

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

FABIANE KARINE PINHEIRO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PR

PONTA GROSSA

2022

FABIANE KARINE PINHEIRO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa como requisito para obtenção de título de Mestre. Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas. Linha de pesquisa: Estado, Direito e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lislei Teresinha Preuss.

PONTA GROSSA

2022

P654 Pinheiro, Fabiane Karine
Representações sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre sua participação em Unidades de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa - PR / Fabiane Karine Pinheiro. Ponta Grossa, 2022.
147 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss.

1. Participação popular. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Representações sociais. I. Preuss, Lislei Teresinha. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. III.T.

CDD: 362.1

TERMO DE APROVAÇÃO

FABIANE KARINE PINHEIRO

"Representações sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre sua participação em Unidades de Saúde da Família do município de Ponta Grossa - PR"

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 07 de março de 2022.

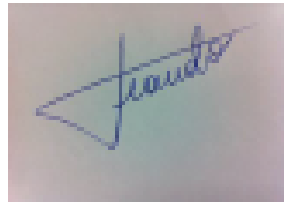
Assinatura pelos membros da Banca



Prof. Dr. Lislei Teresinha Preuss -UEPG - PR - Presidente



Prof. Dr. Manoelito Ferreira Silva Junior - UEPG - PR - Membro Externo



Prof. Dr. José Augusto Leandro - UEPG-PR - Membro Interno

Prof. Erlido Vicente Müller - UEPG - PR - Suplente Externo

Prof.ª. Danuta Estruflina Cantola Luiz - UEPG-PR - Suplente Interno

Dedico este trabalho à minha querida filha Elisa, companheira e amiga, sempre atenciosa e amorosa e a meu esposo, companheiro para vida toda, que sempre me incentiva e está ao meu lado para tudo. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, doador de toda vida, a quem devo toda honra e toda glória, e de onde busco constantemente sabedoria, força e ânimo para não desistir e para sonhar cada vez mais.

Agradeço também a meu esposo Ronaldo e minha filha Elisa pela paciência e compreensão, por sonhar comigo e viver momentos desafiadores sempre ao meu lado, não me deixando desistir, me estimulando a continuar e me fazendo acreditar que sou capaz.

Agradeço a Universidade Estadual de Ponta Grossa e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas pela oportunidade de desenvolver meu conhecimento acadêmico e aos professores que durante este período estiveram à frente das disciplinas cursadas.

Agradeço a todos os colegas que, de alguma maneira, contribuíram com a construção do meu conhecimento nas ciências sociais. As experiências que aqui vivi, levarei para minha vida e serei sempre grata àqueles que com respeito e atenção dedicaram tempo em me ajudar.

Agradeço à Fundação Municipal de Saúde do município de Ponta Grossa, por meio do Núcleo de Educação Permanente – NEP, que possibilitou a realização desta pesquisa.

Em especial, agradeço a todos os profissionais e usuários das unidades de saúde que prontamente aceitaram participar deste estudo e a demais profissionais que de alguma maneira contribuíram para esta construção.

Agradeço a Prof. Dr^a Lislei Teresinha Preuss, pelo tempo dedicado a me orientar e por sua condução nesta pesquisa.

Agradeço aos professores que prontamente aceitaram participar das bancas de avaliação deste estudo tanto na qualificação como na defesa.

Agradeço a todos os amigos que de alguma maneira me incentivaram e torceram por mim.

O conhecimento é uma caixa que se abre para transmitir luz e desvendar novos caminhos de gratidão e vida, por isso “Dêem graças em todas as circunstâncias, pois esta é a vontade de Deus para vocês em Cristo Jesus” Tessalonicenses 5:18.

Muito obrigada!

RESUMO

Com o objetivo de analisar as representações sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre a sua participação em Unidades de Saúde da Família do município de Ponta Grossa – PR, Brasil, esta dissertação busca pelo conhecimento sobre participação em saúde e está fundamentada na Teoria das Representações Sociais. De característica interdisciplinar, este estudo qualitativo foi desenvolvido utilizando-se de pesquisa descritiva de estrutura exploratória, que teve como percurso metodológico a pesquisa bibliográfica e documental, seguida de pesquisa de campo com a aplicação de questionário *on-line* e entrevista. O universo de estudo é o município de Ponta Grossa – PR e a amostragem está composta por 8 Unidades de Saúde da Família. Os sujeitos participantes deste estudo somam 24 usuários, sendo 3 indivíduos para cada unidade selecionada. A escolha das unidades ocorreu pela observação do mapa do município, em que se elegeu uma unidade por região geográfica e o critério de escolha dos sujeitos foi, principalmente, o tempo de utilização da unidade. Para tratamento dos dados recorreu-se à técnica de análise de conteúdo e os resultados procuraram identificar as representações dos usuários em relação à sua participação. Esta dissertação está dividida em 3 capítulos. O primeiro discorre sobre os aspectos conceituais da participação popular em saúde, sua origem, as principais considerações sobre a temáticas e apresenta as iniciativas para consolidação da participação do usuário. Neste capítulo aborda-se a importância da Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, bem como as possibilidades de atuação por meio dos canais institucionalizados de participação. O segundo capítulo discorre sobre a participação popular em saúde no município de Ponta Grossa-PR, aponta os principais canais disponibilizados à população e expõe os resultados do questionário aplicado nas Unidades de Saúde da Família. O terceiro capítulo apresenta os resultados da pesquisa de campo referente às entrevistas com os sujeitos, enfatizando as representações sociais dos usuários sobre sua participação. Conclui-se com este estudo que a participação popular está atrelada às condições individuais e coletivas, em um universo de fatores que impõem sobre as pessoas valores e sentimentos, os quais podem influenciar a tomada de decisão em relação à ação participativa.

