (2008) discorre que desde meados do século passado, o conceito de “Comunidade” gera controvérsias e, atualmente, a complexidade da vida social tem reforçada a dificuldade de chegar-se a um denominador comum. As principais características utilizadas pelo estudioso para tentar encontrar uma conceituação sobre comunidade são: delimitação geográfica e territorial; atividades econômicas e sociais comuns; mesmo nível socioeconômico; laços históricos e culturais; necessidades e problemas comuns; convivência efetiva, duradoura e direta; mesmo sistema de representações sociais; identificação entre os moradores e destes para com o lugar; espaço físico-social apropriado; e sentimento de comunidade.

Em qualquer época, a essência das comunidades é a mesma: a vida comunitária, isto é, práticas coletivas de construção e proteção do lugar, em que cada indivíduo se torna mais apto e protegido para lidar com a realidade em que vive (GOIS, 2008). E é nesse sentido que as lideranças apontam que a Participação vem sendo construída através das gerações, sendo necessária a articulação com a perspectiva de sustentabilidade, conforme ressaltam as lideranças comunitárias.

Eu vejo como trazer desenvolvimento para o bairro, melhoria para o nosso bairro. Cada um de nós sem ter que esperar muito por outros, podemos fazer uma pequena participação que será muito grande no futuro para as crianças, para as pessoas mais velhas, para as pessoas que precisam da gente. A gente também precisa muito dessas pessoas para aprender, para crescer, para desenvolver. Elas têm mais vida, já viveram mais, já sabem de muitas dificuldades que passaram (LIDERANÇA D).

Essa Participação Social é fundamental para a gente crescer dentro do bairro, e o bairro crescer junto com a gente, para que um dia a gente tenha um futuro melhor para nossas crianças. A gente tem que trabalhar nesse sentido, de melhorar o lugar onde a gente vive, onde a gente aprendeu a viver, aprendeu a crescer, a se desenvolver da sociedade (LIDERANÇA D).

E a gente às vezes precisa tanto de pessoas participando. A gente pensa em fazer algo, mas vê que sozinho não dá, sozinho não consegue. A gente precisa se agrupar, formar grupos, conversar, fazer reuniões, buscar melhorias, para que a gente tenha, no futuro, um bairro bem melhor, em termos de trabalho, de colocar seu próprio comércio, ajudar as pessoas a se encontrar no meio artístico, na cultura (LIDERANÇA D).

Para Gois (2008), é imprescindível reconhecer o potencial de mudança existente no interior da própria comunidade. Destaca que as comunidades, por revelarem um “potencial de transição”, por conterem condições para a mudança social, podem apresentar condições para superar a pobreza e as desigualdades sociais. Um dos profissionais participantes da pesquisa,

inclusive destaca que “essa Participação independe da classe social, independe da sua etnia, ela é muito mais ampla [...] e está intrinsecamente ligada à pessoa” (PROFISSIONAL S).

A ideia de engajamento Social e Político associada à Participação Social também vem atrelada a outra percepção, que aponta a Participação vinculada à ajuda e a solidariedade comunitária. Contudo, é importante problematizar que tipo de Participação Social tem sido construída socialmente, pois compreensões de Participação atreladas ao assistencialismo, à ajuda e sempre na perspectiva do “outro”, podem revelar relações de poder desiguais e fragilizar processos de construção da autonomia e cidadania, conforme sinalizam algumas falas a seguir.

Participação Social é se engajar em buscar melhorias para outras pessoas, como ajudar essas pessoas a desenvolver o seu talento, a se encontrar, a tirar essas pessoas do submundo do crime, das drogas, fazer com que essas pessoas realmente se sintam pessoas de verdade, que a gente vê aí que muitas das vezes as pessoas estão perdidas porque não se encontram, não têm pessoas que ajudem, que dê uma palavra (LIDERANÇA D).

[...] Participação Social é quando a pessoa procura resolver os problemas do outro. Participar do que tá acontecendo no bairro (PROFISSIONAL H – ACS).

[...] Participação Social é isso procurar resolver os problemas que tão acontecendo no bairro e procurar resolver as situações das pessoas. Procurando ajudar, para que aquelas pessoas fiquem satisfeitas com seus objetivos (PROFISSIONAL H - ACS).

Entretanto, não podemos interpretar os discursos que associam participação à “ajuda” apenas como retrocesso, pois conforme discute Brandão (2008), o assistencialismo, não aquele inserido nas Políticas Públicas, mas enquanto atitude individual pode ser uma “radical expressão da compaixão”. Outra percepção realiza uma interface entre Participação Social e a educação, historicamente pragmática e opressora, tema a qual daremos um destaque a partir das sistematizações de Paulo Freire e problematizações suscitadas pela fala abaixo:

[...] a gente não pode esquecer que durante todo o decorrer da história ou da vida, as pessoas são formadas para não participarem [...]. A gente tira pelo modelo educacional, onde a gente fica sentada, tem uma pessoa que fala, e aí quando passa o tempo a gente quer que as pessoas tenham uma voz ativa dentro da comunidade, onde nem foram ensinadas ou estimuladas. Mas também não quer dizer que pessoas que não tiveram nenhum contato com essa educação transformadora não possam ser lideranças. Mas tem todo um modelo que estimula a não participação social. Outra coisa é pensar na Participação Social institucionalizada e na não institucionalizada, porque a gente sempre pensa nos conselhos, nos movimentos, mas a Participação não precisa ter essa burocracia, ou as pessoas até não entram por tanta burocracia [...] (PROFISSIONAL P).

Demo (1996) discorre sobre uma educação comunitária e participativa, em que, por um lado, o Estado se compromete a sustentar a necessária rede de atendimento, por outro, a

sociedade a assume como conquista sua. As lideranças comunitárias apontam “caminhos” para tecer essa rede participativa.

Participação Social não é só você pegar e ensinar alguém a tocar um violão, jogar futebol. Participação Social é ajudar essa pessoa a viver uma vida como gente, como uma pessoa que esteja ali engajada no meio social, tipo, é não só ensinar, como também mostrar essa pessoa, o lado principal que é a educação, essa pessoa a se educar, a se encontrar nesse meio social. Participação Social é um pouco de ensinar e de mostrar a disciplina, porque às vezes a gente trabalha com pessoas, com crianças, e a gente vê que sabe jogar futebol, sabe cantar, é um artista, mas às vezes não tem aquela educação – a oportunidade (LIDERANÇA D).

Freire (1987) nos faz pensar sobre como a Educação tem implicações nos processos de Participação da sociedade. Em sua obra *Pedagogia do Oprimido* afirma que quanto mais analisamos as relações educador-educandos na escola ou fora dela, parece que mais nos convencemos de que são fundamentalmente *narradoras e dissertadoras*. Nessa relação, implica um sujeito narrador - o educador e objetos pacientes, ouvintes – os educandos. Narra-se uma realidade parada e alheia à experiência existencial dos educandos.

Nesse tipo de proposta educacional, o educador tem a tarefa de “encher” os educandos dos conteúdos de sua narração, conteúdos que são retalhos da realidade desconectados da totalidade que proporcionaria significação. “A palavra, nestas dissertações, se esvazia da dimensão concreta que devia ter ou se transforma em palavra oca, em verbosidade alienada e alienante. Daí que seja mais som que significação e, assim, melhor seria não dizê-la” (FREIRE, 1987, p.33).

A narração, de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo e os transforma em “vasilhas” a serem “enchidos” pelo educador. Quanto mais vá “enchendo” os recipientes com seus “depósitos”, tanto melhor educador será. Desta maneira, a educação se torna um mero ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante. Eis aí a concepção “bancária” da educação:

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro (FREIRE, 1987, p.33).

Na concepção “bancária” criticada por Freire (1987), os homens são vistos como seres da adaptação e do ajustamento e não conseguem desenvolver uma consciência crítica que resultaria em sua inserção no mundo como sujeitos participativos e transformadores dele.

Para Freire (1987, p.35), as concepções e as práticas bancárias da educação se juntam a ações sociais de caráter paternalista, em que os oprimidos recebem o nome simpático de “assistidos”. Percebidos como casos individuais, “marginalizados”, são a patologia da sociedade sã, que precisa, por isto mesmo, ajustá-los. Como marginalizados, “seres fora de” ou “à margem de”, a solução para eles é a integração à sociedade sadia de onde um dia “partiram”, renunciando a uma vida feliz. Sua solução estaria em deixarem a condição de ser “seres fora de” e assumirem a de “seres dentro de”. Na verdade, estas pessoas jamais estiveram “fora de”. Sempre estiveram “dentro de”. Dentro da estrutura que os transforma em “seres para outro”. Sua solução, pois, não está em “integrar-se” a esta estrutura que os oprime, mas em transformá-la para que possam fazer-se “seres para si”.

O caminho apontado por Freire (1987), para superação desses modelos tradicionais de educação, é uma educação problematizadora, dialógica, que busque romper com esquemas verticais característicos da educação bancária, realizada como prática da liberdade. Mas para isso é preciso superar a contradição entre o educador e os educandos, na perspectiva de construir um termo novo: não mais educador do educando do educador, mas educador-educando com educando-educador. Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando. Ambos, assim, tornam-se sujeitos do processo em que crescem juntos e ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.

As percepções apresentadas sobre Participação Social também evidenciaram, como já percebemos, significados múltiplos sobre a Participação Social que estão intimamente agregados a sentidos construídos por lideranças comunitárias e profissionais de saúde. Não há como pensar em significados, sem relacioná-los ao que dá sentido a sua produção no cotidiano das relações e das políticas de saúde.

[...] só tem um sentido, de buscar investigar, se manifestar. Hoje existe algo no Brasil, algo que não se via no Brasil, só em outros países, manifestações pacíficas. E isso dá direito a você reivindicar, buscar melhorias na saúde. A voz do povo, como diz um velho ditado, é a voz de Deus (LIDERANÇA D).

Nessa perspectiva, os (as) participantes, ressaltam, sobretudo, que o sentido da Participação Social na saúde relaciona-se com a própria construção sócio-histórica e coletiva do SUS, com a prevenção da saúde, com a busca por direitos diante das dificuldades/necessidades de saúde e com a transformação dessa realidade.

Os discursos evidenciam que a participação social foi determinante para a construção do SUS, participação materializada a partir do envolvimento coletivo e de produção de sentidos para a luta.

A Participação Social foi determinante no percorrer da história. Nós tivemos uma saúde privatista e não inclusiva. Essa participação fez com que um grande grupo se juntasse e fosse brigar nas grandes instâncias. No momento que a Participação Social não era efetiva, a gente estava em um processo ditatorial e mesmo assim as pessoas acreditaram naquele processo e foram e construíram com muito tensionamento. Só foi possível a construção do SUS, esse Sistema Único Brasileiro e público com a Participação Social e até hoje pensar nas políticas públicas é pensar o que é que a população quer, o que é que ela necessita, é ouvir, e tá construindo junto não tem essa coisa de determinar, é um processo sempre reflexivo, mas refletindo junto com quem usa, trabalha e constrói. Então essa participação bem completa, todas essas pessoas que fazem parte desse sistema estarem juntos nessa construção (PROFISSIONAL P).

Os sentidos expressos nos discursos de profissionais de saúde revelam que participar na saúde é “dividir coletivamente responsabilidades, seja de profissional, seja da comunidade, seja do poder público” (PROFISSIONAL T). Entretanto, apesar das conquistas, com relação à participação, outras falas evidenciam que ainda há uma dificuldade da população em reconhecer-se “parte” da tessitura das políticas de saúde.

O bom é que hoje em dia as pessoas são muito mente aberta, não é como antigamente que não sabiam dos seus direitos. Hoje eles sabem dos seus direitos e sabem como ir atrás de seus direitos para resolver seus problemas. O bom também é que não só o usuário saiba que tem direitos, mas dever (Profissional H- ACS).

Eu acho que a Participação Social faz sim sentido para o SUS, mas ao mesmo tempo eu acho que a sociedade não entende o sentido que ela faz para as políticas públicas e para o SUS (PROFISSIONAL N).

A partir do momento que a comunidade se perceber, que as pessoas se perceberem participativas, entenderem que elas têm que participar, que fazem parte da saúde, que têm que ter a voz ativa [...] porque elas acham que não têm voz (PROFISSIONAL U).

A dificuldade de “sentir-se parte” da construção das políticas de saúde e consequentemente produzir sentido para participação parece ser um desafio para a sociedade em

geral, mas também para profissionais de saúde, que ainda reproduzem práticas que fragilizam a autonomia de usuários em seu cotidiano, de acordo com fala a seguir:

Atualmente, a gente percebe ainda em pleno século 21, que as pessoas não reconhecem isso, não reconhecem que têm esse direito, que têm deveres, os próprios profissionais também não reconhecem isso e às vezes acolhem a comunidade como se estivessem prestando um favor. Por conta disso é que nesses espaços que a gente precisaria dessa mobilização, dessa comunidade, porque eu acho que a força e a voz da população é que tem vez, que seria ouvida realmente, e a gente não tem (PROFISSIONAL R).

Brandão (2008) destaca que “o sentido maior da participação é conferir sentido a nossa própria existência como sujeitos que rejeitam o *non sense* de toda desmesura e afirmam o desejo irredutível de presentificar-se no mundo” (BRANDÃO, 2008, p. 176).

Profissionais de saúde reconhecem que a participação na Saúde é um direito legal e social e que o sentido da Participação é garantir que essa política seja de fato pensada de maneira compartilhada. Destacam que o sentido é: “eles irem atrás dos direitos deles e saber que isso é direito deles e que isso está legislado” (PROFISSIONAL J) ou que é “a Participação da comunidade, das pessoas, dentro dos problemas [...] e tentar junto, resolver, junto com a participação deles. Ou seja, eles têm o direito de opinar” (PROFISSIONAL A).

Por meio das falas, evidenciamos ainda que há uma fragilidade na construção de sentidos para espaços institucionalizados de participação, a exemplo dos Conselhos de Saúde.

A gente tem esses espaços de conselho, que teria que ter essa Participação Social bem ativa, e esses espaços acabam sendo bem esvaziados porque a população ainda não reconhece seu espaço dentro desse sistema, acho que não só na saúde, mas de todos os espaços (PROFISSIONAL R).

Demo (1996) destaca que a participação não é um hábito em nossas vidas. Faz parte da história da humanidade receber de maneira prática as coisas dos outros, situação provocada por uma sociedade autoritária e que convive também com regimes autoritários.

De acordo com Oliveira e Pinheiro (2010, p. 2457), muitas pesquisas apresentam fatores que dificultam a participação e o controle social, tais como o autoritarismo presente na sociedade e nas instituições brasileiras, além da assimetria de poder e de saber entre os conselheiros.

Embora a Lei 8.142/90 garanta a Participação Social no SUS e os profissionais destaquem que ela “é bem importante no sentido dessa construção coletiva” (Profissional S), isso por si só não garante práticas democráticas na construção das políticas. De acordo com Oliveira e Pinheiro (2010), os vários sentidos e as práticas de participação interferem na relação entre Estado e sociedade civil, bem como nas decisões que definem os destinos da coletividade, quanto mais política for essa participação.

A Participação, legitimada como direito, conforme destacado por lideranças comunitárias, só adquire sentido quando é percebida como divisão de responsabilidades, colaboração, envolvimento com a construção das políticas de saúde, implicação com o SUS, conquista, união e mobilização pela saúde. Apontam inclusive desdobramentos que podem potencializar o sentido de participar das políticas de saúde, seja a partir da identificação de causas e dificuldades ou por meio de reivindicações em busca de direitos:

Eu acredito que seja identificar as dificuldades e com isso estudar soluções e melhorias. A gente só vai atrás das soluções quando tem problemas. Então primeiro tem que identificar as causas, dificuldades, para buscar soluções e melhorias (LIDERANÇA B).

É hora de todo mundo se juntar, se reunir e ir para as ruas. Porque a gente tem condições de fazer isso. Se não tá dando certo, se você for no posto e não tiver remédios, você pergunta porque, se não tem resposta, continua perguntando, se não encontrar nenhuma resposta, nem depois de outras perguntas, vamos se reunir gente, nós somos a comunidade, nós temos voz e vez, nós somos a força, eles precisam de nós. A gente tem que mostrar quem somos (LIDERANÇA D).

Na visão de lideranças, a participação adquire sentido de prevenção da saúde a partir de movimentos cotidianos de reflexão e mobilização para transformações comunitárias e potencialização dos investimentos públicos na saúde:

O grande sentido de tudo isso é a prevenção. E a partir do momento que a gente sinta num grupão desse e que pode decidir sobre a nossa comunidade. Tem uma importância tão grande que a gente não tem noção. A gente não pode tudo, não pode abraçar tudo de uma vez, mas se a gente sentar e organizar, tudo vai sair legal. Porque o problema do meu vizinho é nosso também. Esse é o grande sentido da Participação Social dentro do nosso bairro [...], é a gente se organizar para trabalhar a prevenção. Esses grupos, esses sonhos que sejam construídas coisas que melhorem mais a saúde dessa juventude que não seja cadeia, quem pode construir isso somos nós (LIDERANÇA H).

A nossa Participação Social é dessa forma, é buscar o porquê, se não existe o porquê, é buscar outras formas de trazer melhoria para a nossa cidade, para o nosso bairro. A Participação Social é isso, é nós, é a gente, é agora. É se mobilizar e buscar o que a gente mais precisa. Às vezes eu fico pensando, a gente não precisa de festa, não precisa de eventos de inauguração. Vai fazer uma praça, faça a praça, mas o dinheiro que ia investir na festa, invista na saúde, os ministros/políticos tem que investir na saúde. Festa vira um problema de saúde (LIDERANÇA D).

Já para profissionais de saúde, os sentidos da participação na saúde também vão sendo tecidos desde o momento de planejamento das ações e serviços de saúde. Dessa forma, inserir e implicar profissionais e usuários do SUS em todas as práticas de cuidado à saúde parece ser elemento imprescindível para uma política democrática, participativa e significativa para os sujeitos envolvidos.

Eu acho que é interessante quando você fala em política conhecer o que é que interessa para um grupo específico, por exemplo, quando se fala em saúde do homem, até nos planejamentos locais quando a gente vai trabalhar sobre isso. [...] a gente tem que quando pensar em formular políticas, trabalhar com representação para a gente saber realmente o que eles querem. Outro grupo que eu acho muito interessante você trabalhar e ter essa participação é o adolescente que não chega até nós, e que nós na verdade temos que ir até eles ou então é saber realmente todas as vezes que a gente for formular ou pensar em alguma ação a gente trabalhar em conjunto. Porque se a gente não construir espaços ou na verdade ir até esse grupo a gente não atinge as nossas ações, vão ser em vão [...] (PROFISSIONAL R).

De acordo com Demo (1996), há uma tendência histórica à dominação, situação revelada também na organização dos serviços de saúde, conforme fala acima. A sociedade organiza-se através de polarizações hierárquicas predominando a postura vertical, de cima para baixo. Assim, é peculiar que haja um lado minoritário que comanda e outro que é comandado. Não há algo preexistente, como um espaço externo onde a participação predomina naturalmente, e se existe é porque foi conquistado.