Palavras-chave: Participação Popular, Estratégia Saúde da Família, Representações Sociais.

ABSTRACT

Aiming at analyzing the users' of the Unified Health System social representations about their participation in Family Health Units of Ponta Grossa municipality - PR, this dissertation seeks knowledge about their participation and is based on the Theory of Social Representations. This qualitative study, of an interdisciplinary nature, was developed using descriptive research with an exploratory structure, which had as its methodological path the bibliographic and documental research, followed by field research with the application of an online questionnaire and an interview. The study universe was the municipality of Ponta Grossa - PR and the sample was composed of 8 Family Health Units. The subjects participating in this study totaled 24 users, with 3 individuals for each selected unit. The choice of units was based on the observation of the city map, in which one unit was chosen per geographic region, and the criterion for the choice of subjects was mainly the time of unit use. The content analysis technique was used to treat the data, and the results sought to identify the representations of users in relation to their participation. This dissertation is divided into three chapters. The first one discusses the conceptual aspects of popular participation in health, its origin, the main considerations on the theme, and presents the initiatives for the consolidation of the users' participation. This chapter discusses the importance of Primary Health Care and the Family Health Strategy, as well as the possibilities of acting through institutionalized participation channels. The second chapter discusses about the popular participation in health in Ponta Grossa municipality -PR, points out the main channels available to the population and exposes the results of the questionnaire applied in the Family Health Units. The third chapter presents the results of the field research referring to the interviews with the subjects, emphasizing the users' social representations about their participation. This study concluded that popular participation is linked to individual and collective conditions, in a universe of factors that impose values and feelings on people, which can influence decision making regarding participatory action.

Keywords: Popular Participation, Family Health Strategy, Social Representations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de Localização Município de Ponta Grossa, 2020	56
Gráfico 1 - Tempo que Frequenta a Unidade, Ponta Grossa, 2021	99
Gráfico 2 - Frequência de Utilização dos Serviços da Unidade, Ponta Grossa, 2021	100
Quadro 1 - Norma Operacional Básica (NOB) dos Anos 1991/1992/1993/1996	35
Quadro 2 - Valores, Princípio e Elementos da Atenção Primária à Saúde.....	40
Quadro 3 - Lista de Unidades de Saúde por Região Geográfica, Ponta Grossa, 2021	74
Quadro 4 - Perfil das Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2021.	77
Quadro 5 - Estrutura das Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2021.	78
Quadro 6 - Atividades Realizadas nas Unidades Pesquisadas, Ponta Grossa, 2021.	79
Quadro 7 - Relação de Grupos Educativos Realizados Anteriormente à Pandemia, Ponta Grossa, 2021.....	81
Quadro 8 - Relação de Usuários mais Frequentes nas Unidades, Ponta Grossa, 2021.	82
Quadro 9 - Relação de Profissionais Vinculados às Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2021.	83
Quadro 10 - Canais de Participação nas Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2021.	84
Quadro 11 - Caracterização de Usuários por Unidade de Saúde, Ponta Grossa, 2021.	98
Quadro 12 – Significados sobre Participação na Unidade de Saúde da Família, Ponta Grossa, 2021	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Manifestações Ouvidora Municipal de Saúde de Jan a Out de 2021.	70
Tabela 2 - Tipos de Manifestações Realizadas na Ouvidoria Municipal de Saúde de Jan a Out 2021.....	71
Tabela 3 – Manifestação por Local de Atendimento de Jan a Out de 2021.	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APP	Associação dos Professores do Paraná
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
COEP-UEPG	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
COMSAUDE	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavírus
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PR	Paraná
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS	Teoria das Representações Sociais
TSB	Técnico em Saúde Bucal
TV	Televisão
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE – CONSTRUINDO CONCEITOS E DEFININDO CAMINHOS	24
1.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO BRASIL – COMO TUDO COMEÇOU	29
1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ESTRATÉGIA PARA CONSOLIDAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	38
1.2.1 Política Nacional de Atenção Básica e a Saúde da Família.....	41
1.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO – CANAIS DE PARTICIPAÇÃO	45
1.3.1 Conferências de Saúde.....	46
1.3.2 Conselhos de Saúde	48
1.3.3 Ouvidorias.....	51
CAPÍTULO 2 PARTICIPAÇÃO POPULAR NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA	56
2.1 CANAIS DE PARTICIPAÇÃO: CONFERÊNCIAS, CONSELHOS E OUVIDORIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	57
2.1.1 Conferências Municipais de Saúde.....	59
2.1.2 Conselho Municipal de Saúde	62
2.1.2.1 <i>Conselho Local de Saúde</i>	65
2.1.3 Ouvidoria Municipal de Saúde.....	68
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA	72
2.2.1 Caracterização e Identificação das Unidades de Saúde em Estudo	73
CAPÍTULO 3 REPRESENTAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	90
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	90
3.2 SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E SUA RELAÇÃO COM A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	96
3.3 REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A SUA PARTICIPAÇÃO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ANÁLISE DOS DADOS	101
3.3.1 Categoria 1 Conhecimento e Entendimento sobre Participação	103
3.3.2 Categoria 2 Atendimento e Vínculo entre Usuários e USF.....	106
3.3.3 Categoria 3 Direito à Saúde e Cidadania.....	109
3.4 PARTICIPAÇÃO: UMA AÇÃO IMPORTANTE	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE A QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMS	135
APÊNDICE B ROTEIRO PARA ENTREVISTA – USUÁRIOS	141