Entretanto, não é realista apresentar a falta de espaço de participação como problema em si. Para Demo (1996), ela é o ponto de partida, encontrar a dominação, para conquistar a participação, a menos que ela seja violentamente coibida e opressora, como no caso acima relatado pela profissional de saúde, em que a possibilidade de participação no planejamento e na organização dos serviços de saúde tem sido impossibilitada. Assim, na perspectiva de avançar no conhecimento acerca da materialização dos sentidos sobre a Participação Social na prática cotidiana de lideranças comunitárias e profissionais de saúde, refletiremos a seguir sobre as expressões da Participação Social na ESF de Vila União em Sobral.

5.2 Expressões da Participação Social na Estratégia Saúde da Família de Vila União, em Sobral-CE

As experiências de participação e controle social na Saúde têm pouco mais de vinte anos e ainda estão em processo de construção (PEREIRA; PEREIRA, 2014). Nepomuceno *et al.* (2013), reconhecem os avanços nas instâncias de participação e controle social do SUS com a inclusão de diferentes atores sociais no cenário das políticas de saúde e fomentando o desenvolvimento de práticas democráticas. Contudo, nos convocam a problematizar as diversas formas de se efetivar essa participação, considerando seus vários entendimentos e a dissonância, muitas vezes presente, entre os documentos oficiais e as práticas desenvolvidas.

As Lideranças comunitárias e profissionais de saúde participantes deste estudo revelaram expressões de Participação Social na ESF apontando espaços/ações institucionalizados ou não, no território de Vila União, que representam a potência da comunidade e que articulam serviços de saúde e outros setores como a Assistência Social e a Educação.

As expressões, independente da maneira como se organizam, das potencialidades e fragilidades, do apoio ou não da gestão e da comunidade ou mesmo dos conflitos de interesse apresentados são reconhecidos como espaços mobilizadores da luta pela materialização do SUS e da ESF. Conforme aponta Nepomuceno (2009), é na micropolítica do cotidiano que se devem concretizar os princípios e diretrizes da macropolítica do SUS. Para isso, exige-se a construção de relações sociais facilitadoras de cidadania.

As Lideranças comunitárias e os (as) profissionais de saúde lembraram por meio de seus discursos, momentos históricos importantes de Participação Social em Vila União que contribuíram efetivamente com a construção do território e a produção de saúde comunitária. Apontaram lideranças que foram destaque nesse processo e evidenciaram fortalezas, fraquezas e possibilidade do exercício da Participação e do envolvimento da sociedade nas políticas de saúde.

A participação social na ESF de Vila União para os sujeitos envolvidos no estudo está associada sobremaneira à luta pelo direito à saúde. As falas também mostram saudosismo com outros períodos históricos de participação, momentos que outrora parecem ter sido mais efetivos

e mobilizadores de sentidos. Inclusive há uma percepção de retrocesso e pouca credibilidade na Participação Social, quando se analisa a cena contemporânea.

Segue abaixo, sistematização das expressões de participação social que permearam os discursos de lideranças comunitárias e profissionais de saúde de Vila União.

Quadro 4: Expressões da Participação Social e sua caracterização na ESF de Vila União em Sobral-CE.

EXPRESSÕES DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL	CARACTERIZAÇÃO
Grupos de Idosos	Grupo comunitário
Grupo de Adolescentes Mentas Brilhantes	Grupo Comunitário
Grupos de Dança	Grupo Comunitário
Times de Futebol	Grupo Comunitário
Dia D do Hiperdia Visitas Domiciliares Planejamento participativo Acolhimento Mutirão da dengue Roda do CSF	Grupos e ações de Promoção da Saúde e cogestão desenvolvidos pelo CSF de Vila União
Movimento da Paz (Unidos pela Paz)	Movimento comunitário
Orçamento Participativo	Mecanismo governamental de democracia participativa
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	Equipamento Social da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)
Grupos da Igreja Católica e Evangélica	Movimentos Religiosos
Conselho Local de Desenvolvimento Social e Saúde (CLDSS)	Espaço institucionalizado de Controle Social na Saúde
Pacto Intersetorial	Rede intersetorial e comunitária
Associação Comunitária Nova Jerusalém e Associação dos Moradores de Vila União	Equipamentos Sociais/Associativismo comunitário

Fonte: Elaboração própria

Para organizar as problematizações de profissionais de saúde e lideranças comunitárias acerca dos principais resultados das expressões da Participação Social na ESF de Vila União em Sobral-CE, optamos por sistematizar a análise com a apresentação de conquistas e fragilidades desses processos.

5.2.1 Conquistas da Participação Social na Estratégia Saúde da Família de Vila União, em Sobral-CE

As Lideranças Comunitárias e os (as) profissionais de saúde apontam como principais conquistas relacionadas à Participação Social em Vila União: a atuação de líderes comunitárias e profissionais de saúde nos movimentos de Participação Social, o CLDSS de Vila União, envolvimento da comunidade nos processos de planejamento no CSF, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, o acolhimento, os movimentos comunitários e o compromisso de Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiras (os) com a produção do cuidado.

Para situar o debate sobre Participação Social na ESF, lideranças comunitárias e profissionais de saúde inicialmente relembrou pessoas da comunidade e profissionais que historicamente construíram e ainda constroem a Participação Social na Vila União.

O bairro Vila União teve várias pessoas que foram referências. De pessoas que hoje não vivem, já faleceram, mas são lembradas, por exemplo, a Maria dos Tijolos, que foi uma liderança e contribuiu com as melhorias. Hoje a Dona Graça. Eu sou uma pessoa que também contribuiu com a Participação Social, todos nós aqui. Toda vez que me perguntam, eu esqueço um pouco de mim e lembro das duas, do Maneco, também. Apesar de não morarem mais aqui, mas tiveram uma Participação social numa melhoria, em conquista de moradia, de saneamento, de uma boa alimentação, escola, saúde [...] (PROFISSIONAL F - ACS).

Os nomes evidenciados acima foram também ressaltados em um breve roteiro de identificação preenchido antes dos Grupos Focais para construção do perfil do grupo. A ideia era que os (as) participantes desta pesquisa apontassem o nome de uma pessoa que representasse para eles (as) uma importante liderança na história do país. Como resultado, destacamos a percepção de que muitas lideranças locais são também sujeitos das transformações ocorridas historicamente no cenário nacional.

O grupo de lideranças comunitárias destacou pessoas envolvidas com a política nacional, a exemplo do ex-presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva (o mais citado na pesquisa), dos ex-prefeitos de Sobral, José Euclides e Cid Gomes (atual governador do Estado do Ceará) e de lideranças comunitárias da Vila União, a saber: Maria dos Tijolos (falecida), Maneco (falecido), José Ribamar, Benedito Tonho (falecido), Dona Graça (Grupo de Idosos), a cantora Kécia e ACS como Valdirene e Vilanir.

Particularmente no governo de Lula, houve uma ampliação da Participação Social no Brasil. A partir de 2003, uma série de ações foi materializada nesse sentido, dentre as quais: o estabelecimento de uma instância de coordenação da relação entre governo e sociedade civil centrada na Secretaria Geral da Presidência da República, o fortalecimento dos Conselhos Nacionais já existentes, como o de Saúde e da Assistência Social, a organização de Conferências Nacionais em praticamente todas as áreas das políticas públicas e, por fim, o estabelecimento de um conjunto de formas mais diretas de negociação com diversos movimentos sociais, entre os quais caberia destacar o movimento sindical e o dos sem-terra (AVRITEZ, 2009).

Com relação aos (as) profissionais de saúde, estes (as) valorizaram em especial, lideranças locais como Maria dos Tijolos, Chico Aleijado (prefeitinho) e D. Graça, mas também recordaram de líderes políticos como Lula e a feminista Nísia Floresta, além de ressaltarem o importante papel de líder dos (as) ACS e enfermeiras (os), apontados como pilares importantes da Participação Social atualmente no território, conforme destaca fala a seguir:

O ACS tem papel fundamental na comunidade. Eles que se informam, vão atrás de tudo, estão ativos em tudo. Eu vejo ACS e as enfermeiras como a base (PROFISSIONAL L).

Oliveira (2007), em seu estudo sobre Participação Social na Vila União, entrevistou três lideranças comunitárias que naquele momento histórico estavam à frente de espaços importantes de participação. Uma delas era a então citada neste estudo, Maria Valdete Nascimento Silva, a Maria dos Tijolos, que participou da ASMOVIU, sendo presidenta por mais de quatro anos, apoiou a fundação da Associação Nova Jerusalém e teve inserção em diversos grupos comunitários da Igreja Católica, de idosos, dentre outros.

As outras duas lideranças abordadas pela pesquisadora foram Benedita Neves de Castro (Benê) e Expedito Vidal dos Santos, importante casal de lideranças que têm uma trajetória de envolvimento em espaços participativos, a exemplo das Associações Comunitárias, dos movimentos religiosos e dos Conselhos de Direito, sobretudo no Conselho Municipal e local de Saúde, incluindo Vila União.

Ressaltamos que a maior parte das lideranças que foram lembradas tiveram ou têm uma inserção no CLDSS de Vila União, que é um espaço considerado historicamente “forte” no que se refere à Participação Social no território. Para profissionais de saúde, “o Conselho Local é uma das primeiras portas de trazer algum tipo de benefício, saúde, educação, tudo. Você só se

chega a algum resultado dentro do bairro através do Conselho” (PROFISSIONAL F – ACS), “[...] através desses Conselhos eles vão dizer o que estão achando e contribuir com a saúde e com os problemas sociais do bairro” (PROFISSIONAL A).

Para Ponte *et al.* (2012), os CLDSS são dispositivos de efetivação de democracia participativa e devem ser compreendidos como espaços de interação comunitária não exclusivamente vinculados às unidades de saúde, mas também ao cotidiano da vida e aos determinantes e condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos, entre outros.

O CLDSS de Vila União é reconhecido como recurso potente de articulação de políticas sociais. Por meio dele muitas foram as conquistas efetivadas, principalmente no âmbito do acesso a ações e serviços de saúde. Apesar do desafio da “presença da comunidade” nas reuniões e de certo saudosismo pelos movimentos de Conselhos anteriores, consegue-se ter uma atuação comunitária transformadora, de acordo com discursos abaixo.

Existe uma Participação Social muito forte aqui dentro, se chama Conselho Local do bairro. Gente, o Conselho Local de saúde existe. Através do Conselho, no posto de saúde já foi melhorado muita coisa. Mas acontece que a população do bairro Vila União é grande, se convida para reunião, se for dez pessoas vai muito. Desde que eu me entendo eu sou conselho. Eu me considero Conselho Local, mas eu só não posso gritar por todo mundo (LIDERANÇA J).

Essa Participação Social é boa. Nós temos médicos duas vezes por semana. Mas só veio esses médicos porque nós falamos, não tinha era nenhum médico. Nós chamamos os repórteres e veio essa médica (LIDERANÇA E).

Com os CLDSS busca-se ultrapassar o tradicional, mas ainda atual, modelo hegemônico de acompanhamento e fiscalização do sistema de saúde e torná-los espaços de interação e negociação entre os diversos e contraditórios atores envolvidos naquele território para coletivamente traçar objetivos comuns, definir problemas sociais e possibilidades de superação (PONTE *et al.*, 2012).

No processo de construção histórica dos CLDSS em Sobral-CE, a Vila União sobressai na fala de um dos profissionais como comunidade que vem tecendo um Conselho ativo e participativo.

Eu penso assim, que a Vila União desde quando foi fundada ela tem essa questão de Participação muito forte. As lideranças que participam, que estão no bairro, elas hoje podem estar fragilizadas, mas a Vila União tem um histórico de luta muito grande com relação à Participação das lideranças, apesar de todos os seus problemas, todos os seus altos e baixos, ela sempre foi uma comunidade de muita luta, de muita participação, seja coletiva ou individual e um exemplo disso, é o Conselho, que durante muito tempo,

dentre todos os outros Conselhos de Saúde, sempre foi um Conselho muito ativo de buscar muitas melhorias para a comunidade, não só a respeito da saúde, mas à segurança, saneamento, educação e outros aspectos também (PROFISSIONAL T).

Em 2009, ocorreu um movimento de revitalização do CLDSS, quando foram realizados momentos formativos e de educação em saúde facilitados por lideranças locais, profissionais do CSF, RMSF e NASF. Após ser reativado, atuou na promoção de encontros com o propósito de fortalecer vínculos, na abordagem de temáticas plurais e na proposição de intervenções voltadas à promoção da saúde no território, como planejamento e avaliação de atividades da ESF, organização do serviço do CSF, melhoria na situação ambiental e qualidade de vida da comunidade.

Nesse período, também firmou parcerias relevantes com o Conselho Municipal de Saúde, CSF, Centro de Referência da Assistência Social e órgãos ligados ao Meio Ambiente, promoveu capacitação em Participação Comunitária e Mobilização Social, participou do I Fórum de Conselheiros Locais de Saúde de Sobral - 2010 e lançou o “Informe União”, informativo educativo mensal produzido pelos/as conselheiros em parceria com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (SOBRAL, 2011).

Para profissionais de saúde, as conquistas no âmbito da Participação Social na ESF de Vila União, a exemplo do CLDSS, têm sido construídas historicamente rompendo com tradições culturais da sociedade de pouco envolvimento no planejamento, monitoramento, execução e avaliação das políticas sociais, conforme a fala abaixo.

O PSF está muito participativo com tudo. A gente planeja várias coisas para comunidade, a gente sempre está procurando que a comunidade participe dos eventos, grupos, das palestras e oficinas. Mas já aí tem o outro lado, não vou obrigar eles a virem, vai depender do interesse e da boa vontade. A gente sempre faz a próxima e convida, a gente não vai desistir, porque esse é o nosso objetivo (PROFISSIONAL H - ACS).

Os (as) profissionais de saúde apontam que a participação na ESF de Vila União é buscada desde o planejamento das ações e serviços de saúde até a execução de projetos compartilhados.

Através do planejamento com a comunidade, com os grupos, do que eles querem, do que eles esperam. Nós temos grupos de adolescentes, de idosos (PROFISSIONAL F - ACS).

Terá o mutirão, o dia D do Hiperdia, que será mensalmente. Tem uma grande participação. Vai ter aferição de pressão, glicemia, de cintura, altura e cadastramento do Hiperdia (PROFISSIONAL A - ACS).

Em seus estudos sobre Participação Comunitária no Bairro Terrenos Novos, Nepomuceno (2009) conclui que os discursos de lideranças comunitárias apontam a participação como um dos requisitos para o funcionamento adequado da ESF. Enfatiza ainda a relação de troca e aprendizagem entre profissionais e comunidade, bem como a construção de conhecimentos entre vários atores e a possibilidade de identificar as necessidades da comunidade e conhecer o processo de trabalho na ESF.

Tendo em vista essa relação de proximidade e de construção de possibilidades para o acesso aos serviços de saúde, as ACS ressaltam a relevância da Visita Domiciliar no fortalecimento dos vínculos e revelam um envolvimento comprometido com a sustentabilidade de grupos comunitários que se constituem sem recursos financeiros, conforme fala a seguir:

Através das nossas visitas, nós Agentes Comunitários de Saúde [...] nossa participação é fundamental na área, porta a porta, mesmo sem eles acreditarem muito. Mas a gente ainda tá insistindo ali, mesmo sozinhas, sem muitos recursos. Às vezes tirando do nosso próprio bolso para manter os grupos, temos que dar frutas, fazer vaquinha para que possa funcionar, mas por fora, ninguém sabe disso. Está funcionando bonitinho, mas [...] a gente já ganha tão pouco e ainda tem que compartilhar para que os programas funcionem. Antes, quando começou, eu era fundadora do Grupo de Hiperdia, que nós fazíamos também o grupo de caminhada, ele era muito bom, a gente fazia muitos encontros, passeios. E esse grupo, funcionava porque a gente tinha uma verba [...] como se fosse quinhentos reais hoje que vinha todo mês para esse grupo através da Associação [...] (PROFISSIONAL F - ACS).

Dentre os instrumentos do Ministério da Saúde propostos para potencializar financeiramente o acesso aos serviços de saúde, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente que permita maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS. Possui como incentivo financeiro o então denominado Componente de Qualidade do PAB Variável. O PMAQ amplia a capacidade do município para captar recursos mensais para a APS e oferta aos gestores locais maior autonomia e governabilidade sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família (SILVA, 2013).

A política do PMAQ é composta por quatro fases distintas (adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização), sendo na terceira fase o espaço de participação social, com avaliação da satisfação do usuário, junto à avaliação da rede local de

saúde pelas equipes da atenção básica e ao estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011b).

Silva (2013), em pesquisa sobre coordenação do cuidado na AB realizada com gestores federais do SUS, identificou que o PMAQ induz, por exemplo, que tenha conselho local de saúde nas unidades, que tenha caixinha de sugestão, que haja mecanismo de escuta da população e que parte da avaliação do PMAQ tenha a perspectiva dos usuários.

O Município de Sobral cadastrou, no 1º ciclo do programa, 27 equipes de Atenção Básica e 18 equipes de Saúde Bucal em 2011 e obteve certificação de desempenho muito acima da média, em torno de 74,1 %.

Retomando a análise das expressões da Participação Social na Vila União, há o reconhecimento de tecnologias leves (MERHY, 2002), a exemplo do acolhimento e da escuta, como promotora do cuidado e de fortalecimento da participação no âmbito da saúde.

Eu vejo que o nosso acolhimento, aí seria numa perspectiva de Participação Social individual. Eu acho que quando você acolhe o paciente, você orienta. [...] Dizer, orientar, esclarecer quais são os direitos daquele paciente, o porquê das coisas, para que ele entenda, numa perspectiva de que ele possa contribuir, porque acho que quando os nossos usuários reclamam sobre o serviço ou sobre qualquer profissional eu acredito que talvez 70 a 80% seja resultado de um não acolhimento adequado. Eu acho que se a gente acolhesse ele adequadamente, ele ia compreender também em que espaço ele poderia se inserir, onde ele pode estar se encaixando naquele serviço. [...] que ele puder está contribuindo, dizendo, orientando para os demais que está acontecendo alguma coisa no serviço, ele vai se tornar um ator ativo dentro da ESF (PROFISSIONAL R).

Merhy (2002) propõe a evolução do modelo de atenção a saúde, que é procedimento-corporativo-centrado, onde a produção do cuidado é a “alma dos serviços de saúde” e a finalidade é a própria saúde. Culturalmente, o cuidado tem ocupado lugar irrelevante ou complementar na organização dos serviços de saúde. Daí a relevância de valorizar as tecnologias leves como modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo, bem como promover a corresponsabilidade entre usuários e profissionais no cuidado à saúde.

Eu acho que a escuta é muito importante. A partir do momento que você escuta. Querendo ou não é a voz ali da comunidade, da sociedade. Ele tá sendo ouvido, né? É algo que faz a diferença em todos os sentidos, nos grupos, no acolhimento, nos conselhos. Não só ouvir, mas dar uma devolutiva (PROFISSIONAL N).

Nesse contexto, é importante destacar como algumas políticas de saúde também têm sido criadas com a finalidade de estimular a valorização de diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, assim como de fomentar a autonomia, a participação dos cidadãos e a qualificação de profissionais de saúde, a exemplo da Política Nacional de Humanização e da Política de Educação Permanente em Saúde.

A Política Nacional de Humanização, publicada em 2004, defende como “marcas” a serem atingidas um atendimento resolutivo e acolhedor, superando a despersonalização a que são submetidos os usuários dos serviços, garantindo-lhes seus direitos, além de garantir educação permanente aos profissionais e a participação nos modos de gestão (GOULART; CHIARI, 2010).

Para Cunha e Magajewski (2012), a humanização não é apenas um programa, ela deve ser vista como uma política que perpassa diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, para impactar qualitativamente nas relações entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS.

A Política Nacional de Educação Permanente, instituída pela Portaria GM nº 198/2004, tem como estratégia a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde. Em 2004, após um início auspicioso, passou por um período de esfriamento e, em 2007, definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação desta política, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996/2007.

O envolvimento da Política de Assistência Social, através do Centro de Referência da Assistência Social Regina Justa nos movimentos participativos, bem como movimentos de cunho comunitário também são percebidos por lideranças e profissionais de saúde como importantes expressões de participação social inseridas nesse contexto, citamos experiências potencializadas pelo CSF e CRAS, a exemplo do Pacto Intersetorial e do Grupo de Adolescentes Mentas Brilhantes, do Movimento Unidos pela Paz, mobilização comunitária em defesa da cidadania e contra a violência, o Grupo de Idosos e os movimentos religiosos.

Pacto Intersetorial e o Movimento da Paz - Unidos pela Paz. O Pacto Intersetorial foi junto com a Karina, o CRAS, as escolas, e junto outras instituições e bairros como Junco, Terrenos Novos, CRAS, [...] Os residentes, os profissionais da educação, da saúde [...] teve uma mostra do Pacto Intersetorial, foi muito bom [...] tivemos muita participação na época do Mentas Brilhantes. [...] A gente via mais espaço, eles tinham vontade de participar, dando ideias, aquilo que você não imaginava eles vinham e criavam (PROFISSIONAL F - ACS).

Através do Pacto Intersetorial nossos índices melhoraram. A mortalidade infantil, drogas, violência contra criança e adolescentes, a gravidez na adolescência foi lá para baixo. Com o Mentos Brilhantes, a gravidez na adolescência tem uma diminuída (PROFISSIONAL I - ACS).

Os movimentos comunitários da Vila União acima citados como o Grupo de Adolescentes Mentos Brilhantes, são intitulados por Sousa *et al.*, (2009), como “novos arranjos participatórios”, ou seja, novos dispositivos para a participação comunitária. De acordo com Nepomuceno *et al.* (2013, p. 46), a participação em saúde não-institucionalizada vai além de instâncias decisórias do controle social e avança por meio da atuação política cotidiana de usuários, movimentos sociais, movimentos populares, fóruns, redes sociais, entre coletivos existentes na sociedade civil.

A influência da religiosidade na produção da saúde comunitária e na organização da participação também foi algo bastante presente nos discursos e nas práticas de lideranças comunitárias. A comunidade é lugar de forte manifestação da fé e da cultura popular brasileira, estando isso expresso mediante igrejas evangélicas (Assembleia de Deus, Deus é Amor), rezadeiras e terreiros de umbanda. A população do território frequenta ainda a Igreja Católica São Paulo Apóstolo do Bairro Terrenos Novos (SOBRAL, 2012).

A igreja evangélica tem um ponto muito forte na saúde. Eu vejo muitos jovens que saíram do mundo das drogas e isso gerou saúde, nele e da família. A mãe tinha depressão. A igreja católica também tem os terços na semana, o terço dos homens, das mulheres [...] eu participo de tudo, seja evangélico, católico, macumba, tudo no mundo. Porque traz saúde para mim [...] (LIDERANÇA L).

Importante refletir que o enfrentamento dos processos de adoecimento e cura perpassa não apenas pela abordagem dos profissionais do sistema de saúde, mas também por agentes de práticas populares de saúde (OLIVEIRA; MORAES, 2010). Assim, o conhecimento das crenças e práticas populares relacionadas ao processo saúde-doença é fundamental para que aprendam a lidar com cultura, valores, hábitos e crenças desses grupos (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Arelado aos movimentos religiosos, destacamos a atuação do “Grupo de Idosos Amizade” na comunidade de Vila União, ressaltado na fala abaixo:

Tem o grupo de idosos muito importante. Onde eles se acham, e diz: “Olha eu estava tão doente, mas estou naquele grupo. Então estou conhecendo pessoas novas que podem fazer a gente esquecer um pouquinho nossos problemas de saúde” (LIDERANÇA K).

O Grupo, criado em 1998, reúne-se sistematicamente na Associação Nova Jerusalém e acolhe idosos/as e outros/as interessados/as que, em geral, são acompanhados/as pelo Centro de Saúde da Família do bairro devido às doenças crônicas, diabetes e hipertensão. Realizam atividades socioeducativas, práticas corporais e atividades físicas, como caminhada, ginástica comunitária e capoeira, bem como participam de Terapia Comunitária, do CLDSS e atividades da Igreja Católica. É cuidado pela líder comunitária Maria das Graças, moradora de Vila União desde sua ocupação (SOBRAL, 2012).

Em continuidade ao debate sobre como lideranças comunitárias e profissionais de saúde percebem a materialização da Participação Social na ESF, duas outras instâncias institucionalizadas no município de Sobral, foram destacadas como fundamentais no processo de cogestão e aproximação da gestão com serviços de saúde e comunidade, sendo elas o orçamento participativo e a Roda do CSF.

O Orçamento Participativo (OP) foi adotado pela primeira vez no Brasil em 1989 pelo Partido dos Trabalhadores (PT) como forma de promover justiça social, responsabilidade e transparência na gestão. É um dos programas de "boas práticas" associado a esforços de reformar políticas de "boa governança" disseminadas pelas organizações internacionais de prestígio, como o Banco Mundial e as Nações Unidas. A adoção do OP no Brasil se ampliou e por volta de 2001, quando quase metade dos programas de OP havia sido adotada por governos de outros partidos. Esse processo de cogestão permite que cidadãos decidam sobre a alocação de porções dos novos fundos de investimento de capital do orçamento municipal (WAMPLER, 2008).

Considerada uma experiência bem sucedida, teve rápida expansão no país, inicialmente para Região Sul e Sudeste e posteriormente para Norte e Nordeste. A primeira cidade a implementar o OP foi a cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul. Os resultados dessa experiência foram divulgados por fóruns e organismos internacionais, sendo referência para diversos países na América Latina e Europa (SILVA; CUNHA, 2010).

Em Sobral, o OP foi implantado em 1997 e é um instrumento de gestão municipal. Para o seu desenvolvimento, o município foi dividido em nove regiões para a realização de momentos distintos de discussão e deliberação popular como: reuniões de sensibilização, reuniões intermediárias, plenárias regionais e reuniões temáticas. Durante as plenárias regionais são eleitos representantes para compor o OP, que têm como papel central elaborar o plano de

investimento, discutir e deliberar sobre a proposta orçamentária da administração municipal além, de fiscalizar sua execução (COELHO NETO; SILVA, 2000).

Rocha (2009), em pesquisa sobre as práticas de gestão participativa e democrática vivenciadas em Sobral-CE, com enfoque na experiência do Orçamento Participativo nos anos 1997 a 2004, concluiu que a experiência do OP em Sobral proporcionou ao município a articulação das principais forças vivas no território e demarcou outro momento político, após passar quatro décadas de um contexto político em que predominavam as práticas clientelistas e paternalistas. Ele ressalta que essa experiência de gestão democrática se expressou como um movimento para introduzir um novo padrão de gestão e governabilidade à administração municipal, norteando-se pelos princípios da ampliação dos direitos fundamentais, do estímulo à participação cidadã e do aumento da eficácia/eficiência e efetividade das ações governamentais, o que estimulou uma maior participação da sociedade sobralense na definição e acompanhamento das políticas públicas.

Para a implantação do OP em Sobral a Secretaria da Cultura, Desporto e Mobilização Social criou uma equipe para acompanhar este processo com o objetivo de possibilitar a participação de todos os segmentos sociais e disseminar os conceitos e práticas de cidadania, coletividade e educação fiscal. Essa equipe realizou um estudo detalhado sobre a experiência do OP em Porto Alegre (ROCHA, 2009).

A partir deste processo, ganha destaque neste município uma proposta de educação para a cidadania e a população passa a ter maior conhecimento sobre a “máquina estatal” por meio da constituição de entidades de defesa de direitos e da criação de instrumentos de participação popular, como por exemplo, os Conselhos de Políticas Públicas, o OP, o Plano Diretor Participativo, a Agenda 21, entre outros (ROCHA, 2009).

Na atualidade, profissionais de saúde e lideranças comunitárias, sujeitos deste estudo relembrou o último OP realizado em Sobral-CE, que teve início em dezembro de 2013, com ampla participação da comunidade de Vila União e discutiu, sobretudo, as prioridades de investimento público na área da saúde para atender às necessidades do território.

A última movimentação que o pessoal participou bastante, foi no planejamento anual da Prefeitura que teve lá no Mocinha Rodrigues, o Orçamento participativo, que brigaram e conseguiram trazer aqui a ampliação do Posto de Saúde (PROFISSIONAL I - ACS).

Aquele ali [Orçamento Participativo] foi um grande momento de Participação Social. Porque a gente pôde construir o que a gente queria de melhor para o nosso bairro. A partir do momento que a gente quer que a violência acabe (LIDERANÇA H).

Os discursos revelam a potência que o OP pode ter no sentido de concretizar propostas para melhoria dos serviços de saúde a exemplo da ampliação do CSF, do aumento no quantitativo de médicos para o hospital e de intervenções em determinantes sociais da saúde como a violência.

Já as Rodas, são consideradas espaços de cogestão do trabalho em educação permanente em saúde que viabiliza novos arranjos e novas estruturas organizativas, segundo uma ética de planejamento e gestão compartilhada diferente dos modelos piramidais que permearam a história da saúde no Brasil (BRASIL, 2005). Profissionais de saúde destacam as Rodas do CSF que acontecem semanalmente às quintas-feiras como espaço importante de Participação Social, de troca de saberes, de produção de informações, de gestão e pactuação compartilhada, de colaboração e de planejamento da atuação comunitária.

[...] Nas reuniões de quinta-feira a gente se tranca para poder construir algo para a comunidade. Já temos uma programação para o Conselho Local e para atuar dentro das Associações (LIDERANÇA H – ACS).

Apesar de a Roda ter participação prioritária de profissionais de Saúde, estes sugerem e problematizam sobre a inclusão de usuários nas Rodas do CSF, conforme falas a seguir:

Poderia ter na Roda da Unidade alguém da comunidade para saber o que tá acontecendo no território, na unidade, eu não sei se é viável, eu acho que seria uma forma da comunidade tá participando (PROFISSIONAL N).

A roda é um espaço de cogestão também. Um espaço em que não é só um espaço de informe, onde a gerente passa informes cobrando e as pessoas estão sentadas, escutando, recebendo, captando. É um espaço que todos estão lá, de cogestão, onde todos colaboram, é uma via de mão dupla, é tanto que todas as pessoas do Centro de Saúde participam, eram para participar. E ter alguém da comunidade participando é ter um olhar de dentro para fora e de fora para dentro do que acontece do CSF e do que a comunidade pensa a respeito do que acontece no CSF, dos problemas que o CSF enfrenta, do funcionamento desde o vigia até mesmo a farmácia (PROFISSIONAL T).

As Rodas de Sobral buscam se consolidar como instâncias de cogestão entre profissionais, usuários e gestores, numa relação horizontal. Soares *et al.* (2009) destacam que nos espaços de Roda são abordados os componentes: terapêutico, pedagógico, político e administrativos do Centro de Saúde, contemplando socialização de informações do sistema de saúde, discussão do processo de trabalho e organização do serviço.

A Roda do CSF é um espaço de participação. A gente precisa desse espaço. Nas quintas à tarde, é onde a gente vai pegar informação, como será os planejamentos da semana, e onde podemos dar informação sobre o nosso trabalho, o fluxo da semana toda. Todo mundo participa, leva os problemas e passa para todo mundo e todo mundo tenta construir as melhorias para o bairro. Tanto para o bairro como para gente mesmo. No meu conceito é a esperança de crescer. O bairro cresceu muito já. Apesar das lideranças não serem mais como antigamente, mas já mudou muita coisa na comunidade. E dentro de cada um de nós tem sempre a esperança de um dia melhor, de algo melhor, e essa esperança é que faz com que a gente realmente busque. Tem muita gente na comunidade que não reconhece nosso trabalho [...] às vezes o dia a dia daquela pessoa já começou ruim, mas tem outras que motivam, que reconhecem sua profissão e isso faz com que a gente continue, que não desiste.. O principal é a esperança, é que cada dia possa mudar. (PROFISSIONAL G - ACS).

A experiência local das Rodas pode se configurar como um mecanismo mais participativo, pois é um espaço rico para operação de processos pedagógicos, sendo um dispositivo de criação de possibilidades, na qual a realidade local é refletida e problematizada.

De acordo com Campos (2012), os sujeitos interferem no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas. Interação com outros sujeitos e constituem espaços dialógicos com múltiplos resultantes conforme a capacidade e poder que cada um possui. A experiência da Roda do território de Vila União pode representar ampliação da capacidade de as pessoas compreenderem e interferirem de modo deliberado na construção de novos contextos singulares.

O que a teoria Paideia (CAMPOS, 2012) destaca é a necessidade de que mediante a escolha de uma metodologia de apoio, como a Roda, as pessoas consigam refletir e construir capacidade de intervir sobre os fatores estruturados que as condicionam a agir sobre o mundo. Apesar dos avanços e conquistas da Participação Social na ESF, acima explicitados, muitas são as fragilidades que permeiam as práticas vividas e sentidas de participação por profissionais de saúde e lideranças comunitárias, questões melhor descritas e refletidas a seguir.

5.2.2 Fragilidades da Participação Social na Estratégia Saúde da Família de Vila União, em Sobral-CE

Eu sinto que há uma divisão. Eu até usei esse termo, é como se eles não se sentissem parte e nem fizessem parte da família. Porque a Estratégia é como se fosse uma grande família. Mas eu vejo que eles se veem separados, não sei por que, não sei se é porque eles não se sentem à vontade (PROFISSIONAL N).

Os (as) participantes do estudo, ao relatar sobre as percepções acerca da Participação Social na ESF de Vila União, resgataram um pouco a história de luta que resultou na constituição do território. Entretanto, as lembranças também comparam momentos distintos de avanços e, sobretudo, de retrocessos e perda da credibilidade nos movimentos de Participação Social.

Os discursos de profissionais evidenciam pouca adesão da população aos processos participativos na ESF ao afirmar que: “Eu só acho a adesão da população um pouco baixa. Eu acho que a população fica muito nas suas casas. Querem reclamar, mas na hora realmente de participar ficam acomodadas, nossos grupos aqui dão poucas pessoas” (PROFISSIONAL I - ACS).

Profissionais de saúde, afirmam que “existe muita oportunidade e eles [comunidade] não aproveitam” (Profissional L), falas que necessitam ser problematizadas, considerando as reais possibilidades de participação nas políticas. Profissionais de saúde afirmam que atualmente na Vila União impera uma “falta de pertencimento ao coletivo”, conforme descrito a seguir.

Na verdade, tem uma história muito bonita de luta e de participação social muito grande. Mas desde que eu cheguei aqui eu acho que a gente está vivenciando um retrocesso na Participação Social, essa calma. A briga parece que é individual e não mais coletiva. Essa sensação de falta de pertencimento ao coletivo parece que está imperando. Eu fico procurando aquela união que eu vejo dentro da história (PROFISSIONAL U).

Para Soratto, Witt e Faria (2010), uma resposta aproximada para o que chamam de “marasmo participatório” pode estar na maneira como se organiza a produção dos cuidados em saúde, internalizada nas salas dos serviços de saúde, esperando, apenas, que a “coisa doente” apareça e se medicalize. Alguns relatos refletem sobre possíveis causas da fragilidade na participação social em Vila União:

A Participação Social foi caindo ao longo do tempo pela credibilidade de algumas coisas que foram acontecendo (PROFISSIONAL F - ACS).

De um tempo pra cá, realmente a parte do Posto de Saúde está fraca, mas já teve muito profissional forte que já vieram trabalhar aqui, que já correram com a gente, e que já lutaram pelas melhoras do bairro (LIDERANÇA J).

A participação de indivíduos nos processos de elaboração de estratégias e de tomada de decisão nas políticas, só começa a existir de fato, após a década de 1980, em propostas associadas aos movimentos populares, em atuação conjunta com comunidades eclesiais de base,

oposições sindicais, algumas categorias profissionais do funcionalismo público, associação de moradores, dentre outros (GOHN, 2011).

De acordo com Gohn (2011), a conjuntura política a partir de 1980, construiu outras dimensões para aqueles que estavam engajados na busca pela redemocratização do Estado. Inicialmente o processo ficou concentrado na questão dos Conselhos, priorizando debates sobre a dicotomia do caráter que ele deveria ter: consultivo ou normativo/representativo.

Assim, surgiram as primeiras experiências de conselhos de gestão da coisa pública em uma ampla gama de tipos que iam desde conselhos comunitários, aos conselhos de escola, da saúde, dentre outros. E estas experiências funcionavam paralelamente aos conselhos populares dos movimentos sociais e entravam em contradição, haja vista que os conselhos populares se fundavam nos princípios da participação direta e os demais eram articulados pelo poder público, seguindo critérios de representatividade que supunham participação indireta.

Dentre as fragilidades percebidas nos processos participativos apontados por profissionais de saúde e lideranças comunitárias na Vila União, uma das mais significativas diz respeito a pouca efetividade do CLDSS. Uma profissional destaca que “para o Conselho Local também começar a funcionar, tem que agir bem claro, mostrar, porque se não começar assim, se eu não vir resultado eu não vou acreditar” (PROFISSIONAL F - ACS).

Há nas falas, destaque especial sobre a necessidade de “injeção de ânimo” para potencializar o envolvimento comunitário na saúde, principalmente no que se refere ao CLDSS, bem como dificuldade com relação à disponibilidade e compromisso de profissionais de saúde com o Controle Social no SUS.

Muita gente que era liderança esfriou, por conta de muita coisa. Muitas vezes quando a gente vai buscar algo lá fora, as pessoas mais leigas não vão até mais na frente, e isso vai fragilizando. Com relação à Estratégia Saúde da Família e a Participação Social, me desculpe, está fraca demais. É o sentimento que tenho hoje. A gente não consegue mais trabalhar as prevenções dentro do nosso bairro. E a gente não pode estar falando da saúde, só querendo tratar doença. E o que percebo, esse Conselho está fraco, porque a própria unidade de saúde onde tem os profissionais, eles não estão mais disponíveis para tirar um pedacinho da noite, para sentar, para conversar com a comunidade. [...] tem que ter essa injeção de ânimo para estar à noite conversando, se entendendo, vendo a problemática do bairro (LIDERANÇA H).