APÊNDICE C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	142
ANEXO A CARTA DE AUTORIZAÇÃO NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE	143
ANEXO B PROTOCOLO DE APROVAÇÃO COEP UEPG	144

INTRODUÇÃO

Com o advento da redemocratização da saúde no Brasil, a participação popular passa a ser considerada peça chave para o controle e o acompanhamento das ações governamentais, contribuindo com a criação, desenvolvimento e acompanhamento do sistema de saúde brasileiro. A concepção de saúde enquanto direito assegurado à população e dever do estado (BRASIL, 1988) fez surgir a necessidade de se incrementar ações de participação popular na busca por melhores condições de vida e saúde (CARVALHO, 2014).

Nesta perspectiva, esta dissertação volta-se para as pessoas e a sua realidade de vida, identificando a partir do conhecimento da população em relação ao ato participativo, o ideário da participação e a possibilidade de atuação dos usuários nos serviços de saúde. O tema em estudo aborda as representações sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre sua participação em Unidades de Saúde da Família do município de Ponta Grossa-PR, Brasil.

A escolha por estudar a participação popular em saúde, especificamente na Saúde da Família, se deu pelo entendimento de sua importância e contribuição para a reorganização da atenção à saúde no Brasil. Inerente a este processo está a proposta de inclusão do diálogo com a comunidade e a aproximação das equipes de saúde com a população (BRASIL, 2000).

A participação popular na área da saúde é um preceito constitucional e acontece por meio da relação individual entre cidadão e o sistema de saúde, bem como por ações de controle do sistema de saúde, efetivado principalmente por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (CARVALHO, 2014). A proposta da participação dos indivíduos nos serviços de saúde considera a atuação do povo enquanto parceiros em um processo que eleva a cidadania e promove a valorização do pensamento coletivo.

A intencionalidade relacionada à mudança da situação de saúde do povo fez da participação um caminho de transformação da realidade, incentivando a construção de um futuro melhor para mais brasileiros (CARVALHO, 2014). Tal perspectiva se liga ao pensamento de que para se ter melhores condições de vida é preciso considerar as pessoas como responsáveis pelas ações relacionadas ao bem estar pessoal e coletivo.

As diferentes maneiras de atuação da população junto aos serviços de saúde conduzem ao ideário de que a participação depende da ação do outro fazendo bem feito a sua parte, construindo conceitos, propostas e soluções, bem como acompanhando o desenvolvimento e execução de estratégias e planos (CRUZ; BRUTSCHER, 2018). Cabe ressaltar que a atuação da comunidade é essencial para a elaboração de atividades que atendam de maneira mais coesa a todos, em igualdade.

A distância entre população e equipes percebida ao longo dos anos de atuação em Unidades de Saúde da Família fez surgir o interesse por identificar na fala dos usuários as possíveis fragilidades referentes a sua participação. Diante desta situação, alguns questionamentos foram levantados como: Existe nas unidades de saúde ambiente para as pessoas participarem? Existe algum motivo para as pessoas não participarem nos espaços de diálogo disponíveis nas unidades de saúde? Existe disponibilidade e incentivo à participação? Qual seria o motivo para a temática da participação estar tão distante dos usuários? A ausência de participação poderia estar relacionada à falta de conhecimento sobre o assunto? O que poderia estar impedindo, ou até mesmo desmotivando a ação participativa por parte de usuários nas unidades de saúde?

O posicionamento relacionado à participação do usuário remete a um contexto que considera a possível ligação entre o histórico de opressão vivenciado por anos e a realidade das comunidades. Tais proposições incentivam a busca por entender como tem acontecido a participação nas Unidades de Saúde da Família, por meio das representações que os usuários têm sobre a sua participação.

A Teoria das Representações Sociais idealizada e elaborada por Moscovici, com base na Teoria das Representações Coletivas de Durkheim, é definida por Celso Pereira de Sá (1995) como sendo um conjunto de fenômenos em que tanto comportamentos individuais como fatos sociais são importantes ou devem ser considerados. Para Moscovici (2004), a teoria está relacionada aos hábitos, recordações e percepções como elementos de uma cadeia de opiniões em uma determinada sequência de vida que considera o pensamento primitivo.

Segundo Guareschi e Jovchelovitch (1995), as vidas individuais tomam forma e se constroem em uma realidade social onde o fenômeno das representações sociais traz à tona os afetos, as emoções e os sentimentos. Para tanto, estudar as

representações sociais sobre a participação dos usuários do Sistema Único de Saúde na Unidade de Saúde da Família pode ser considerada a busca pela realidade das pessoas, a fim de compreender os fatos e as experiências vividas, bem como valorizar os indivíduos, que para Moscovici (2004), não são apenas processadores de informação, mas pensadores ativos diante do cotidiano das interações sociais.