A partir do momento que se reúne um grupo grande de pessoas para reivindicar qualquer, sei lá algo que diz respeito a eles, que a população está precisando. Se eles conseguissem entender a força que eles têm juntos. O que falta é isso [...] eu digo isso porque eu já participei de Conselho e eles não acreditam mais [...] (PROFISSIONAL N).

Por outro lado, há profissionais que constroem importantes sentidos para participação na saúde, a partir de sua prática e dos desdobramentos dela, a exemplo do ACS. Um dos sujeitos da pesquisa afirmou que “é gratificante participar do SUS. A gente vai lá naquela casa realmente que a pessoa está lá doente, que às vezes nem sabe dos direitos. A gente vai lá, orienta. E quando ela realmente vai atrás do seu direito a gente se sente até bem” (PROFISSIONAL I - ACS).

De acordo com Soratto, Witt e Faria (2010), é comum a população relacionar o atual sistema de saúde como “algo pobre para pobre e que não funciona”. Em contrapartida, percebe-se que esta mesma população ainda não despertou de maneira suficiente para a luta por melhores serviços de saúde. Há um discurso de indignação individual, mas não de participação coletiva na detecção, priorização e solução dos problemas cotidianos e da organização dos serviços de saúde. Percebe-se, por outro lado, mesmo com todo o aparato legal dos serviços de saúde, ainda convive-se com entraves para a participação social ainda vinculada a “benefícios” pessoais.

[...] eu acho que a comunidade geralmente só vai para algo que beneficie a eles, quando não estão precisando não vão. [...] Quando tem ali o Conselho, dá muito pouca gente. Se lá for um vereador, aí luta. Teve um dia que o colégio fez um evento lá no CRAS, eu participei, fui até sorteada com uma cesta, mas nem fui para participar. O colégio disse que as mães que participassem iam ganhar a cesta. Nesse dia lotou, eu fui só olhar a reunião, nem fui na intenção de ganhar a cesta, mas a comunidade todinha ao redor do CRAS foi em função da cesta. O povo da comunidade é muito assim: eles só vão para algo que favoreça, se não for não vão (PROFISSIONAL G - ACS).

Para Soratto, Witt e Faria (2010), a construção do controle social em um espaço participativo local é imprescindível para a população, pois amplia a descentralização das decisões e apodera a população para acompanhar, avaliar e indicar prioridades nas ações de saúde da ESF, todavia não pode se restringir, por exemplo, ao Conselho a solução de todos os problemas enfrentados pela saúde.

Cabe ressaltar que muitas questões apontadas como fragilidades do Controle Social na Vila União são históricas em Sobral-CE. A pesquisa realizada pelo CMSS em 2006 e relatada por Ponte *et al.* (2012) revelou que muitos entraves para construção dos CLDSS ainda permanecem atuais. Entre os entraves que dificultaram a participação, segundo a pesquisa, sobressaíram o horário para reunião do CLDSS - que gerou conflito de interesses entre profissionais de saúde e comunidade, fragilizando as reuniões pela ausência de alguns desses membros - e a transferência de responsabilidades, situação em que a equipe afirmava que a

comunidade era passiva, enquanto as lideranças locais interpretavam a ausência de profissionais de saúde nas reuniões como baixo compromisso.

Segundo a legislação de criação dos Conselhos de Saúde, estes devem exercer papel deliberativo e fiscalizador sobre as políticas públicas de saúde, caracterizando a participação política. Entretanto, conforme pesquisa realizada por Oliveira e Pinheiro (2010) junto ao Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, quase todos os conselheiros entrevistados afirmaram que as práticas cotidianas do CMSF nos aspectos acima descritos deixam muito a desejar. Destacam que há um frágil poder fiscalizador, gerando desânimo e descrença por parte de conselheiros que se percebem apenas legitimando uma política muitas vezes distanciada das necessidades de saúde da população (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Um dos profissionais discorre que “o Conselho caiu muito porque nas reuniões ficavam só ali. Na prática não mostrava” (Profissional G – ACS). Para Oliveira e Pinheiro (2010), na arena do conselho, vários interesses se confrontam e as disputas pelo poder em determinados momentos dominam a cena, dificultando as articulações e negociações, instrumentos da ação política a serem utilizados para a construção de acordos que façam avançar a garantia universal e integral do direito à saúde. Para as estudiosas, a participação nos espaços institucionalizados representa uma conquista cotidiana, apesar da complexidade no processo de transformação das práticas institucionais e da cultura política ainda permeada de desigualdades.

Gohn (2011) acredita que os conselhos de uma maneira geral criam condições para uma vigilância sobre a gestão pública, em particular no nível municipal e aponta questões relevantes para o debate atual tais como: a representatividade qualitativa dos diferentes segmentos sociais territoriais e de forças políticas organizadas, o percentual quantitativo, em termos de paridade, entre membros do governo e da sociedade civil organizada, o problema da capacitação de conselheiros, o acesso às informações, a fiscalização e o controle sobre os próprios atos dos conselheiros, o poder e os mecanismos de aplicabilidade das decisões do conselho pelo Executivo.

Silva (2013) evidenciou junto a gestores federais da APS brasileira que a participação, especialmente através dos Conselhos de Saúde, tem na APS um *locus* privilegiado de atuação no SUS e que o Brasil possui um modelo superior a outros países tendo a ESF maior potencial para estimular uma participação do que os modelos de APS tradicionais.

Porém, profissionais de saúde, sujeitos deste estudo, destacam, que apesar dos avanços da Participação Social na Saúde, a comunidade tem dificuldade de reconhecer e acessar espaços legítimos de Controle Social, como Conselhos de Saúde, as Rodas do CSF e a Ouvidoria.

Aquele posto [de saúde] foi construído ali com muita força do Conselho Local de Saúde, quando você ia para triagem, você tinha que falar o que sentia na frente de todo mundo. Toda vez que tinha reunião do Conselho, eu dizia, gente procura uma sala de triagem. Hoje tem a sala de triagem. E o que acontece? Muita gente não conhece o Conselho de Vila União não (LIDERANÇA K).

Já problematizadas como espaço importante para efetivação da cogestão, a Roda do CSF também apresenta suas fragilidades de acordo com discursos de profissionais de saúde que ressaltam a burocratização do espaço, a falta de compreensão da comunidade acerca do significado e da real proposta ou papel da Roda. O discurso abaixo questiona a “ausência da participação comunitária”, já apontada anteriormente como proposta e o reconhecimento do significado e sentido do espaço para profissionais e para comunidade.

[...] Eu acho que o que é fantástico da Estratégia pensando na construção do SUS, é fazer essa proximidade, aí na roda a gente tem isso. O tensionamento para que a roda exista é fantástico [...] mas eu acho que está uma coisa muito instituída, é a obrigação do dia, do local, porque tem que acontecer nessa sala que é apertada que não tem o conforto e que as pessoas entram por obrigação. E que muita gente esvazia esse espaço e a gente tem que fazer uma leitura do esvaziamento desses espaços. Por que os vigilantes e serviços gerais não participam? Quando a gente pergunta eles dizem: “eu nunca sou ouvido, os informes nunca são para mim”. [...] é só cobrança e não vem retorno e as pessoas não estão mais acreditando. Muitas vezes não discute os problemas da comunidade, muitas vezes discute somente os problemas que vêm da secretaria [...] A gente tá discutindo coisas muito burocráticas e não está dando a leveza que o processo precisa. Fazendo essa roda girar, o olho no olho, esse sentir o outro presente, de que é equipe, é grupo, é coletivo que participa (PROFISSIONAL P).

Outra fala profissional revela a pouca apropriação e construção de sentidos da comunidade para a proposta da Roda, o que revela fragilidade na comunicação entre profissionais e usuários, bem como a pouca implicação do território em espaços de cogestão do CSF.

Se você for conversar com os usuários que estão ali fora e perguntar: - o que você acha da Roda do CSF? Eles vão perguntar: da Roda? Aquela reunião de quinta à tarde que vocês não atendem e ficam dentro da sala? Eles não entendem o que é esse espaço [...] A informação, dizer o que está acontecendo é difícil, porque é um processo de educação e se for partir para processo de educação é difícil (PROFISSIONAL S).

Ponte (2013), em pesquisa sobre as Rodas em Sobral, evidenciou que as rodas são espaços potentes para a gestão participativa. No entanto, aponta que ao longo da história os propósitos das rodas foram se modificando e elas se resumindo a um momento para repasse de

informações da reunião de gerente sem planejamento. A percepção de trabalhadores da ESF sobre a Roda é que há um predomínio da dimensão administrativa, em detrimento do pedagógico, político e terapêutico. O desconhecimento sobre o método, aliada a uma incipiente conduta de democracia institucional, imprime no atual método uma característica de reunião administrativa.

Além disso, destaca que as rodas, enquanto espaço de representação dos trabalhadores, encontram-se desfalcadas pelo absenteísmo de profissionais, como médico, dentistas, vigias, auxiliar de serviços gerais e motoristas, bem como têm predominância de assuntos concentradas em alguns profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas e ACS). Compreende que a participação não se reduz à presença num encontro, que os trabalhadores podem produzir no cotidiano gestão participativa, mas acredita que a presença é condição que potencializa o sentimento de pertencimento a um projeto coletivo (PONTE, 2013).

Devido a essa dificuldade da comunidade em acessar alguns canais de participação e construção coletiva da ESF como as Rodas, profissionais de saúde relatam que é recorrente a procura da comunidade por outros meios de comunicação, a exemplo daqueles considerados “sensacionalistas” para relatar, em particular, queixas e problemas relacionados à ESF, revelando certo descrédito e desconhecimento de espaços conquistados e legítimos de participação social, contudo dando respostas a uma postura de indignação frente às questões vivenciadas.

[...] é até uma construção histórica [...], porque até o nome paciente, ele já vem de um termo passivo, e a ideia de Participação Social é justamente o oposto, é a ideia de ação. Até nessa questão cultural tão enraizada é muito complicado e muita gente não entende o que é isso, eles vão a rádio, [...] é uma questão mesmo de informação. E você está ali naquele conjunto conversando, partilhando informações, você consegue ter um agir, ter uma ação maior, então a Participação Social é sim extremamente importante, mas a gente vê que precisa caminhar a um pouco mais para ajudá-la a nos ajudar enquanto profissionais da Estratégia (PROFISSIONAL Q).

Segundo profissionais de saúde, a participação geralmente ocorre em Programas de rádio local que costumam tratar da questão de maneira midiática, espetacularizando as situações relatadas. Arelada a esse debate, profissionais apontam a dificuldade de a comunidade de reconhecer-se também como sujeito de direitos, mas também de deveres, conforme abaixo:

Participação Social como direito eu percebo que a comunidade participa e ela deve participar de uma forma positiva. Mas, hoje eu percebo que a Participação Social ela é mais assim para ir às rádios, falar coisas negativas, reclamar. E parece que no momento que a gente faz a nossa parte, parece que a gente tá fazendo um favor, não é uma troca, [...] Ele tem que conhecer os direitos dele, eu como profissional também tenho que conhecer meus direitos e deveres (PROFISSIONAL O).

Profissionais de saúde reafirmam a dificuldade da comunidade em compreender como a participação social pode ser materializada no cotidiano da ESF, citam o CLDSS como espaço importante de Controle Social e como possibilidade de superação de práticas midiáticas de debate da questão. Uma das falas suscita esse debate:

Dificuldade de a comunidade compreender a dinâmica da Participação Social a gente tem até no planejamento, um dos nossos eixos é reativar o Conselho da Vila União, que ele está desativado. E a partir do momento que a gente conseguir reativar, a gente vai ter mais uma parceria, [...] quando eu cheguei aqui o que me falavam era das pessoas irem até a rádio, [...] É como se eles achassem que estão ameaçando a gente de alguma forma sabe? Não ter paciência para esperar um atendimento, achar que por conta do problema dele ser maior, mas não foi classificado como risco, [...] “ah eu acho melhor eu ir primeiro na secretaria que eu resolvo mais rápido”. Então a partir do momento que o Conselho sendo reativado, a gente vai conseguir ter as reuniões, pelo menos mensais, para gente fazer com que as lideranças conversem com a comunidade, para que ela tenha outra visão do que é Participação Social (PROFISSIONAL O).

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (BRASIL, 2009d) destaca que a implementação de uma gestão participativa do SUS requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem o envolvimento de profissionais de saúde e da comunidade. Assim, a gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, propondo práticas para efetivar a gestão participativa do SUS.

Os mecanismos institucionalizados de controle social são representados pelos Conselhos de Saúde e pelas Conferências de Saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais. Já os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços, representados pelas ouvidorias do SUS.

A Ouvidoria Geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2009d).

As Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do SUS. Entretanto, a política aponta que fortalecimento do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da

promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da equidade em saúde (BRASIL, 2009d).

Tendo como referência o território de Vila União, o que evidenciamos é que há um reconhecimento importante da comunidade de outros canais de comunicação, espaços estes que devem ser problematizados quanto aos seus objetivos e reais compromissos com as políticas de saúde, questão que não poderá ser aprofundada neste estudo.

Apesar de o acesso a múltiplos canais de participação na saúde ser apontado pelos profissionais de saúde como caminho necessário para estreitar a comunicação, fortalecer os vínculos e aproximar os serviços do CSF às verdadeiras necessidades da comunidade, podemos inferir que pode haver ainda fragilidade no processo de territorialização e de apropriação desse território vivo e de processos participativos por parte também dos profissionais de saúde.

[...] eu fico aqui no Posto e não sei muito bem como é que é no bairro, na Vila União em si. E essa Participação Social é que vai abrir os olhos assim, de Enfermeiros e Dentistas de quais dificuldades que eles estão passando. Por exemplo, lá longe, [...] eles [usuários] é que sabem da dificuldade que estão passando lá, por exemplo, um foco de dengue. Eles é que vivem e que sabem, e vão usufruir o que a gente está oferecendo para eles e sabem das dificuldades (PROFISSIONAL L).

Para Barcellos e Monken (2007), os territórios são espaços e lugares, construídos socialmente. Já a Territorialização é o processo que permite identificar as singularidades da vida social, seus problemas e necessidades de saúde, observando o uso e as diferentes apropriações do território. Apresentam a Territorialização como um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde.

Nessa perspectiva, os processos de trabalho na saúde precisam ser organizados de maneira contextualizada com base no território e com a participação comunitária, considerado um lugar “vivo”, dinâmico e contraditório, construído social e historicamente no cotidiano. Assim, é imprescindível para os/as profissionais de saúde o conhecimento das potencialidades e fragilidades, bem como dos recursos, modos de vida, aspectos culturais, de lazer, econômicos, educacionais, de saúde, dentre outros, pois são aspectos que se configuram como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Retrocedendo historicamente ao debate acerca das fragilidades no processo participativo da ESF de Vila União, profissionais relembram histórias do movimento de ocupação da Vila União e das primeiras conquistas no campo das políticas sociais que só foram possíveis

com a participação social e, sobretudo, com o envolvimento das Associações Comunitárias. Todavia, apontam a falta de sustentabilidade e credibilidade das ações desse segmento como problemática no território, tendo em vista que os interesses parecem não ser mais coletivos.

Eu vejo que ainda é muito pouca a Participação Social no nosso bairro. Teve uma época que estava até melhorando, aí depois teve uma caída, em relação à Participação. Mas tem pessoas que se envolvem a participar e não dão um retorno positivo. [...] Então, as pessoas já são muito desconfiadas, já são pessoas muito difíceis. Realmente, sempre há um interesse por trás [...] nossa comunidade é assim, movida em ganhar, a gente vê isso, em querer tirar proveito da situação, em algum momento ganhar. [...] a gente precisa melhorar a nossa liderança, trabalhar bem claro que mostre serviço, se eu não dou bom exemplo, como eu posso exigir da minha comunidade um bom exemplo? [...] Foram consequências de algumas coisas que vieram dando errado na Participação Social. Mas em algumas das nossas lideranças, ouve falha e perca da credibilidade (PROFISSIONAL F - ACS).

Avritzer (2009) destaca que a partir de 1970, começa a ocorrer no Brasil o surgimento do que se convencionou chamar de “sociedade civil autônoma e democrática”, dentre elas, o crescimento das associações comunitárias, entretanto concentrado em algumas cidades como Porto Alegre, Belo Horizonte e São Paulo. A partir de 1980, houve maior presença do associativismo e das formas de organização da sociedade civil na cena política. Para Gohn (2000), as Associações de Bairro ou Comunitárias são entidades sem fins lucrativos que congregam interessados na defesa de interesses de um bairro, não se constituem como Movimentos Sociais, pois são institucionalizadas e fazem parte de um movimento social mais amplo que é o movimento comunitário de bairros.

Oliveira (2007) aponta em seus estudos que Associações Comunitárias em Vila União, enquanto espaços de fomento à participação caminharam pouco, visto que não conseguiam ultrapassar o caráter reivindicatório, não avançando nas reflexões estruturais e ampliadas sobre as políticas sociais. Tal consideração pode ser confrontada com uma fala de profissional de saúde sobre o surgimento da Associação Comunitária ASMOVIU devido a uma demanda do Projeto de Urbanização do bairro e posteriormente do enfraquecimento deste espaço.

[...] Eu lembro quando veio o projeto urbanização e habitação (PROURB) para o nosso bairro, foi dito bem claro, que se não houvesse participação da comunidade, não viria benefício nenhum e todo mundo participou de reuniões, de trabalho. Esse benefício não vinha diretamente da prefeitura para os moradores não, tinha que ser criada uma associação [...] foi onde foi criada a Associação ASMOVIU. Então a ASMOVIU sozinha, a Maria dos Tijolos, a Dona Graça, não iam fazer esse movimento só, se a comunidade não tomasse consciência da sua participação. [...] depois disso houve a participação eram trabalhos às claras, teve credibilidade. Depois disso, vieram outras associações e isso foi caindo [...] as pessoas começaram a não ter tanta clareza (PROFISSIONAL F - ACS).

Também foi possível constatar que há uma dificuldade da comunidade de tornar demandas singulares de grupos em coletivas. Uma fala de profissional foi emblemática para revelar o sentimento de indignação, mesmo que ainda sem indicativos de transformação, para representar a questão.

Eu fiquei até assim um pouco indignada com um grupo, um grupo até forte, mas é um coletivo, mas que pensa naquele coletivo específico, não como um todo. Em uma reunião que eu fui, onde o que interessava a eles era o futebol. Tudo que for em torno do futebol, é com a gente, partiu para violência é como se não quisesse partir. No entanto, a violência é tema importante para todos os coletivos (PROFISSIONAL U).

Uma das lideranças comunitárias, vinculada à Associação Comunitária Nova Jerusalém, reconhece as conquistas advindas do movimento da ASMOVIU e destaca as dificuldades de estrutura e apoio político e financeiro para desenvolvimento de atividades de associativismo no território.