A problemática da participação dos usuários nas unidades de saúde levantadas neste estudo propõe questionamentos relacionados à sua atuação, bem como às representações por ele assumidas sobre este tema. Diante disto, foram elaboradas as seguintes questões:

1) Quais são os canais de participação disponíveis aos usuários do Sistema Único de Saúde em Unidades de Saúde da Família do município de Ponta Grossa-PR?

2) Qual o entendimento do usuário sobre participação popular?

3) Como é a percepção do usuário sobre a sua participação na Unidade de Saúde da Família?

Partindo destes questionamentos elaborou-se a pergunta central desta dissertação, sendo ela: quais são as representações sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre a sua participação em Unidades de Saúde da Família do município de Ponta Grossa- PR?

Com estas perguntas colocadas, constituiu-se como objetivo geral: Analisar as representações sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre a sua participação em Unidades de Saúde da Família do município de Ponta Grossa-PR; e como objetivos específicos:

1) Realizar pesquisa bibliográfica e documental sobre a participação popular em saúde;

2) Identificar os canais de participação disponíveis aos usuários do Sistema Único de Saúde em Unidades de Saúde da Família do município de Ponta Grossa – PR;

3) Conhecer qual o entendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre sua participação em Unidades de Saúde da Família do município de Ponta Grossa- PR.

Analisar as representações dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre a sua participação vem ao encontro da perspectiva de entender o papel do usuário

diante do seu contexto de vida e da realidade em que estes estão inseridos. Ao identificar tais representações, busca-se ainda estabelecer a possibilidade de entender em que medida as ações de saúde podem influenciar mudanças e transformações no cotidiano das pessoas e dos serviços e sistemas de saúde.

De caráter qualitativo, esta pesquisa apoia-se na afirmação de Chiazote (2008) que defende o uso do termo qualitativo como uma partilha de conhecimento referente as pessoas, fatos e locais. Segundo o autor, esse tipo de pesquisa extrai significados visíveis do convívio entre indivíduos, os quais podem ser perceptíveis por meio da sensibilidade de uma visão acurada e atenta.

Dentre os modelos de estudo relacionados à pesquisa qualitativa, recorreu-se ao estudo exploratório, que segundo Servo e Bervian (1996) são formas de pesquisas descritivas. Para estes autores, tais estudos são utilizados quando há necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os assuntos no sentido de observar, analisar e ainda fazer correlação de fenômenos.

Outro apontamento feito por Chiazote (2008) afirma que este tipo de pesquisa permite esclarecer conceitos, além de proporcionar uma visão mais geral acerca dos fatos a serem analisados. Assim, o reconhecimento de diversas situações que ocorrem na vida social e os aspectos do comportamento humano, tanto individual como em grupo, podem ser dados importante para serem estudados, quando colhido em seu *habitat* natural (SERVO; BERVIAN, 1996).

As concepções feitas por Servo e Bervian (1996, p. 49) apontam que os estudos exploratórios têm por objetivo “familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas ideias”, além de realizar “descrições precisas da situação”. Confirmando esta proposição, Gil (2002, p. 41) afirma que as pesquisas exploratórias assumem “o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo explícito”, e assim aprimorar ideias e descobertas.

Levando em conta tais perspectivas, esta pesquisa busca analisar a participação dos usuários a partir das representações sociais e procura desvendar a realidade no sentido de compreender os fatos, para então, identificar dificuldades e propor novas possibilidades de ação. O percurso metodológico é composto por etapas que se iniciam com a pesquisa bibliográfica e documental, que segundo Servo e Bervian (1996), constituem-se como a base para explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos.

Como primeiro passo da pesquisa científica, a pesquisa bibliográfica busca detectar o conhecimento existente e reunir informações prévias sobre o assunto estudado (SERVO; BERVIAN, 1996). Sendo um tipo de levantamento que abrange a bibliografia já tornada pública em relação ao objeto em estudo, sua concepção não é apenas uma mera repetição de conteúdo, mas um novo enfoque ou abordagem para chegar a novas conclusões (LAKATOS; MARCONE, 1993)

Juntamente à pesquisa bibliográfica está a pesquisa documental que se caracteriza pela coleta de dados especificamente em documentos, escritos ou não (LAKATOS; MARCONE, 1993) tendo em vista identificar lacunas a serem investigadas. Segundo Gil (2002, p.47), a diferença entre estas pesquisas está na natureza das fontes consultadas, pois a pesquisa documental “vale-se de materiais que não receberam ainda tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaboradas de acordo com o objeto da pesquisa”.

A distinção entre a pesquisa bibliográfica e documental nem sempre é possível, pois assim como as fontes bibliográficas são consideradas documentais, alguns documentos podem ser considerados dados bibliográficos, propondo que todo material impresso pode ser classificado como bibliográfico (GIL, 2002). O resultado referente a tal pesquisa fundamenta teoricamente a construção desta dissertação e se inicia com o levantamento do conhecimento científico sobre o tema em estudo.

Por meio de leis, decretos e documentos oficiais, consulta a publicações nos portais da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no catálogo de teses e dissertações tanto da CAPES como deste programa, bem como pesquisa em sites do Ministério da Saúde, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), foi possível reconhecer o campo de estudo e delimitar a temática a ser pesquisada. Ao identificar as lacunas existentes, propôs-se um estudo voltado para a participação dos usuários do Sistema Único de Saúde que utilizam as Unidades de Saúde da Família, tendo em vista verificar seu entendimento sobre o assunto.