[...] realmente a Associação ASMOVIU trouxe muitos recursos para dentro do bairro. Mas tinha pessoas que tinham condições de ajudar a ASMOVIU, tinha alguém por trás para estar injetando alguma coisa. A gente para falar de Associação é muito fácil, difícil é participar de Associação (LIDERANÇA M).

Outra liderança comunitária aponta tensões políticas explícitas com relação às duas Associações Comunitárias de Vila União e que revela apesar dos avanços, fragmentação e disputa política no que se refere à divisão de poder no território.

Aqui tem um problema muito grande na Vila União, a separação. Então eu acho que sempre teve aquele ar de separação, uma associação para cá e uma para lá (LIDERANÇA A).

As lideranças destacam além do enfraquecimento da atuação das Associações na Vila União, o repentino “sumiço” de atividades realizadas em uma das Associações Comunitárias, a falta de apoio público para estruturação de espaços que promovam a saúde e a participação no território e questionam o real envolvimento da comunidade no fortalecimento das Associações, conforme falas a seguir:

Na Associação Nova Jerusalém, tinha grupo de capoeira, de jovens, da igreja, de dança, aula de violão, de grupo de idosos, e de repente sumiu, acabou, sem dar satisfação e motivo. Então o motivo que era? Era ter uma casa de apoio no bairro para voltar a reunir essa cultura num só lugar (LIDERANÇA N).

O problema é que até nós jovens que fazemos o movimento do bairro, já procuramos a Associação e as portas sempre estavam fechadas pra gente. Então foi preciso procurar espaço no CRAS, que já está lotado, não tem espaço para a gente que é um grupo de jovem, de dança, de música. E o que tá faltando no bairro? Um apoio (LIDERANÇA N).

Profissionais de saúde problematizam sobre a institucionalização da Participação Social na Vila União, expressa por meio das Associações Comunitárias, do CLDSS ou do Orçamento Participativo, e apontam questionamentos importantes sobre a descrença nos movimentos participativos com as seguintes indagações: “Porque a comunidade não acredita mais? Porque ela está tão descrente? Porque o individual está mais que o aspecto coletivo? Foi um processo, não foi de uma hora para outra” (Profissional T). Uma das profissionais revela que a institucionalização dos movimentos de participação talvez não seja parte dos desejos da comunidade e destaca a fragilidade das articulações intersetoriais na abordagem da questão.

[...] se a gente for entender todo o processo histórico da criação do bairro, o próprio nome Vila União tem toda uma história. Institucionalizamos os espaços, será que eles estão a fim disso? Esse espaço aqui antes de ser essa Praça da Juventude, era um espaço de lazer que tinha uma pracinha ao redor e no meio um campo de futebol que para os homens, era fantástico. E também utilizava como ponto de encontro. Mas a praça chegou de paraquedas, não foi discutida, já foi marcada sua inauguração diversas vezes. Sentimos que teve uma evolução na sua construção e aí a comunidade foi atrás disso de outra forma institucionalizada, houve uma devolução no Orçamento Participativo. [...] Então nós como profissionais de saúde, temos que buscar a questão intersetorial para dialogar de que forma a gente pode trazer esse pessoal a participar, [...] fazer esse entendimento do coletivo. A comunidade colocou nesse dia que ao invés desse espaço estar promovendo saúde, é um espaço que vai adoecer o bairro. (PROFISSIONAL P).

Segundo Soratto, Witt e Faria (2010), a institucionalização da Participação Social por si só não garante nada se não existir anteriormente e durante a sua construção um processo de diálogo libertador capaz de motivar para a luta pelos direitos de cidadania.

Uma das lideranças comunitárias ao referir aos últimos processos de OP no território relembra que apesar da participação democrática no processo, não há monitoramento comunitário e nem da gestão no acompanhamento das últimas deliberações coletivas com relação ao orçamento público para a ESF de Vila União.

Ficou uma pessoa encarregada, inclusive, para saber o que estava acontecendo no bairro, no posto. Essa pessoa nunca se manifestou. Ele tirou pessoas dos grupos para ficar como membro responsável. Nunca ninguém foi lá no posto perguntar, se informar. Ele tá lá [Prefeito Municipal], mas não está sabendo o que está acontecendo (LIDERANÇA G).

As falas de profissionais de saúde apontam que a participação institucionalizada muitas vezes é desejada e estimulada por profissionais de saúde, mas não há um reconhecimento de que esta não deve substituir outros espaços participativos comunitários e que o controle social possa ocorrer em espaços não institucionalizados.

Eu acho que tem um movimento da não institucionalização da participação da Vila União. [...] Fica os profissionais querendo essa institucionalização e a comunidade dando uma negativa que não quer institucionalizar e a gente tensionando. E a gente tem que fazer a leitura clara mesmo, está querendo? Por quê? [...] É linda a história da Vila União, porque teve um processo motivador. [...] foi tentando institucionalizar e a comunidade negando e aí ficou a questão das brigas de interesses pessoais e interesses políticos, que acho que gerou um processo de enfraquecimento muito forte na Vila União. E aí essas expressões elas estão pequenas, mas estão nos movimentos [...], em uma comunidade que é jovem e que está se manifestando de alguma forma e que a gente não está trazendo essa discussão com eles (PROFISSIONAL P).

Bodstein (1993) reconhece a relevância dos espaços institucionalizados na formação de identidades coletivas, entretanto, aponta que as formas singulares de luta dos movimentos sociais não podem ser esquecidas e enfraquecidas, pois as tornaria vulneráveis e obedientes ao aparelho estatal. Nessa perspectiva, faz-se necessário aprofundar o debate sobre a instituição da Participação local e de suas repercussões na vida cotidiana e nos serviços de saúde, questão que pode ser objeto de outros estudos relacionados.

As questões acima relacionadas se configuram como desafios a serem transformados com vistas à materialização efetiva da Participação no âmbito da ESF, tema explorado a seguir.

5.3 Desafios da Participação Social na Estratégia Saúde da Família de Vila União, em Sobral-CE

Eu acho que quando existe uma escuta, um diálogo com a comunidade, um tête a tête talvez, aquela coisa do olho no olho, vamos e estamos juntos, a comunidade percebendo que estamos juntos. Não só para atender aos anseios de cura, na verdade. Cura da ansiedade deles, cura da não doença. Eles perceberem que o profissional de saúde está junto, que a gente necessita dessa participação, que a gente escuta, que a gente entende, que a gente quer sim fazer junto, que valoriza a história do “tamo junto”, a coisa vai ficar muito mais fácil porque a gente percebe quando a gente está numa visita domiciliar ou mesmo no Atendimento Individual que existe essa proximidade maior com indivíduo, essa aproximação ela faz com que as pessoas acreditem mais (PROFISSIONAL U).

Estão em curso debates sobre os 25 anos de institucionalização do SUS e os 20 anos da ESF, em que as principais conquistas e desafios de estruturação estão sendo discutidas e analisadas pelo Estado e pela sociedade. O principal desafio do Brasil, adotado como experiência singular e reconhecido internacionalmente, é o de constituir um Sistema de Saúde de caráter nacional, universal e único nas formas de gestão e com o envolvimento da participação popular e

democrática na deliberação das prioridades e na fiscalização da utilização de recursos materiais e financeiros (PEREIRA; PEREIRA, 2014).

Os entraves do SUS que estão relacionados à Participação Social são muitos e a realidade prática ainda difere do que é assegurado por lei. Dentre os entraves da prática cotidiana citamos: baixa politização da sociedade, burocratização dos Conselhos de Saúde, autoritarismo e manipulação dos gestores locais, recursos financeiros insuficientes, baixa capacidade de resolubilidade da rede de serviços, centralização do poder, modelo de atenção pautado no pronto atendimento médico, interferência político-partidária e cobrança por fora dos serviços privados contratados pelo SUS (AMORIM *et al.*, 2012).

Em Vila União, os desafios enfrentados para efetivação do SUS e de seu princípio da Participação Social estão associados, principalmente à materialização do direito à saúde, por meio do compromisso social com a participação, da valorização dos sujeitos envolvidos nesse processo, do fortalecimento de espaços de Participação Social, do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e da mobilização para o exercício desse princípio do SUS.

Campos e Wendhausen (2007) destacam que a Participação Social ocorre na medida em que se constituem em instrumento de capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre suas vidas e conseqüentemente sobre os determinantes do processo saúde-doença. Nessa perspectiva, inicialmente, profissionais de saúde e lideranças comunitárias apontam a necessidade de diversos atores envolvidos na construção do SUS assumirem de fato o compromisso social com o SUS, com a participação na ESF de Vila União em Sobral-CE e com a construção de propostas que possam superar a realidade apresentada na fala abaixo.

O SUS está muito a desejar. Se você precisa do SUS, você vai ter que esperar uma longa espera para tudo acontecer. Se você tiver dinheiro, você é atendido rapidinho [...] a gente acha que tudo é de graça para a gente. [...] nós temos direito ao SUS, mas o SUS é igual a uma tartaruga, tudo do SUS é lento (LIDERANÇA A).

Conforme os discursos há necessidade de “trazer para dentro” do serviço de saúde, usuários, familiares e comunidade. A liderança J destaca que “não é só chegar lá e julgar em cima do profissional, não tem nada a ver”. Apresentam propostas e caminhos para superação de fragilidades nos processos participativos da comunidade.

A gente tem que pensar em estratégias que favoreçam de fato a participação social já que a gente percebe que não vem por vários motivos [...]. A gente pode pensar junto para que isso tudo se adeque e melhore a realidade? (PROFISSIONAL N).

Eu vejo construindo junto. É aquela questão também de se empoderar, não ter aquela divisão, aqui são os profissionais de saúde e aqui é a comunidade. Mas não, são eles se sentirem parte daquilo ali também (PROFISSIONAL N).

Acerca do uso do termo empoderar, ressaltada na última fala acima, Martins Jr. (2003) aponta algumas problematizações. Afirma que a tradução do termo inglês, “empowerment”, gera um desconforto ideológico, fortalecido pela tendência histórica de dominação, na medida em que empoderar significa “dar poder a”, o que pode nos levar a pensar que esse poder foi compartilhado por outro e pode ser “retirado” quando lhe convier. Propõe a adoção do termo apoderamento - “ad-poderamento”, pois se trata de processo de reconhecimento do poder existente, ainda não exercido, significa “trazer o poder mais próximo de si”.

Martins Jr. (2003) destaca que o apoderamento de uma comunidade não ocorre de maneira espontânea, mas pressupõe a percepção por parte de seus membros das formas de como esse poder se realiza e dissemina na sociedade. Requer o desenvolvimento de uma mobilização social que promova a participação das pessoas, das organizações e da comunidade nas decisões. Profissionais declaram que é imprescindível “viver a realidade comunitária” para conhecer e intervir de maneira qualitativa, integral e compartilhada na produção do cuidado à saúde.

Eu acho que a gente como profissional de saúde tem que vivenciar a realidade da comunidade para assim a gente traçar estratégias e para essas estratégias terem um *feedback* melhor, a comunidade, por exemplo, os adolescentes e os homens, eles têm que tá participando desse planejamento porque ninguém melhor que eles para saber a realidade que eles vivem, o momento que seria mais adequado para ter um grupo [...] seria trazer a comunidade e a gente vivenciar a comunidade, e não ficar preso nas nossas salas, [...] porque assim a gente não consegue planejar, tem que tá todo mundo envolvido, profissional e comunidade realmente de mãos dadas para construir essas políticas (PROFISSIONAL V).

Gomes e Pinheiro (2005) colaboram com o debate ao afirmar que o maior desafio dos profissionais da ESF é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à “voz do outro”. Isso significa mais do que construção de um vínculo/responsabilização e se traduz em uma efetiva transformação na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito. A integralidade da atenção à saúde poderá, dessa maneira, representar um novo modo de “andar na vida”, a partir de uma perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua história.

Merhy (2002) acredita que existam pelo menos três campos de tensão nas organizações de saúde. O primeiro, diz respeito à compreensão de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputas e de construção de políticas por distintos atores com diversos interesses e capacidade de agir, em que a única maneira de superar essas questões e efetivar os direitos de usuários é por meio do Controle Social. O segundo campo, reconhece a produção de atos de saúde como um terreno do trabalho vivo, em que predominam tecnologias leves, relacionais, em detrimento de saberes e equipamentos estruturados – tecnologias duras. Destaca que essa característica fornece possibilidades para estratégias rumo à construção de novos valores, saberes e relações, pois há espaço para a invenção. O terceiro campo de tensão transita entre a autonomia e o controle nas organizações de saúde e é também espaço potente para construção de estratégias que conduzam trabalhadores a intervir em defesa dos usuários do serviço de saúde.

O compromisso social, na perspectiva dos sujeitos deste estudo, pode ser obtido mediante engajamento e responsabilidade sanitária com o território, por exemplo, por meio de atitudes individuais com implicações no coletivo, conforme fala abaixo:

[...] se hoje a gente quer alguma coisa, então quem já participou disso que prossiga e quem ainda não participou, como eu, que entre, que se engaje, que ajude essas pessoas para, que tenha essas melhorias pro nosso bairro, precisa delas [...] você tem que buscar essa participação, ajudar-se a si mesmo e aos outros (LIDERANÇA D).

As falas também evidenciam que é imprescindível nesse processo de compromisso social com a participação a discussão e a compreensão da relevância das competências e responsabilidades a serem exercidas pela comunidade, famílias, políticas de educação e saúde, por gestores e profissionais dessas áreas.

Eu acho que o maior desafio é fazer com que a comunidade, a sociedade, não só a comunidade, compreenda que é fundamental a participação dela e a colaboração dela. É um desafio. Isso é para ser trabalhado nas escolas também porque a gente tem aquele programa que está há dois anos, o PSE, o Programa Saúde na Escola. [...] A educação ainda não entrou. O maior desafio no nosso bairro é a comunidade, como fazer com que ela entenda que só nos trabalhadores não vamos conseguir ampliar e trazer um projeto onde ela não faz um movimento, onde elas não se juntam e não mostram para as lideranças que realmente são eles que querem. [...] eles têm que entender que eles têm mais força de falar e mais vez do que nós. [...] fazer com que a comunidade, até eu mesma em muitas coisas, eu tenho que participar, tenho que ver para eu poder acreditar, porque se não ver e não participar, eu vou ser leiga também [...] (PROFISSIONAL F - ACS).

A partir da fala, constatamos a importância de reconhecer outros dispositivos sociais que contribuam com a promoção da saúde e possa responder às necessidades de saúde. Nesse contexto, está a escola, que pode ser importante aliada para o fortalecimento da ESF. O elo saúde e educação é importante para atingir grupos populacionais de crianças e adolescentes, conforme destaca Santiago *et al.* (2012). Estas atividades para saúde no âmbito escolar foram regulamentadas pelo Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) e suas finalidades, e da Portaria nº 1.861 de 04, de setembro de 2008, que definiu a responsabilidade orçamentária do MS com os municípios que aderem ao PSE.

Para Santiago *et al.* (2012), apesar de suas limitações, o PSE constitui uma possibilidade de fortalecer a integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade e a corresponsabilização entre estes setores que historicamente atuam de maneira fragmentada.

Junqueira (2000) discorre que o SUS é um projeto de promoção da saúde e parte de um projeto maior de uma sociedade solidária. É um projeto político, construído por grupos que acreditam na construção de uma sociedade mais justa. No entanto, como um projeto, exige a atualização das propostas mediante o envolvimento dos diversos segmentos da sociedade. Aponta que um sistema é uma construção abstrata, que define direção, competências e atribuições das partes interdependentes e que este é um processo que exige mudanças de práticas e valores entre os segmentos para adequarem-se ao projeto e para institucionalizá-lo.

O meu maior desafio é fazer com que as pessoas tenham responsabilidade. Responsabilidade com ela mesma e com as pessoas que elas cuidam. Fazer seu papel de acompanhante, papel de pai, de mãe, e com ela mesma. Eles não querem ter responsabilidade, querem jogar a responsabilidade deles e da família tudo em cima do ACS. O ACS é que tem que deixar a medicação, a consulta, que tem que dar o recado da prevenção, do dentista, eles querem que a gente seja secretária delas. Para mim esse é o maior desafio, fazer com que eles façam o papel deles (PROFISSIONAL H – ACS).

Profissionais de saúde apontam a necessidade de construção de uma rede de compromisso com o SUS/ESF que possa empoderar/implicar outros setores das políticas como educação e a assistência social.

Eu acho que, além disso, estreitar vínculos com outros espaços da comunidade, e com a comunidade. Essa rede de participação precisa estar bem fortalecida, é saúde, assistência social, escola, movimento, é todo mundo. Essa rede fortalecida, a gente consegue avançar. Outro grande desafio é o empoderamento da comunidade, mas não só da comunidade, mas dos profissionais que estão na ESF. [...] E é do coletivo, porque eu vejo um tensionamento muito da equipe multi, muito numa linha e o médico nunca está

nos espaços e certos profissionais também não estão. Porque estou aqui? Estar na ESF é uma motivação política e social de construir um país diferente, uma sociedade diferente. Não é só uma tábua de emprego, não é só porque estou desempregada que vou ficar no SUS e na ESF (PROFISSIONAL P).

Para Junqueira (2000), as redes surgem como uma linguagem de vínculos, das relações sociais entre organizações que interagem mediadas por atores sociais que buscam compreender a realidade social de maneira compartilhada e interativa, apropriando-se do conhecimento dos problemas sociais e de sua solução.

As redes articulam pessoas e instituições que definem objetivos coletivamente e se comprometem a superar os problemas sociais de maneira integrada respeitando a autonomia e as diferenças de cada membro. “A rede de organizações estabelece acordos de cooperação e reciprocidade e alianças. Essas novas práticas de cooperação constituem um meio de encontrar saídas para intervir na realidade social complexa” (JUNQUEIRA, 2000, p.40).

Entretanto, profissionais relatam a dificuldade de tecer essa rede de compromisso no território, sobretudo devido à fragilidade da organização do serviço e o pouco tempo disponibilizado, principalmente aos profissionais do NASF para articulações intersetoriais, conforme apresenta fala abaixo:

Eu acho que muitas coisas que às vezes impedem os profissionais a trabalharem de melhor forma é o próprio sistema. Eu gostaria muito que o CRAS, que a creche, enfim, que todas as ferramentas sociais me conhecessem pelo nome. Mas isso se torna difícil quando eu venho aqui uma ou no máximo duas vezes por semana aqui, em um turno. E quando eu chego aqui tem uma pessoa com a glicemia altamente descompensada e eu não posso estar no território porque eu mal venho aqui porque eu tenho seis territórios. Será que o sistema permite que o profissional trabalhe da melhor forma? Será que o que ele está fazendo é o máximo que ele pode? (PROFISSIONAL N).

Os (as) profissionais de saúde e as lideranças comunitárias destacam ainda a relevância da adoção de um “espírito de coletividade” que possa mobilizar para a luta, para agir consciente e consequentemente para a união de coletivos em defesa da saúde.

Quando há um espírito de coletivo, vamos todo mundo. Quando uns querem e outros não querem, gera essa quebra (PROFISSIONAL T).