Após esta primeira etapa de levantamento teórico, que persiste ao longo da trajetória deste estudo, os caminhos trilhados seguem na direção da pesquisa de campo, que segundo Lakatos e Marconi (1993), é usada para conseguir informações sobre um determinado problema, procurando por respostas que comprovem e/ou

descubram novos fenômenos ou relações sociais. A escolha do universo de estudo, da amostragem, bem como dos sujeitos e dos instrumentos a serem utilizados para coleta e análise de dados visam demonstrar a importância de ouvir e dar voz aos usuários no local onde vivem.

Os espaços de convivência e as experiências das pessoas são abordados nesta dissertação por meio de uma perspectiva compreensiva em relação às ações individuais e grupais, evidenciando as possibilidades de atuação do cidadão junto às equipes de saúde. Trata-se de uma investigação voltada para a realidade, em que os procedimentos escolhidos procuram identificar na prática o conhecimento e o entendimento das pessoas em relação a sua participação.

A escolha da cidade de Ponta Grossa como universo de pesquisa justifica-se uma vez que tal estudo é integrante do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, vinculado à Universidade Estadual de Ponta Grossa, com sede no município. Tendo a perspectiva de retratar a realidade regional e local, fomenta-se a necessidade de propor discussões voltadas para melhorias de políticas públicas e o incremento da cidadania como direito.

Localizado no centro-sul do estado do Paraná, região dos Campos Gerais, o município de Ponta Grossa – PR, possui, segundo dados do IBGE acessados em fevereiro de 2021, uma população estimada em 355.336 mil habitantes para o ano de 2020. O perfil do município, apresentado pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), revela ainda um grau de urbanização de 97,79% em uma área territorial de 2.042.673 km², demonstrando predominância da área urbana em relação a área rural (IPARDES, 2020).

A partir destes dados pode-se considerar a relevância deste município para este estudo, pois trata-se de um município de grande porte em que nele se localiza um hospital regional, além de dispor de diferentes serviços de saúde que o tornam um centro médico de referência para o atendimento à saúde da população. Sua importância para este estudo está ainda no fato de o município sediar a 3ª regional de saúde do estado do Paraná, o qual se responsabiliza pelas ações de saúde desenvolvidas em 12 municípios, sendo eles: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés (PARANÁ, 2021).

Dentre os diferentes universos relacionados ao cotidiano das pessoas nos municípios, as demandas que surgem podem revelar questões que colocam em evidência os interesses da população, bem como a implementação de políticas e estratégias eficazes de atenção à saúde. A escolha de Ponta Grossa tem a intensão de identificar como uma parcela da população compreende sua participação, indicando a possibilidade de semelhança com outros pensamentos a serem representados em outros locais, sejam eles maiores ou menores em amplitude e relevância.

Para amostragem deste estudo, foram selecionadas, de um total de 49 unidades implementadas no município, 13 Unidades de Saúde da Família, as quais estão localizadas em diferentes regiões geográficas no território; os sujeitos participantes somam um total de 24 indivíduos. Cabe destacar que a escolha da amostra e dos sujeitos se encontra melhor detalhada nos capítulos 2 e 3 desta dissertação.

Segundo Lakatos e Marconi (1993), para além da escolha do problema, da delimitação de universo ou amostra, faz-se necessário um bom instrumento para coleta de dados. Tendo em vista tal proposição, as técnicas e procedimentos desta etapa levam em consideração a necessidade de se identificar a melhor opção para evidenciar as representações sociais de um grupo.

A definição do instrumento para coleta de dados é um dos pontos primordiais em uma pesquisa de campo, as quais procuram desvendar o objeto em estudo e sua pertinência em relação ao saber e ao conhecimento. Nesta perspectiva utiliza-se a entrevista, que segundo Gil (2008), pode ser definida como técnica que tem como objetivo a obtenção de dados a partir da interação social e do diálogo, tendo como ponto de partida a aproximação com a realidade do usuário para responder aos objetivos propostos.

A ferramenta empregada nesta etapa foi a entrevista semiestruturada, que segundo Lankshear e Knobel (2008), permite ao pesquisador preparar previamente um guia com uma lista de questões as quais possibilitam o acompanhamento de comentários importantes feitos pelo entrevistado, ao mesmo tempo que está aberta a outros pontos de discussão que não foram previstos. Para esta fase foi elaborado um roteiro com perguntas abertas que permitem uma conversação com os participantes,

dando ao entrevistado liberdade para explorar mais amplamente uma questão (LAKATOS; MARCONI, 1993).

O desenvolvimento do instrumento, bem como das questões inseridas nele, procuram atender à necessidade de tornar os fatos e relatos analisáveis, com atenção para que os questionamentos não se tornem abstratos. Neste momento cuida-se para que as perguntas estimulem os pensamentos e ideias, no sentido de direcionar as lembranças relacionadas às experiências anteriores, ligando-as ao tema abordado.

Foi realizado um pré-teste para validar o instrumento de coleta de dados e analisar previamente as questões, a fim de identificar falhas e qualquer necessidade de alteração. Segundo Lakatos e Marconi (1993), este procedimento consiste em testar o instrumento para coleta de dados com uma pequena parcela do universo ou amostra, antes de ser aplicado definitivamente.