[...] está na hora da gente agir, na prevenção, agir dentro disso, esperar pelos outros não vai dar, não é? Então, se cada um de nós fizer assim, um pouquinho que seja, vai ser bom para a gente, [...] hoje se você prestar bem atenção, a gente tá parado, mas não é culpa daqueles que fizeram aquilo, a gente também tem que [...] buscar nossa participação para que haja esse desenvolvimento, pra que prevenindo as doenças como ela falou. Então, isso tem que vir da nossa casa, tem que começar lá dentro de casa, na

educação dos nossos filhos. [...] A gente indo lá, está vendo alguém lá fazendo mutirão, mesmo que não tenha sido convidado, vá lá, vá participar dessa ação (LIDERANÇA D).

Dentre as muitas estratégias para materializar o compromisso social com a participação social, profissionais de saúde e lideranças comunitárias, citamos a mobilização e a organização comunitária para tensionar, em especial, gestores, quanto à situação de saúde de Vila União, o que revela ainda uma fragilidade no diálogo entre comunidade e gestão e na construção de propostas compartilhadas de transformação da realidade.

Se no PSF não tem o médico, procura falar com os gestores, com os governantes, para poder trazer o médico, como aconteceu agora, a comunidade todinha se reuniu e procurou políticos para trazer a médica pro PSF que estava faltando [...] (PROFISSIONAL H - ACS).

A Vila União é tão grande, dá para fazer uma reunião. Hoje existem tantos meios de se comunicar, de se juntar. Vamos se juntar em tal canto e fazer um protesto pacífico. Não adianta quebradeira, porque ali são pessoas que entram de penetra para se aproveitar daquele povo. A gente sabe como se organizar. Se a saúde não está correspondendo à altura do que é para corresponder, como ter remédios, atendimento bom, que deixa a desejar, consultas que você faz e que tem que esperar um dois anos. Nós não temos que tá passando por isso, somos gente, pessoas. E temos a capacidade de reivindicar nossos direitos (LIDERANÇA D).

Amorim *et al.* (2012) destacam que o Controle Social pode ser um dos campos capaz de dar uma maior visibilidade aos movimentos de saúde, quer pela denúncia das “ausências e omissões” dos serviços instalados ou pela luta em construir um espaço sistemático para o exercício do controle nos serviços e na gestão da saúde.

Nesse contexto, questionamos como superar o desafio da fragilidade no compromisso social com o SUS/ESF de Vila União? Amorim *et al.* (2012) acreditam que o caminho da participação social é uma conquista, que depende da valorização do sujeito e de seu protagonismo na defesa da saúde, desafio problematizado a seguir.

A valorização dos sujeitos envolvidos na construção do SUS e nos processos de Participação Social na ESF de Vila União, diz respeito aos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, estando estes últimos ainda em uma posição desigual na relação com profissionais e gestores, conforme apontam as falas abaixo:

Falta o entendimento da população. Infelizmente talvez se elas fossem educadas na escola, ia ajudar bastante. Tanto elas sabendo quais os direitos e deveres, até a forma de se consultar. [...] talvez alguns problemas não chegassem nem no consultório. Falta conhecimento da população sobre o que é o SUS, como é que ele funciona, para que ele serve. Eles acabam achando que é o que: remédio, remédio, exame, remédio. Para eles tá

ótimo isso aí. Mas isso não é culpa deles, eu acho que se o governo orientasse as pessoas, porque ninguém nasce sabendo e o SUS nasceu (PROFISSIONAL J).

Meu maior desafio é todos os dias tentar colocar na cabecinha deles, os deveres deles, o entendimento né? Nós não somos apenas cuidadoras, somos orientadoras. [...] Se houvesse uma política que tivesse esse entendimento, ia melhorar muito para saúde pública (PROFISSIONAL D - ACS).

Para Rolim, Cruz e Sampaio (2013), a falta de informação e a existência de interesses múltiplos para que a população não saiba que possuem direitos e possa exigí-los são questões centrais para a não efetivação da Participação e do Controle Social em sua plenitude.

Muitas vezes o saber técnico-científico também nega o saber popular, as subjetividades, seja nos encontros individuais ou coletivos, levando o sujeito adoecido ou não, a não questionar. Em tais circunstâncias toda e qualquer forma de conhecimento dos sujeitos usuários do SUS é menosprezada, em detrimento da técnica e do saber científico (SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Assim, é importante reconhecer que a relação entre saberes profissionais e da população não deve ser um processo educativo de mão única: profissional que ensina e usuário que aprende. A promoção da saúde precisa ser compreendida como campo de conhecimento em construção que prioriza a troca dialógica entre conhecimento de profissionais e da comunidade (MARTINS JR., 2003).

Apesar de algumas evidências apontarem a fragilidade nesse processo educativo em saúde e no reconhecimento do usuário como protagonista de seu viver e da produção de seu cuidado em parceria com as equipes de saúde da família, Martins *et al.* (2009) apontam que se deve reassumir o compromisso ético-político do próprio SUS com a gestão participativa, que coloca os sujeitos (usuários e profissionais de saúde) como responsáveis pela construção do processo produtivo em saúde.

Para Martins *et al.* (2009), o trabalho cotidiano das equipes de saúde da família deve almejar a construção de possibilidades efetivas que insiram a população como participante do processo de construção de um projeto assistencial comum. A equipe deve permitir-se interagir com a comunidade, sendo reconhecida como integrante da mesma e como facilitadora da melhoria das condições de vida, com consequente geração de melhores condições de saúde.

Entretanto, profissionais de saúde, destacam como a fragilidade na valorização de trabalhadores (as) da ESF, destacadamente o (a) ACS, compromete esse processo de interação e facilitação de processos participativos na saúde.

A gente vê que é pouco valorizado em termos financeiros. A gente tem um cargo muito importante. Levamos uma responsabilidade que não é para poucos e tudo que envolve saúde está lá relacionado com a gente e a gente envolvido e se empenhando. As pessoas querem que a gente faça tudo, vá deixar na mão, se responsabilize por isso e por aquilo, prestar conta. [...] tanto faz, você tá doente, passando por problemas ou não. A gente tem que tá com sorriso, tá bem. [...] Falar saúde é mostrar saúde. [...] A gente ganha um salário e ainda tem que tirar para manter os grupos. Além de nossos problemas, nossos transportes, nossa família, a gente ainda tem que arcar com nosso trabalho, porque a gente não recebe material. [...] quem tá aqui é realmente porque gosta, não é pelo salário não, porque não motiva, não compensa. [...] (PROFISSIONAL F - ACS).

A pouca valorização de profissionais de saúde, de acordo com os discursos dos mesmos, fragiliza a construção de vínculos com a comunidade e é responsável muitas vezes pela alta rotatividade de profissionais e pela dificuldade de assumir compromissos efetivos com o SUS e a Participação Social na saúde.

Eu acho que a gente também precisa pensar numa valorização do profissional. Porque quanto mais o profissional é desvalorizado, mais o usuário se distancia da unidade porque isso reflete diretamente e, atualmente, Sobral, desde o ano passado, os profissionais vêm passando por um momento de instabilidade e isso contribui tão negativamente para que esses usuários se distanciem mais ainda. [...] pode ser que cumpra o que se promete que é fazer um concurso, e que os profissionais possam ser valorizados financeiramente. Muitos gestores acham que é só a qualificação, mas o financeiro também é importante, muito importante. Valorizar esse profissional para conseguir refletir de forma positiva na comunidade (PROFISSIONAL R).

A profissional de saúde T questiona: “Como é que os profissionais que estão aqui dentro do CSF se eles não estão bem como é que eles vão motivar a comunidade? Como eles vão querer que a comunidade tenha uma Participação Social se eles mesmo não se sentem parte?” (Profissional T). Outros discursos apresentados abaixo aprofundam essas problematizações.

É interessante que a comunidade ela percebe toda a mudança, tudo que acontece. Quando eu vim trabalhar na vila União e aí os usuários diziam: [...] Mas porque muda tanto? Eles ficam confusos, com todos esses processos de mudança, essa rotatividade porque o profissional tem a oportunidade de um emprego melhor, sai mesmo, médico tem uma rotatividade muito grande. A ESF não segura muito tempo profissional (PROFISSIONAL U).

O desafio é totalmente é o vínculo, se vincular com a comunidade, se ele não lhe reconhecer como profissional da saúde, não tem como. É um desafio e é só com um sorrisinho? Não. Você tem que mostrar trabalho, estar motivado, ser bem remunerado. Eu vejo também a questão de integrar a forma de escutar o que a comunidade está

falando e conhecer o território, isso é fantástico. Ao entrar na ESF, vamos fazer territorialização, aí você pega o mapa, mas não é o território enquanto um papel, mas é o território que pulsa, que fala. O grande desafio é ter essa visão ampliada do território, conhecer os espaços e não se restringir apenas ao CSF. Ele é a porta de entrada, vai estar sempre de porta aberta. É a porta de entrada da comunidade (PROFISSIONAL S).

Eu não me sinto tão motivada. Eu trabalho pelo dinheiro. Por quê? A gente trabalha e faz muita coisa. A gente não tem farda, não tem nada, a gente compra nossas ferramentas, a gente trabalha com a roupa da gente, para mim desmotiva muito trabalhar como ACS (PROFISSIONAL D - ACS).

Sobre a problemática da precarização profissional, Flegele *et al.* (2010) destacam que o redesenho do mercado de trabalho, pautado na contenção dos gastos, congelamento, redução dos salários e flexibilização na contratação, tem contribuído para novas formas de estruturação no SUS. A expansão da assistência possibilitada pela ESF tem garantido a incorporação de um expressivo contingente de trabalhadores em condições de trabalho precário, comprometendo a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudicando a qualidade dos serviços.

Afirmam ainda que o trabalhador de saúde, como agente político, também deve refletir sobre a relação das suas condições de trabalho com o cuidado em saúde e também buscar de maneira consciente a valorização do seu processo de trabalho (FLEGELE *et al.*, 2010).

Avançando na construção dos Desafios para a Participação Social na ESF de Vila União, lideranças comunitárias e profissionais de saúde apontam a necessidade de fortalecimento dos espaços de participação social, a exemplo do CLDSS e das Associações Comunitárias, expressões outrora potentes de organização comunitária.

A busca constante por espaços que valorizem a participação da comunidade e o encontro dos profissionais e usuários do SUS, atuando como parceiros na luta pela garantia dos direitos da cidadania, “é a pedra de toque da autonomia”. A valorização da ESF como *locus* favorável para o empoderamento/libertação da população, dos gestores e profissionais da área da saúde, contribui para o aumento da capacidade crítica e participativa na vida política (MARTINS *et al.*, 2009).

Nepomuceno (2009) dialoga com Martins *et al.* (2009) ao afirmar que a ESF precisa ter como horizonte de construção da práxis sanitária uma caminhada de libertação, que se dá pelo fortalecimento da relação entre a participação social e a ESF.

Sobre o CLDSS, lideranças destacam conquistas efetivadas decorrentes de sua mobilização, entretanto, apontam a “fraqueza” desse espaço nos dias atuais e revelam as relações de interesse também tecidas nos conselhos, as quais implicam diretamente sobre o esvaziamento dos encontros, geralmente atrelados a “ganhos sociais”.

O Conselho tem que se erguer, sabe por quê? Porque o Conselho, ele é uma forma da gente levar as coisas do bairro para as pessoas lá fora que não sabem o que tá acontecendo, como o prefeito. Porque antigamente eles traziam prefeito, traziam coronel, traziam todas essas pessoas assim lá pro CRAS. [...] A gente tem que ter uma pessoa importante, pra gente ligar aquelas coisas do bairro com aquela pessoa. No tempo da fábrica, a gente lutou, era direto a gente fazendo reuniões e conseguimos muita coisa. [...] A gente teve muitas reuniões, foi feito gravações, foi feito tanta coisa, fizemos muita coisa boa. Mas o Conselho apagou de novo, e aí tudo ficou lento (LIDERANÇA A).

Segundo Escorel e Moreira (2009), ao lado do reconhecimento da participação social importante nos Conselhos de Saúde no Brasil, há inúmeras críticas sobre sua atuação. Destacam que tais críticas são válidas, mas devem ser ponderadas devido ao pequeno tempo de existência dos conselhos e principalmente porque nesse curto espaço de tempo a cultura política prevalecente não se modificou, ainda prevalecendo autoritarismo e clientelismo vigentes também em outros âmbitos da sociedade brasileira.

A novidade da participação reflete-se também no pouco conhecimento do papel dos Conselhos e de seus conselheiros. Nas diversas realidades, gestores pretendem dominar a instância com conhecimentos técnicos, profissionais buscam maximizar a sua interferência utilizando-se da prerrogativa de que não há atenção à saúde sem a sua participação e usuários, segmento cujos interesses são os mais difusos, pretendem controlar as ações do gestor com o peso que lhe é conferido por ocuparem 50% das vagas.

Muitas vezes, devido à dificuldade de imprimir uma reflexão mais estrutural sobre a questão da pouca efetividade na participação da comunidade nos conselhos ou por acreditar que o motivo é apenas a desacreditação no poder público, profissionais de saúde tecem comentários que reproduzem a responsabilização de usuários pelo esvaziamento desse espaço.

Eu me sinto triste e desmotivada porque a nossa vida é procurar melhor para eles, e a gente não tem muita participação deles. [...] É como se nós profissionais se preocupassem mais do que eles próprios. Acho que eles estão desacreditados com o poder público, decepcionados. Eu como pessoa e profissional estou muito decepcionada (PROFISSIONAL B - ACS).

As relações hierárquicas de poder constituem os elementos que interferem nas (im)possibilidades de que nos conselhos seja exercida uma democracia deliberativa e efetiva. Neste caso, o grande dilema dos conselhos é a possibilidade de reinventar a democracia nesses espaços e interferir efetivamente na política de saúde (SCOREL; MOREIRA, 2009).

Já com relação às Associações Comunitárias, lideranças comunitárias revelam em seus discursos o desejo em potencializar tais espaços com vistas a reviver demandas, lutas e conquistas comunitárias outrora bastante significativas no território.

A gente tá precisando também muito reativar a ASMOVIU. A ASMOVIU trazia muitos benefícios para o bairro. E ela tá praticamente morta, ela tem que reviver. Uma associação faz tanta falta no bairro (LIDERANÇA L).

Questões relacionadas à dificuldade de diálogo e construção de projetos comuns entre as Associações Comunitárias também permeiam historicamente o debate de lideranças comunitárias em Vila União e se configuram como um desafio que vem sendo transformado.

Eu fico muito feliz de ver hoje aqui a representação da Associação Nova Jerusalém. Há muito tempo que não via essas duas associações juntas. A Associação Nova Jerusalém junto com a ASMOVIU estão para trabalhar pelo bem comum de todos e não existe mais separação (LIDERANÇA H).

Conforme destaca Oliveira (2007), as associações comunitárias podem ser espaços de questionamento, ruptura de apatia política e de participação social, entretanto, quando não se tem dentro desses espaços a percepção da participação como processo de luta e conquista democrática, a associação pode reduzir-se a um “jogo político” de troca de favores. Em seus estudos, revelou que as Associações Comunitárias de Vila União ainda coexistem de maneira fragmentada e pouco conseguem ultrapassar o caráter reivindicatório de melhorias para o território e trazer para o debate questões estruturais e relacionadas à Promoção da Saúde e que podem se configurar como determinantes sociais importantes da saúde.

Nepomuceno (2009) afirma que um dos desafios colocados ao SUS, diz respeito à compreensão de que as novas práticas de saúde devem se estruturar na ESF. Vislumbrando uma transformação histórico-cultural e de concepções de profissionais de saúde sobre o processo saúde-doença-cuidado, ampliando sobretudo a visão dos determinantes sociais da saúde e fortalecendo a corresponsabilização.

Nesse sentido, profissionais de saúde e lideranças comunitárias destacaram desafios importantes e pautas que hoje são centrais dos movimentos de participação social na ESF, como a questão da violência, da criminalidade, das drogas, da moradia e do lazer. Lideranças comunitárias questionam estratégias de enfrentamento do poder público e percepções diversas sobre a violência juvenil e as drogas que são assuntos recorrentes dos espaços de participação social no território. Os discursos evidenciam as problemáticas, apontam possibilidades e expressam suas angústias apontando proposições relevantes e ao mesmo tempo reducionistas, que nos levam a refletir sobre as formas de enfrentamento coletivo da questão, conforme abaixo:

Porque eles botam lá na cadeia, às vezes isola, e vem pior do que entra, a gente sabe que lá eles sofrem. [...]. Mas do jeito que eles estão fazendo prender numa cadeia e sofrer maus tratos, quando eles saem, estão mais revoltados e vão fazer mais coisas erradas. [...] Que botasse eles lá para trabalhar para se tratar, tipo um tratamento, para aprender alguma profissão, talvez esse povo se regenerasse. Cadeia não ensina nada, não educa (LIDERANÇA A).

Agora já como tá abrindo a Praça da Juventude. Tá mais do que na hora da população se reunir para não ser uma praça de marginal, mas ser de juventude (LIDERANÇA J).

De acordo com Lima (2007), pensar apenas em medidas reducionistas para o enfrentamento da questão da violência juvenil não é suficiente, pois nenhum estudo comprova a relação, por exemplo, entre o aumento de punição e a redução da criminalidade. O agravamento das penas não reduz criminalidade, embora seja esta a ideia que perpassa o cotidiano da sociedade brasileira que defende a lógica vingativa de punição em detrimento da cidadania.

Particularmente com relação à violência, temática recorrente nos discursos, esta apresenta conceito multifacetado e se localiza no conjunto dos determinantes que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida (LIMA, 2010). De acordo com Minayo e Souza (1998), a violência se configura como um fenômeno histórico, quantitativo e qualitativo por isso deve ser compreendida nos marcos de relações socioeconômicas, políticas e culturais singulares. Mesmo a violência não sendo objeto específico do setor saúde, pois é exercida enquanto processo social, é este setor quem presta assistência às vítimas da violência social e tem a função de elaborar estratégias de prevenção com vistas à promoção da saúde.

Lima (2010) destaca que a abordagem da violência requer um esforço intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e participativo que possibilite sua compreensão e o manejo de sua dinâmica. Assim, faz-se necessário superar preconceitos, incorporar uma postura humana, solidária e compromissada no sentido de engajamento social e transformação societária. É preciso

reconhecer o outro como sujeito de direito, responsabilizar-se de forma ativa e estimular, sobretudo, o envolvimento comunitário.

Mas como estimular o envolvimento comunitário e de profissionais de saúde diante dos desafios apontados? O que mobiliza para o exercício da participação e da cidadania? Lideranças comunitárias destacam que a união e a construção de laços efetivos de solidariedade é a força mobilizadora da Participação Social no território e destacam a necessidade de resgatar o sentido do nome da comunidade, conforme discursos abaixo:

Eu encaro que a gente particularmente se motiva quando vê a comunidade se motivar para trabalhar junto. Muitas vezes o profissional também se encontra desmotivado e eu acho que um ajudando o outro, a gente consegue ir mais longe (PROFISSIONAL V).

A União. O primeiro de tudo é a UNIÃO, se unir, porque a união faz a força. O bairro é UNIÃO, o nome. O lado de cá com o lado de lá, se unirem porque o movimento vai ficar bem melhor, mais programado, bem mais pensado (LIDERANÇA A).

No momento que o bairro se une, nós fazemos coisas boas. Você vê quando o bairro aniversariou que todo mundo teve unido, foi coisa que saiu até na internet. Nenhum outro bairro faz aniversário do tamanho da Vila União (LIDERANÇA M).

Lideranças comunitárias também reforçam suas motivações para o exercício da participação, ao destacar que ela pode ser a melhor estratégia de diálogo na busca de melhorias para a comunidade e corresponsabilização pela produção do cuidado à saúde das famílias.

A minha motivação é buscar a melhor saúde para o nosso bairro, através da gente mesmo. Através de trabalhar para trazer a prevenção [...] buscar essa motivação, que vai dar certo. Então, vamos fazer com que nosso bairro melhore em termos de saúde. A gente trabalhando para que isso não venha só dos políticos, mas que saia da gente também (LIDERANÇA D).

Eu acredito que a motivação da comunidade em si em geral, vem na necessidade, da ausência de um médico, de um remédio, e essa necessidade que todo mundo sente faz com que a pessoa busque, vá reivindicar, mobilizar, vá em reunião. O grande desafio é esse, a comunicação para ir se reunir (LIDERANÇA B).

A literatura aponta a participação social como processo de conquista e envolvimento que possibilita ao indivíduo formar uma consciência crítica sobre a realidade na qual está inserido e, dessa forma, tornar-se um ser autônomo e emancipado, podendo tomar decisões que afetem, não apenas sua vida, mas também da sua família e da coletividade (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010). Nesse cenário, a família contraiu a condição de sujeito central na ESF.

Profissionais de saúde parecem desenhar uma proposta que contemple nesse novo modo de fazer saúde, a participação das famílias, usuários, a motivação, a construção de sentidos e a valorização dos sujeitos envolvidos nos cuidados com a saúde, conforme apontam as falas:

Acho que é trazer novidades para eles, trazer um tema que eles estejam interessados, ter ferramentas. O mais importante também é ter reconhecimento. As pessoas gostam disso, do acolhimento. Quando eu procuro alguém e sou ajudada (PROFISSIONAL H - ACS).

Você tem que está motivado, tem que acreditar naquilo, bem simples, fazer sentido. Tem que acreditar no SUS, se não acreditar, está tudo errado (PROFISSIONAL S).

Hoje eu estou nesse programa de Agente Comunitário de Saúde porque eu tenho o carinho deles e o reconhecimento também. Às vezes eu passo na rua eles percebem o cabelo, o jeito que você se veste, o modo como você fala com eles, elogiam, isso é que incentiva a gente (PROFISSIONAL H - ACS).

Nepomuceno (2009) aponta que as saídas para superação de muitos dos entraves da Participação Comunitária na ESF encontram-se na priorização de estratégias situadas dentro da perspectiva de um atuar “com” a comunidade, em que moradores e profissionais estabelecem processos cooperativos dialógicos de coresponsabilização sobre a saúde comunitária.

Tendo em vista, os desafios da Participação na ESF apresentados e as possibilidades de materializá-los, é necessário afirmar que o principal objetivo da democracia participativa é a universalização da cidadania conforme aponta Moroni (2009). Assim, faz-se necessário refletir sobre as práticas do cuidado e a implicação da participação social nesse processo permeado de ambiguidades, mas, de conquistas e potência (DEMO, 1996; BRANDÃO, 2008) capaz de mobilizar desejos e vontades na busca pela promoção da saúde e construção de “projetos de felicidade” (AYRES, 2004) que possa integrar quem cuida e quem é cuidado de maneira cidadã.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A materialização desta Dissertação acerca da Participação Social na ESF de Vila União em Sobral-CE se constituiu como um grande desafio, tendo em vista as muitas transformações ocorridas no percurso de minha história de vida social, em particular no último ano, quando fui residir em Brasília-DF e trabalhar como Consultora Técnica da SGTES/MS. A mudança para outra cidade e região do país fragilizou os vínculos com o programa de mestrado e com o território escolhido para realização deste estudo. Entretanto, o afastamento possibilitou um maior distanciamento do “meu olhar” já tão familiarizado com a realidade pesquisada, ao mesmo tempo em que oportunizou uma maior aproximação com o cenário nacional das políticas de saúde, em particular relacionados à formação de profissionais de saúde no SUS.

Vale ressaltar que os desafios iniciados com esta pesquisa não se encerram com a versão final apresentada para crítica da banca de defesa do Mestrado. O exercício de sistematizar saberes e práticas que se encontram em processo de construção dinâmica e sistêmica no âmbito do SUS, a exemplo da Participação Social precisa ser permanente. Apresentamos neste estudo um pequeno recorte de um contexto singular da ESF no Brasil e com o qual possuo implicação e compromisso. Tal situação exigiu um rigoroso trato ético-político com o material coletado em campo para que minha atuação anterior, enquanto trabalhadora da saúde, não pudesse influenciar de maneira significativa nas interpretações.

A opção por uma pesquisa qualitativa, que pudesse garantir a escuta e o envolvimento de lideranças comunitárias e profissionais de saúde como principais interlocutores e construtores das percepções acerca da Participação Social, foi determinante para que as descrições e análises fossem fruto do vivido e experimentado no cotidiano da ESF e pudessem apontar para a tessitura participativa de um novo saber.

Destaco que este estudo foi permeado pela produção de afetos e sentidos, cuidadosamente respeitados por mim e por meu orientador e que me ajudaram a delinear de maneira artesanal e amorosamente toda a sua produção.

Em resgate à intencionalidade da pesquisa, esta objetivou analisar as percepções de lideranças comunitárias e profissionais de saúde sobre a participação social na Estratégia Saúde da Família do território de Vila União em Sobral-CE, conhecer os sentidos da participação social

na ESF para esses sujeitos, investigar as expressões de participação social e identificar os desafios dessas lideranças comunitárias e profissionais da ESF para o exercício da participação social na saúde.

Tais finalidades nortearam todo o desenvolvimento do estudo e possibilitaram o conhecimento de potencialidades, fragilidades e desafios associados aos processos de Participação Social na Saúde, bem como promoveu o compartilhamento de saberes e práticas experimentadas a partir do olhar de quem vivencia o cotidiano dos serviços de saúde em um território em constante movimento, que se constituiu de maneira coletiva e a partir de um movimento de luta pelo direito à terra.

A partir dos discursos de lideranças comunitárias e profissionais de saúde, foi possível evidenciar que os sentidos produzidos social e historicamente para Participação Social, reconhecida como conquista e direito, estão associados ao engajamento político e social, à transformação social, à luta por políticas sociais, ao comprometimento em busca de melhorias comunitárias, à ação/intervenção social, à busca de resoluções de problemas, ao protagonismo social, à construção coletiva e mobilização, à solidariedade comunitária e à educação libertadora.

As falas revelam que a Participação foi elemento primordial para a construção do SUS, sistema materializado a partir da responsabilização compartilhada de profissionais de saúde, comunidade e gestores. Entretanto, apesar de sublinharem conquistas com relação à participação social no SUS, ainda há dificuldade da comunidade em reconhecer-se como “parte” desse processo, questão por vezes dificultada pela maneira como foram desigualmente organizados ao longo da história os serviços de saúde, fragilizando a promoção da autonomia.

Na perspectiva de lideranças comunitárias, a participação social adquire sentido a partir das reflexões e mobilizações cotidianas em busca de transformações comunitárias. Já para profissionais de saúde, os sentidos da participação na saúde vão sendo tecidos desde o planejamento das ações e serviços de saúde compartilhados.

Com relação às expressões da Participação Social no contexto da ESF, Lideranças comunitárias e profissionais de saúde apontaram espaços/ações institucionalizados ou não no território de Vila União e que revelam a potência e poder da comunidade e da interlocução com serviços de saúde e outras políticas sociais.

Dentre as expressões de participação elencadas por lideranças comunitárias e profissionais de saúde, destacamos os grupos comunitários, a exemplo dos idosos, de adolescentes, de dança e de futebol. Apontamos as ações de Promoção da Saúde e cogestão desenvolvidas pelo CSF de Vila União, como o Dia “D” do Hiperdia, as visitas domiciliares, o Planejamento Participativo, o acolhimento, o mutirão da dengue e a Roda do CSF. Movimentos comunitários como “Unidos pela Paz” e mecanismos governamentais de democracia participativa como o Orçamento Participativo também foram citados, bem como movimentos religiosos, espaços institucionalizados de Controle Social, como o CLDSS, e não institucionalizados que articulam a rede social do território como o Pacto Intersetorial e as Associações Comunitárias, Nova Jerusalém e Associação de Moradores de Vila União.

As expressões antes caracterizadas, independente da maneira como se organizam, de suas potencialidades e fragilidades são reconhecidas como espaços mobilizadores da luta pela materialização do SUS e da ESF. Participantes do estudo relembram com saudosismo momentos e pessoas importantes de Participação Social em Vila União e que se configuraram como marco na construção do território, como a ocupação do território na década de 90. Entretanto, o recordar de outros períodos históricos também revela certo retrocesso e a pouca credibilidade nos movimentos participativos nos tempos atuais. As Lideranças Comunitárias e profissionais de saúde apontam pouca motivação para potencializar a participação no território e apresentam desafios importantes para fortalecer os movimentos, como a superação da participação condicionada, sobretudo, a interesses e ganhos pessoais.

Dentre as principais conquistas relacionadas à Participação Social na ESF, citamos o CLDSS de Vila União, o envolvimento comunitário no planejamento do CSF, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, o acolhimento, os movimentos comunitários e o compromisso de Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiras (os) com a produção do cuidado. Particularmente no que se refere ao CLDSS de Vila União, este é valorado pelos participantes do estudo como recurso potente de articulação de políticas sociais e instrumento de luta por direitos.

Com relação às fragilidades da Participação Social na ESF de Vila União, destacamos a pouca adesão da comunidade aos movimentos de participação do território e um sentimento de “falta de pertencimento ao coletivo”. Dentre as numerosas fragilidades relatadas por profissionais de saúde e lideranças comunitárias, uma das mais importantes diz respeito a pouca efetividade do

CLDSS no cenário atual, apesar de seus avanços e conquistas conforme já relatado anteriormente e dificuldade da comunidade de acessar outros mecanismos de participação na saúde.

A Roda do CSF também é apresentada como espaço significativo de troca de saberes, de produção de informações, de gestão e pactuação compartilhada, de colaboração e de planejamento da atuação comunitária, também apresenta fragilidades por se configurar também como espaço burocratizado e com pouca inserção da comunidade.

Apesar dos esforços governamentais em desenvolver políticas para contribuir com a efetivação da participação social na saúde como a Política de Promoção da Saúde, a Política de Educação Permanente na Saúde, a HumanizaSUS, a ParticipaSUS, o PMAQ e mais recentemente, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS e a Política Nacional de Participação Social, muitos ainda são os entraves quando confrontamos com as realidades locais, permeadas de desigualdades estruturantes que limitam o exercício da cidadania e se configuram como determinantes sociais importantes no processo de saúde-doença e que estão refletidos no cotidiano dos serviços de saúde e na vida comunitária.

Esta pesquisa proporcionou aproximação aos temas participação e Estratégia Saúde da Família e apresentou entraves que são inerentes à vida social e política do país e estão diretamente relacionados à construção do SUS. Os desafios da Participação Social na Saúde e que permeiam as duas décadas de SUS e de ESF hoje são pautas que devem constar como prioridade nas agendas governamentais e da sociedade, com vistas a tencionar a materialização de um sistema universal, democrático, único e que possa acolher com justiça social a todos que dele necessitam.

Em Vila União, o direito à saúde, a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de Participação Social, o fortalecimento de espaços de Participação Social e o reconhecimento de determinantes sociais da saúde, a exemplo das violências são destacados como questões centrais para a organização e implementação de um SUS cidadão. A comunidade parece ainda não estar inserida efetivamente no processo de construção das ações e serviços de saúde, bem como ainda há fragilidade no vínculo e na inserção de profissionais da saúde na vida comunitária. Há uma indefinição de competências e responsabilidades a serem partilhadas pela comunidade, famílias, gestores e profissionais da ESF, bem como de outras áreas envolvidas na promoção da saúde,

apesar dos compromissos assumidos por lideranças e profissionais de saúde diante de suas realidades também muitas vezes opressoras e limitadores de práticas emancipatórias.

O “espírito de coletividade” e a dificuldade no diálogo muitas vezes ainda desigual entre comunidade e gestores da saúde enfraquece o agir consciente e a construção de propostas contextualizadas de transformação da realidade no âmbito da ESF de Vila União. A desvalorização de profissionais de saúde, principalmente por parte da gestão, é apontada neste estudo como desafio a ser superado tendo em vista que a fragilização dos vínculos e a precarização no trabalho têm repercussões no agir consciente e criativo de trabalhadores (as).

Apesar das limitações desta pesquisa, que se configurou como um estudo de caso realizado em território específico e com o uso de apenas uma técnica de coleta de dados, o Grupo Focal, não contemplando a realidade integral do SUS, os “achados em campo” evidenciaram que a ESF tem um potencial de estimular a organização comunitária e a autonomia de famílias, visto que o modelo assistencial proposto é o de promoção da saúde e de construção coletiva de cuidados.

Contudo, ainda é imprescindível refletir sobre a incorporação da participação em saúde nas práticas cotidianas da ESF, questão complexa na medida em que depende da interação de fatores histórico-políticos e sócio-econômico-culturais, relacionados aos gestores, comunidade e trabalhadores de saúde. Trata-se de romper com paradigmas históricos de organização e materialização dos cuidados à saúde centralizados em gestores e profissionais, superar práticas medicalizantes, normativas, fragmentadas e punitivas.

Para isso, é preciso encarar os novos desafios postos no cotidiano da ESF de Vila União com leveza, compreendendo que o exercício da democracia demanda tempo, exige articulações políticas, compromisso social com o projeto de transformação societária que é o SUS, com o fortalecimento de espaços de participação social, valorização de todos os sujeitos envolvidos e reconhecimento dos determinantes sociais que interferem na produção da saúde. Além disso, a direção social rumo a Participação Social na ESF orienta para a necessidade da mobilização coletiva, não no sentido de aglutinar pessoas apenas com fins reivindicatórios, mas como energias a serem canalizadas por objetivos comuns (GOHN, 2011), conforme apontado por lideranças comunitárias e profissionais de saúde participantes deste estudo.

Este estudo apesar de não expressar a totalidade de uma realidade complexa e contraditória que é a participação social no SUS, evidenciou inúmeros questionamentos, a saber: Em que medida esses conhecimentos gerados por produções científicas e estudos diversos estão repercutindo e direcionando políticas, programas e ações acerca da Participação Social na ESF? De que forma preencher as lacunas ainda presentes na saúde e demais setores que restringem o exercício da participação social na construção e implementação das políticas de saúde? Como produzir saúde compartilhada? Como estimular na formação profissional, na gestão, na atenção e junto ao Controle Social, a corresponsabilização e a produção coletiva do cuidado à saúde? Como estimular o envolvimento comunitário e de profissionais de saúde, diante dos entraves para a Participação Social? Que caminhos podemos e devemos percorrer para a materialização de um projeto societário transformador e democrático no SUS?

Tais questões não puderam ser respondidas por esta pesquisa, mas são norteadoras de novos estudos e podem ser subsídios para construção de políticas ou problematizações nos espaços micro políticos dos territórios acompanhados pela ESF.

Consideramos imprescindível a construção de um novo modelo de atenção pautado na participação social e que aponte para uma rede de compromissos e laços de afetividade potentes com o SUS/ESF e que possa implicar, sobretudo, a comunidade e outros setores envolvidos no cuidado à saúde na produção de respostas ou propostas ousadas de enfrentamento às iniquidades na saúde. Reafirmando as palavras de Nepomuceno (2009), é necessária “a construção de uma nova modelagem na ESF”, um modelo de atuar com a comunidade, onde a dialogicidade e ação transformadora sejam construídas na corresponsabilização” (p.147).

Por ocorrerem mediante encontros, os processos de trabalho na saúde são sempre relacionais e podem ser promotores de afetações para si e para os outros. Para tanto relembramos as falas de Brandão (2008), ao afirmar que Participação é potência e agir no sentido da apropriação do mundo pelos sujeitos nele inseridos.

Nessa perspectiva, almejamos que trabalhadores, usuários e gestores possam libertar-se e desterritorializar-se em busca de referências transformadoras e subjetivas capazes de resistir aos valores capitalistas e às lógicas instituídas e burocráticas ainda presentes nos serviços de saúde e possam superar todas as formas de opressão com vistas à construção de valores democráticos. Precisamos de um “novo modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa

radical da vida” (p.78), conforme destaca Merhy (2013), um modelo que possa romper com a centralidade nos problemas e produzir responsabilidade pelos atos cuidadores na saúde.

Esperamos que este estudo possa se configurar como mais um instrumento de reflexão e tensionamento no contexto do Sistema de Saúde Escola de Sobral, bem contribuir com a construção de uma política democrática e justa no âmbito do SUS, no que diz respeito à Participação Social.

Assim, nos comprometemos para que seus resultados possam ser apropriados pela comunidade acadêmica e não acadêmica e por profissionais de saúde e gestores, com vistas a contribuir com a ressignificação de saberes e práticas da Participação Social na saúde e em outras políticas sociais. Para tanto, dentre os espaços escolhidos para socialização da pesquisa, seja por meio presencial ou por produção de artigos e materiais escritos, citamos: reunião do CLDSS de Vila União, reunião do Conselho Municipal de Saúde, Roda do CSF de Vila União. Roda de Gerentes de Sobral-CE, Rodas da RMSF e NASF, GEPECJU e outros considerados relevantes.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. C.; SILVA, G. R. Análise do Território de Sobral-CE a partir da Indústria Grendene Calçados S/A. **Revista da Casa da Geografia de Sobral**, v. 6-7, n. 1, p. 73-82, 2005. Disponível em: < <http://www.uvanet.br/rcgs/index.php/RCGS/article/view/122>>. Acesso em: 27 Maio 2014.

AMORIM, C. R. *et al.* Participação e mobilização social no SUS: entraves, desafios e perspectivas. **Rev APS**. 2012 jul/set; v. 15, n.3, p. 294-298. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1391/658>>. Acesso em: 15 Mar. 2014.

ANDRADE, L. O. M de; MARTINS JUNIOR, T. Saúde da família: construindo um novo modelo. Programa Saúde da Família em Sobral. **Rev. SANARE**, Sobral, CE, v. 1, n. 1, p. 8-11, 1999. Disponível em: < <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/215>>. Acesso em: 15 Mar. 2014.

ANDRADE, L. O. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In:* CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (org.) *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 845-902.

ANDRADE, L. O. M. *et al.* Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **Rev. SANARE**, Sobral, CE, v. 5, n. 1, p. 9-20, 2004. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/118>. Acesso em: 07 Maio 2013.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

AVRITZER L. (Org.) **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun. 2014.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARCELLOS, C.; MONKEN, M. O território na promoção e vigilância em saúde. *In:* Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Rio de Janeiro: Persona, 1977.