A importância desta etapa está em evidenciar as ambiguidades, subjetividades, mal formulação das questões, superficialidade e linguagem inadequada, para assim, ao ser constatada alguma falha, proceder a adequação e reformulação tanto das questões como de sua ordem (LAKATOS; MARCONI, 1993). A utilização de tal teste evidenciou a necessidade de alterações nas questões propostas e a inclusão de um questionário para coleta de dados secundários, referentes à caracterização e identificação das unidades selecionadas, o qual foi aplicado via *Google Forms* e está disponibilizado no Apêndice A desta dissertação.

Dando sequência à pesquisa, foram realizadas entrevistas com os usuários, utilizando roteiro de perguntas previamente delimitadas, disponibilizado no Apêndice B. A participação dos sujeitos aconteceu de forma voluntária após leitura e assinatura pelo participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no Apêndice C. Com o TCLE, ficaram também autorizadas as gravações das entrevistas com o auxílio de gravador de voz de aparelho celular da marca Samsung e transcrição posterior para notebook. Cabe destacar que a pesquisa foi realizada após aprovação pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa por meio de carta de aprovação (Anexo A) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (COEP-UEPG), parecer nº 4.062449, disponível no Anexo B desta dissertação.

O procedimento para análise de dados vem na sequência da construção, tendo em vista a proposta de compreender as representações dos usuários sobre sua

participação. Entende-se que neste momento a necessidade está em envolver o objeto de estudo e elevá-lo a um patamar que permita aprofundar o conhecimento, a partir das falas e expressões, a fim de evidenciar pensamentos e fatos que aproximem a consciência individual da realidade grupal.

A partir desta perspectiva, os dados coletados foram tratados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo que se resume em

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2016, p. 48)

Tal escolha se faz pelo fato de que o processo de elaboração das representações sociais procura descrever e explicar fenômenos para identificar a diversidade dos grupos e, por sua vez, lidar com novos fenômenos e problemas (SPINK, 1995). Assim, a análise de conteúdo articula-se ao método de estudo, pois segundo Bardin (2016), esta técnica trata as informações para que se tornem acessíveis e manejáveis, ao ponto de se identificar representações condensadas e explicativas.

Neste sentido é essencial a organização das falas obtidas por meio das entrevistas, “pois tudo que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo (HENRY; MOSCOVICI, 1968 apud BARDIN, 2016, p. 38). Assim, para construção dos resultados, o processo de investigação tem como base as fases definidas por Bardin (2016), que se constituem em: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

A pré-análise é a fase de organização do material a ser analisado e tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais para o desenvolvimento das etapas seguintes. Neste momento não há um rigor metodológico a seguir e as atividades que a compõe são consideradas não estruturadas, ou seja, “abertas”, o que permite alterar ou suprimir a ordem de sua aplicação. Estas atividades são: a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e objetivos, a referenciação dos índices, a elaboração de indicadores e a preparação do material (BARDIN, 2016).

Com a leitura flutuante faz-se o primeiro contato com o material, para conhecer e permitir-se invadir pelas impressões, e conforme as leituras se consolidam, o texto vai se tornando familiar, possibilitando a ligação das falas e pontos

semelhantes. A escolha dos documentos consiste em analisar as informações que formam o universo da análise, as quais apoiam-se na exaustividade, na escolha do *corpus*, na representatividade, na homogeneidade e pertinência, entendendo que nada pode ser deixado de fora da investigação (BARDIN, 2016).

A formulação das hipóteses e objetivos constitui-se de suposições que aguardam para ser confirmadas. A referenciação dos índices e elaboração de indicadores refere-se à escolha dos textos que mencionam um tema e a frequência que se repetem. O último passo é a preparação de material, momento em que o material a ser analisado é organizado de maneira formal, as entrevistas gravadas são transcritas, e se necessários, os textos são editados (BARDIN, 2016).

Nas fases seguintes, relativas à exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, as informações são codificadas e os dados brutos são tratados para se transformarem em evidências significativas (BARDIN, 2016). Neste momento o desafio está em ultrapassar os limites das falas e identificar o conteúdo expresso no sentido de entender e consolidar as experiências, relacionando-as à realidade social.

Nesta perspectiva, os resultados aqui apresentados visam promover debates sólidos, firmados na necessidade de entender o outro enquanto sujeito ativo da ação, tendo como base a Teoria das Representações Sociais. A importância da utilização do método neste estudo está em capturar a essência dos fatos, promover transformações significativas e fazer interpretações capazes de solidificar a compreensão sobre a realidade do sujeito, para então, identificar suas representações.

Organizada em 3 capítulos, esta dissertação apresenta no Capítulo 1 o levantamento bibliográfico e conceitual de base teórica sobre a participação popular em saúde e aborda os principais aspectos relacionados à política pública de saúde, à implantação do Sistema Único de Saúde e às prerrogativas referentes à Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família como ferramentas para consolidação da participação em saúde. Neste capítulo, também se discorre sobre a institucionalização e os principais canais de participação legalizados, a saber: Conselhos, Conferências e Ouvidorias da Saúde.

No Capítulo 2, coloca-se a estrutura da participação popular institucionalizada no município de Ponta Grossa e discorre-se sobre a experiência local referente aos

canais de participação. Em um segundo momento, o capítulo retrata a Estratégia Saúde da Família municipal e apresenta as características das Unidades de Saúde da Família participantes do estudo.

No Capítulo 3, apresentam-se os pressupostos teóricos sobre a Teoria das Representações Sociais, os resultados da pesquisa de campo relacionados à identificação dos sujeitos e análise dos dados, evidenciando a representação dos usuários sobre a sua participação. A discussão referente às representações permite o estabelecimento do vínculo entre o real e o imaginário em uma busca constante pela realização e concretização da cidadania.

CAPÍTULO 1 PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE – CONSTRUINDO CONCEITOS E DEFININDO CAMINHOS

A busca pela compreensão dos processos relacionados à ação participativa dos indivíduos perpassa por diversas possibilidades as quais consideram os sentidos pessoais e/ou coletivos. Os termos utilizados para compreender a participação popular em saúde tem em vista identificar os significados do ato participativo que, segundo Escorel e Moreira (2012), estão inseridos no meio da vida em sociedade.

Como uma ferramenta que tem como perspectiva incorporar as pessoas no processo de mudança de uma realidade, a participação pode ser considerada peça chave para estabelecer as condições de aceitação do pensamento e do conhecimento do outro como sendo válidos. Uma visão que busca considerar os fatos da vida cotidiana e valorizar a capacidade que cada indivíduo tem de pensar, agir, opinar, decidir e influenciar sobre sua vida e da comunidade em que está inserido.

Analisar o processo participativo envolve três níveis básicos: o *conceitual*, que “representa um alto grau de ambiguidade e varia segundo paradigma teórico em que se fundamenta”; o *político*, que está “associado ao processo de democratização”; e a *prática social*, relacionada ao “processo social ligado a lutas, movimentos e organizações” (GOHN, 2001, p. 14). Tais condições tornam a participação um meio fundamental para que a sociedade passe a fazer parte do vocabulário e da agenda das nações.

A análise do entendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre sua participação em Unidades de Saúde da Família é abordada nesta dissertação como prática social inserida no contexto de vida das pessoas. Os diversos significados relacionados à palavra participação ultrapassam os limites da ação relacionada a dar opiniões, sugestões ou até mesmo fazer reclamações, tornando-se presente nos espaços de convivência de diversas maneiras, sentidos e intensidades.

Segundo Pateman (1992), a participação é promovida pelas conexões que se formam entre indivíduos, suas qualidades e características psicológicas, com os diferentes tipos de instituições. O ato participativo depende da ação humana e o conhecimento sobre a atuação do indivíduo se faz necessária para entender sua participação.

Diante disto, pode-se considerar que a participação acontece na interface das relações que se formam entre pessoas, sejam elas semelhantes ou profundamente

diferentes entre si. A compreensão do sujeito enquanto agente social, leva a concepção de que a participação é parte da vida social do homem e sua origem se dá pela perspectiva de uma atuação conjunta. Como parte deste contexto, estes indivíduos tem firmado suas bases em “regras e condutas morais e legais”, as quais podem influenciar sua realidade (FLEURY, 2009, p.32).

Inerente à natureza social do homem, a origem da participação vem da perspectiva de fazer parte, tomar parte ou ter parte, traduzindo-se em participação ativa e passiva, em um contexto que considera o processo micro e macro da participação popular, a qual pode ser considerada “o âmago das estruturas sociais, políticas e econômicas” (BORDENAVE, 1983, p. 25). O autor sugere a existência de maneiras e/ou formas de participar como participação de fato, espontânea, imposta, voluntária, provocada, dirigida ou manipulada, e concedida.

Na busca por conceituar o termo participação, utiliza-se também as afirmações feitas por Carvalho (2014, p. 47), as quais traduzem valor e sentido positivo ao assumir a ideia de “ter parte em igualdade”, e ainda, considerar que “todos são donos em proporção, sem discriminação e sem chegar ao desespero da desesperança”. Para Carvalho (2014), é preciso ter um maior grupo de pessoas convictas desse pensamento para que a participação na sociedade contribua com a inclusão de todos em igualdade de direitos.

A compreensão dos sujeitos como portadores de direitos entra nesse discurso e aponta a necessidade de “autoafirmação no qual o singular seja reconhecido como parte de um universal”, em um contexto que envolve obediência às regras a partir das relações entre indivíduos livres e iguais (FLEURY, 2009, p. 36). Tal concepção atribui valor ao envolvimento individual e coletivo, tendo em vista a apropriação do ato participativo.

De fato, ao participarem, as pessoas têm a possibilidade de expor suas concepções de vida. Assim, ao assumir o conceito de cidadania elaborado por Herbert de Souza, Carvalho (2014) afirma que a participação, em primeiro momento, requer consciência como um ato de inteligência que processa dentro de cada ser humano um conceito com todas as suas consequências. Em segundo momento, o autor refere-se ao discurso de compreender a ideia de que as pessoas são seres que cumprem deveres e usufruem de direitos, e após ter essa consciência, o próximo passo é

participar vendo o mundo com os olhos do dono, participando pela ação, apropriação e controle.