_____. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BODSTEIN, R. C. A. (Org.). **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

BORDENAVE, J. E. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994 (Coleção Primeiros Passos, 95).

BRAGA, J. E. F. *et al.* Programa de Saúde da Família: Inclusão dos Usuários na Escolha dos Serviços Oferecidos. **Revista Brasileira de Ciência e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 63-68, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/3266>. Acesso em: 18 Fev. 2013.

BRANDÃO, I. R. **Afetividade e participação na metrópole**: Uma reflexão sobre os dirigentes de ONGs da cidade de Fortaleza. 2008. 220 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica**: Diretrizes do NASF– Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009a. 100 p. (CONASS Documenta; 18).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. DATASUS - **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 10 de Jul. 2014.

_____. **Decreto Nº 8.243, de 23 de Maio de 2014**. Institui a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 232p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – integradora.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_unidade_trabalho.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011:** regulamentação da Lei Nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. p. 16 (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, 2006b.

_____. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário Temático:** promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Participação social e controle social na saúde: a criação dos conselhos de gestão participativa no Rio de Janeiro. MENEZES, Juliana Souza Bravo (Org.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos,** São Paulo: Cortez, 2012. p. 273-292.

BUDO, M. L. D. *et al.* Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online),** Porto Alegre, v. 31, n. 4, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jan. 2013.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In:* CZERENIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15 - 38.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In:* _____ (org.) *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 295-313.

CAMPOS, G. W. S. Método para apoio a coletivos organizados para a produção: A capacidade de análise e intervenção. *In:* _____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições:** o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 162 - 195.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 12, supl. Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2014.

_____. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 185p.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em Saúde: Concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.271-279, abr./jun., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2>>. Acesso em: 10 Fev. 2013.

CARVALHO, A. B; NEPOMUCENO, L. B. A residência Multiprofissional em Saúde da Família. Potencializando a transformação através da formação: Uma utopia necessária. **Rev. SANARE**, Sobral, v. 7, n.2, p. 2008. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/29>> Acesso em: 15 Mar. 2013.

CARVALHO, A. I.: BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 141 - 166.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, 2009.

COELHO NETO, J.C.A. e SILVA, M.E.R. Orçamento Participativo: decisão de muitos, benefícios de todos. **Rev SANARE**, Políticas Públicas construindo um município saudável. Ano II, nº 3. Out, Nov e Dez, 2000. P. P.37 – 41. Disponível em <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/70/63>>. Acesso em 20 Jun 2014.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Fev. 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Rev. ORG & DEMO**, Marília, v. 11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468>>. Acesso em: 25 Mar. 2013.

CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, Maio 2012.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. *In:* _____ (org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Mar. 2014.

DEMO, P. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

DIAS, M. S. A. *et al.* O Projeto AIPS em Sobral: Resignificando práticas promotoras de saúde nos territórios de atuação da Estratégia Saúde da Família. *In:* DIAS *et al.* (orgs.) **Território, Cultura e Identidade**. Rio de Janeiro – RJ: Editora Abrasco, 2010. p. 133-152.

_____. Território, Cultura e Identidade: Uma visão do estado da arte. *In:* DIAS, M. S. A.; DIAS, F. A. C. (orgs.). **Território, Cultura e Identidade**. Rio de Janeiro – RJ: Editora Abrasco, 2010.

_____. Secretaria de Saúde de Sobral: construindo um sistema aprendente. **Revista Sustentação**, n. 19, p. 32-33, abr./ jul. 2007.

ESCOREL, S. *et al.* As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. *In:* LIMA, Nísia Trindade *et al.* **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59- 81.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. *In:* GIOVANELLA, L. *et al* (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, S.; BLOCH. R.A. As Conferências Nacionais de saúde na Construção do SUS. *In:* LIMA, Nísia Trindade *et al.* **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 83-120.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. *IN:* FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. Cap. 10. p. 229-247.

FERREIRA, L. M. **Memória social, imaginário e representação no álbum do centenário de Sobral-1941**. 2010. 162 f. Dissertação (Pós-graduação em História e Culturas, da Universidade Estadual do Ceará). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: < http://www.uece.br/mahis/dmdocuments/dissertacao_lucianademouramahis.pdf> Acesso em 26 Maio 2014.

FLEGELE, D. S. *et al.* Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2010; v. 12, n.2, p. 5-11. Disponível em< <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/199/111>>. Acesso em: 22 Abr. 2013.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001b.

_____. **Pedagogia do oprimido**, 17^a. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987. (O mundo, hoje, v.21).

_____. **Política e Educação**: ensaios. 5. Ed. São Paulo, Cortez, 2001a. (Coleção Questões de nossa época; v. 23).

FREITAS, N. A. **Sobral**: Oportunidade e Tradição. Sobral: Edições UVA, 2000.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2004.

_____. Conselhos Municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Fev. 2013.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 4a. ed. São Paulo/SP: Cortez, 2011. v. 32.

GOIS, C. W. **Saúde Comunitária**. Pensar e Fazer. São Paulo: ADERALDO & ROTHSCHILD EDITORES, 2008.

GOMES, C. F.; ANDRADE, L. O. M. O Programa Saúde da Família em Sobral: uma estratégia estruturante. [Editorial]. **Rev. SANARE**, v. 1, n. 1, out./nov./dez. 1999.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, mar./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 15 Maio 2014.

GONÇALVES, A. O.; SILVA, J. F.; PEDROSA, J. I. S. Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 96-105, 2008.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun. 2014.

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 831-840, 2010. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mar. 2013.

GUIMARÃES, J.R. Culturas brasileiras da participação democrática. In: AVRITZER L. (Org.) **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009. p.13-26.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 481-502.

IAMAMOTO, Marilda. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A.E. *et al.* (orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 1998. p. 01-37.

IBGE. **IBGE Cidades**. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara|sobral>> Acesso em: 12 Out. de 2013.

JUNQUEIRA, Luciano. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, Nov./Dez. 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>>. Acesso em: 05 Maio 2014.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Novembro de 2014.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LIMA, F. A. **Adolescência em conflito com a lei e liberdade assistida: uma análise sobre as percepções dos (as) jovens acompanhados (as) pela Pastoral do Menor em Fortaleza**. 2007. 113f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual do Ceará -UECE, Fortaleza-CE, 2007.

_____. **Violência e saúde: concepções e inter-relações sob a ótica da juventude e dos (as) profissionais de saúde do bairro Terrenos Novos em Sobral-CE**. 2010. 47f. Monografia (Especialização). Universidade Estadual Vale do Acaraú. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sobral – CE, 2010.

LIMA, Nísia Trindade *et al.* A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: _____. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; SILVA, Raimunda Magalhães da. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa

Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Mar. 2013.

MARTINELLI, M. L. (org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: ed. Veras, 1999.

MARTINS JUNIOR, T. Apoderamento. **Rev. SANARE**, Sobral, v. 4, n.1, p. 27-29, fev./mar. 2003. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/111>>. Acesso em: 15 Mar. 2014.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al.* Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Fev. 2013.

MENDES, Adalberto. Correio da Semana. Coluna Correio nos Bairros. **História dos bairros**. Sobral, 08 Dez. 2007.

MENEZES, J. S. B. M. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade: reflexões sobre os limites e desafios. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**, São Paulo: Cortez, 2012. p. 253-272.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 68-94.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, Túlio Batista; PERES, Marco Aurélio de Anselmo (Orgs.). **Acolher Chapecó**. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

_____. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Ed. Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: _____. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MORONI, J. A. O direito à participação no governo Lula. *In*: AVRITTEZ, L. (org.) **Experiências Nacionais de Participação Social**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 107-141.

NEPOMUCENO, L. B. *et al.* Participação Social em Saúde: Contribuições da Psicologia Comunitária. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 1, p. 45-54, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10102>>. Acesso em: 15 Mar. 2014.

NEPOMUCENO, L. B. **Para atuar com a comunidade:** estudo sobre a relação entre participação comunitária e estratégia de saúde da família do SUS no Bairro Terrenos Novos em Sobral, Ceará. 2009. 206 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza-CE, 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1679>. Acesso em: 18 Mar. 2013.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. “Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais”. *In:* MOTA, Ana Elizabeth *et al.* (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; Recife: ABEPSS, 2006.

OLIVEIRA, A. T. S. A *et al.* Crendices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 19, n. 01, UNIFOR, Brasil, 2006. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/955>>. Acesso em: 27 Mar. 2014.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política:** Um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro. 2006. 258 f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2006.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2012.

OLIVEIRA, M. C. B. O. **Revelando a participação em Vila União, bairro do município de Sobral**. 2007. 71f. Monografia (Especialização) Sobral: UVA/EFSFVS, 2007.

OLIVEIRA, M. W. O; MORAES, J. V. Práticas Populares de Saúde e a Saúde da Mulher. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 412-420, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/723>>. Acesso em: 15 Fev. 2014.

PAGANI, R. A Experiência, a vivência e os resultados do modelo de co-gestão de coletivos no sistema municipal de saúde, em Sobral - CE. *In:* **Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa no SUS**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dgtes/images/stories/publicacao/premiosergioaroucagestaoparticipativa2.pdf>>. Acesso em: 17 Maio 2014.

PARESQUE, M. A. C. *et al.* Discutindo lideranças e associações comunitárias: reflexões sobre experiências vividas na residência multiprofissional em Saúde da Família em Sobral-CE. **Rev. SANARE**, Sobral, v. 8, n. 1, p. 06-11, jan./jun.2009. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/45>>. Acesso em: 05 Mar. 2013.

PEREIRA, M. F.; PEREIRA, E.M. Saúde e cidadania nos municípios: Os desafios para o Controle Social e a participação democrática no SUS. In: SOUZA, M.F. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 422-457.

PEREIRA, P. A. P. Estado, sociedade e esfera pública. In: CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Distrito Federal: CFESS/ABPSS, 2009.

PESTANA, C. L. S.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. C. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 485-499, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n3/v17n3a05.pdf>>. Acesso em: 15 Fev. 2013.

PONTE, H. M. S. **Do dispositivo ao instituído: o método da roda em Sobral-CE promove a co-gestão de coletivos?** 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Centro de Ciências da Saúde. Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Fortaleza-CE, 2013.

PONTE, H. M. S. *et al.* “O Caminho se Faz ao Caminhar”: processo de reativação de Conselhos Locais de Saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p. 234-243, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Abr. 2014.

ROCHA, A. A. **Orçamento Participativo em Sobral/Ceará (1997 A 2004):** Trajetória Histórica e percursos avaliativos. 2009. 135 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Do Ceará. Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação. Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2009. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5937>>. Acesso em: 15 Maio 2014.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr. 2013.

SALES, I. F. **Os desafios da gestão democrática.** (em diálogo com Gramsci). Sobral-CE: Ed. UVA; Recife-PE: Ed. UFPE, 2005.

SANTIAGO, Lindelvanía Matias de *et al.* Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 6, Dez. 2012 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2014.

SAWAIA, B. B. Participação social e subjetividade. In: SPOSATI, A. *et al.* **Ambientalismo e participação na contemporaneidade**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2001. p. 115-134.

SILVA, E.M.; CUNHA, E.S.M (orgs.). **Experiências internacionais de Participação Social**. São Paulo: Cortez, 2010. (coleção Pensando a Democracia participativa, v.2).

SILVA, R.M. **Indução Centralizada da Coordenação dos Cuidados pela Atenção Primária: Estudo Comparativo entre dois Sistemas de Saúde Universais**. Dissertação (Mestrado). 2013. 183f. Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Mestrado em Saúde da Família. Sobral-CE, 2013.

SOARES, C. H. A. *et al.* A participação Social em Sobral-CE: Experiências que versam sobre gestão compartilhada. **Rev. SANARE**, Sobral, v.8, n.1, p. 06-11, jan./jun.2009. Disponível em: < <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/38>>. Acesso em: 15 Maio 2013.

SOARES, C. H. A *et al.* Sistema Saúde Escola de Sobral – CE. **Rev. SANARE**, Sobral, v.7, n.2, p.7-13, jul./dez.2008. Disponível em: < <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/26>>. Acesso em: 15 Maio 2013.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 293-306.

SOBRAL. Conselho de Desenvolvimento Social e Saúde. **Relatório de Atividades do CLDSS de Vila União** (2009-2011). Sobral-CE, 2011.

_____. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretarial de Saúde e Ação Social. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Residência Multiprofissional em Saúde da Família – 6ª e 7ª Turmas. **Territorialização e Inserção nos Serviços de Saúde da Família**: conhecendo a realidade de Terrenos Novos e Vila União. Sobral-CE, 2008.

_____. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretarial de Saúde e Ação Social. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Residência Multiprofissional em Saúde da Família – 9ª Turma. **Relatório de Territorialização**. Vila União e Terrenos Novos. Sobral-CE, Maio de 2012.

SOBRAL no plural. Pesquisa: Nilson Almino; Roteiro, produção e direção: Nilson Almino e Paulo Passos; Imagens e som direto: Ivanésio Silva e Janilson Neves; Direção de Still: Hudson Costa; Edição e finalização: Janilson Neves, Nilson Almino e Paulo Passos. Sobral - CE: Laboratório das Memórias e Práticas Cotidianas – Labome, 2010. Doc. DV. 51 min.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2013.

SOUSA, M. L. T. *et al.* Participação Social no bairro Vila União em Sobral-CE: Desvelando percepções e novos arranjos participativos a partir da vivência da residência multiprofissional em

Saúde da Família. **Rev. SANARE**, Sobral, v.8, n.1, p. 06-11, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/40>. Acesso em: 15 Maio 2013.

SOUSA, M. L. T. *et al.* Por uma nova promoção da saúde com arranjos participativos emancipatórios na estratégia saúde da família. *In: CATRIBE, A. F. et al. Promoção da Saúde contexto da Estratégia Saúde da Família.* Campinas, SP: Saberes Editora, 2011. p. 111 – 124.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

TRAD, L.A.B. Physis. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VALLA, V. V. Sobre participação Popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Sup.2), p. 7-18, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2013.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. Sistema Único de Saúde. *In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org.), Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 531-562, 2006.

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, mar./abr., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Fev. 2013

WAMPLER, Brian. A difusão do Orçamento Participativo brasileiro: "boas práticas" devem ser promovidas? **Opin. Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, Jun. 2008. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. trad. Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Convite para participação na pesquisa

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA



Eu, **Fabiana Araújo Lima**, Assistente Social, mestranda do Curso de Mestrado em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC (*Campus Sobral*), solicito seu apoio para a pesquisa: **Participação Social na Estratégia Saúde da Família: Um estudo de caso no território de Vila União em Sobral-CE.**

O estudo, orientado pelo Prof. Dr. Percy Antônio Galimberti Catanio, pretende analisar as percepções de lideranças comunitárias e profissionais de saúde sobre a participação social na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Vila União, em Sobral-CE e será realizada mediante uma entrevista em grupo/coletiva com aproximadamente 15 (quinze) participantes. As discussões serão registradas por meio de gravação digital, com consentimento prévio.

Seu apoio é fundamental para realização do estudo. As informações emitidas por você não causarão nenhum dano ou risco a sua pessoa e serão tratadas em sigilo.

GRUPO:

Quando?

Onde?

Que horário?

Contatos:

APÊNDICE B - Roteiro de grupo focal

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1. Participante

(Identifique-se com o nome de uma liderança importante na história do país para você):

1.2. Idade:

1.3. Sexo/Identidade de Gênero:

1.4. Raça/Etnia:

1.5. Escolaridade:

1.6. Profissão/ocupação:

1.7. Renda familiar:

1.8. Tempo de atuação na ESF (profissionais de saúde):

1.9. Tempo de moradia na comunidade (lideranças comunitárias):

2. QUESTÕES NORTEADORAS PARA DEBATE NO GRUPO:

1. O que você entende por Participação Social?
2. Qual o sentido da Participação Social nas políticas de Saúde/SUS?
3. Como você percebe a Participação Social na Estratégia Saúde da Família de Vila União?
(Utilização dos materiais de estímulo)
4. De que maneira a Participação Social se expressa no contexto da Estratégia Saúde da Família de Vila União?
5. Quais as motivações para participação Social na ESF de Vila União?
6. Quais os desafios da Participação Social na ESF de Vila União?
7. Existem outros temas relevantes sobre a Participação Social no SUS/ESF a serem discutidos?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Prezado (a) Senhor (a):**

Eu, **Fabiana Araújo Lima**, Assistente Social, mestranda do Curso de Mestrado em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC (*Campus Sobral*) solicito seu apoio para participar da construção da pesquisa: **Participação Social na Estratégia Saúde da Família: Um estudo de caso no território de Vila União em Sobral-CE.**

A participação social na saúde se configura como uma estratégia importante para o desenvolvimento de uma consciência crítica e para a efetivação da cidadania. É uma conquista e se constrói socialmente. Entretanto, estudos revelam que ainda há uma relação desigual entre usuários, trabalhadores de saúde e Estado.

A pesquisa pretende analisar as percepções de lideranças comunitárias e profissionais de saúde sobre a participação social na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Vila União, em Sobral-CE.

Será realizada mediante uma entrevista coletiva com perguntas norteadoras sobre o assunto e mediada pela pesquisadora com o apoio do orientador do estudo. Participarão do grupo de 06 (seis) a 15 (quinze) pessoas. As discussões serão registradas por meio de gravação digital, com o consentimento prévio dos sujeitos.

O (a) participante poderá ter algum desconforto durante a realização do grupo, entretanto, tem liberdade para se expressar apenas quando estiver seguro, desistir da participação ou solicitar apoio à mediadora do grupo, que terá a competência de cuidar de maneira ética da condução do momento.

Os resultados da pesquisa serão socializados junto à Universidade Federal do Ceará, gestores, comunidade e demais interessados. Esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, localizado na Av. Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150. Derby. Sobral-CE. CEP: 62040-370. Telefone (88) 3677-4255.

Seu apoio como participante é fundamental para materialização do estudo. As informações emitidas por você não causarão nenhum dano ou risco a sua pessoa e serão tratadas em sigilo. São seus direitos:

- ✓ A garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- ✓ A garantia de manutenção do sigilo e da privacidade durante toda a pesquisa;
- ✓ A garantia do recebimento de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- ✓ A garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa;
- ✓ A segurança de que não será identificado e que manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade.

Estou disponível para dúvidas e esclarecimentos no endereço: Super Quadra Sul, 310, Bloco D, Apto 604. Asa Sul. Brasília – DF. CEP: 70363-040 e no telefone: 61-92510251. Meu Orientador é o Prof. Dr. Percy Antônio Galimberti Catanio.

Declaro o cumprimento das diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, exigidas pela Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Fabiana Araújo Lima

.....

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado (a) de forma detalhada sobre os objetivos e benefícios da pesquisa intitulada: **Participação Social na Estratégia Saúde da Família: Um estudo de caso no território de Vila União em Sobral-CE** e concordo participar de forma voluntária da mesma, não me opondo à gravação digital. Estou ciente de que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da pesquisa.

Sobral, Ceará, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do (a) participante

Fabiana Araújo Lima