As considerações feitas por Escorel e Moreia (2012) indicam que a ação participativa é muito individual, e até mesmo o ato de não participar pode ser uma forma de participação, pois cada indivíduo participa por algum motivo em busca da transformação de uma situação. Tal pensamento, também vinculado à ideia de liberdade, relaciona-se ao posicionamento de Pateman (1992), no que se refere à promoção da tomada de decisão por parte do indivíduo, o qual eleva sua capacidade de atuação.

Em uma sociedade que vive na interdependência da ação individual e que conta sempre com a atuação do outro para que a vida aconteça, é preciso ter reciprocidade para continuar desfrutando da ação que cada um desenvolve (CARVALHO, 2014). Estas afirmações conduzem e direcionam novas perspectivas relacionadas às complexidades da vida cotidiana e refletem a realidade das pessoas, valorizando-as, considerando-as como parte de um todo e permitindo a ligação entre cidadania e participação.

A compreensão do conceito de cidadania elaborado por Carvalho (2010) está relacionada a um fenômeno complexo que envolve direitos, liberdade de pensamento e a existência de governos mais atentos às necessidades das pessoas. Segundo o autor, é considerado cidadão todo aquele que, munido de direitos civis, políticos e sociais, consegue usufruí-los, tornando-se parte da nação e envolvendo-se na busca pelo bem-estar de todos com base na justiça social.

A importância que cada pessoa tem em uma sociedade, independentemente de sua posição social, está intrinsecamente ligada às suas ações e podem estar relacionadas a questões referentes à educação, pois segundo Carvalho (2010), a educação é a maneira das pessoas alcançarem a cidadania e conseqüentemente a participação. O autor considera que nos dias atuais, a desigualdade incentivada pelo consumo tem desfavorecido o direito, tornando as pessoas mais clientes do que participantes nos processos decisórios de uma nação.

A presença das pessoas no processo de decisão relacionado aos interesses públicos amplia os direitos políticos, fortalecendo a participação (BENEVIDE, 1994). Neste processo, a referida autora afirma que a educação é essencial e aponta que

plebiscitos, referendos e iniciativas populares são necessários para a representação, aperfeiçoamento dos direitos políticos e participação popular.

Considerações feitas por Lavallo (2011) ponderam que a participação se define como escola da cidadania por cultivar o civismo e elevar o interesse pelo bem público. Os diversos efeitos psicológicos e de socialização que a educação promove sobre os participantes influenciam a ação participativa que só acontece quando existe comprometimento, fato relacionado ao civismo ou a percepção de que a atuação do cidadão é eficiente e eficaz.

A abordagem relacionada à educação vem contribuir com a valorização do indivíduo, a fim de torná-lo parte de um processo que envolve as relações sociais presentes no ambiente em que vive. Segundo Pateman (1992), o ato de participar dá ao indivíduo a sensação real de controle sobre sua vida e do meio onde acontecem seus relacionamentos, considerando que todos são dependentes uns dos outros e iguais perante a lei.

O conceito de participação é elevado pelo caráter educativo e conduz as pessoas a desfrutar de mais qualidade de vida em virtude de reconhecer sua importância. Soma-se à ação pessoal, a concepção de coletividade como uma nova maneira de participação e estabelece que ao participar com ideia, avaliação e assunção, os cidadãos encontram as respostas para os problemas identificados e vivenciados (CARVALHO, 2014).

A ideia de coletividade encontra sentido nas observações feitas por Bauman (2003) sobre o contexto de comunidade, traduzido como um ambiente amigável de confiança, em que as pessoas podem contar umas com as outras, à custa de liberdade, autonomia, autoafirmação e identidade. A lógica de pensamento do autor supõe que ao mesmo tempo em que se ganha, também se perde; ao alcançar o sentido de comunidade, logo se perde a liberdade. Por outro lado, não ter comunidade significa não ter proteção e segurança; equilibrar esses valores, é, portanto, um desafio.

Pode-se afirmar que a participação da comunidade é um processo que envolve princípios, e segundo Bordenave (1983, p. 16), “não é somente um instrumento para solução de problemas, mas uma necessidade fundamental do ser humano”. Este autor evidencia duas bases da participação que se complementam: a *afetiva*, em que se considera o prazer em fazer as coisas com os outros; e a

instrumental, em que se crê que fazer as coisas com os outros é mais eficaz e eficiente.

Balizada por processos legais e jurídicos para fundamentar a participação dos usuários na administração pública, a participação da comunidade torna-se o termo legal e central pelo qual se decorre a função de controle social (CARVALHO, 2014). Relacionada a este termo encontram-se também a participação popular, a participação da comunidade na gestão e a participação em saúde com a concepção de que todo poder emana do povo, apresentando os sentidos de uma participação voltada para o entendimento do controle social como parte das ações desenvolvidas pelas pessoas.

Vinculada ao controle social, a participação em saúde torna-se a essência da participação cidadã, que relacionada à participação da comunidade e à participação popular, carrega a responsabilidade de controlar as ações de saúde ofertadas à população, engajando-se na proposição e controle de fatos e feitos (CARVALHO, 2014). O usuário do sistema de saúde é tão importante quanto a sua participação, pois por meio deles é que se consegue encontrar os sentimentos mais relevantes para as ações a serem desenvolvidas junto às comunidades.

Por outro lado, os desafios impostos pela vida em sociedade levam os sujeitos a diminuir o desejo de envolverem-se em determinados assuntos que influenciam direta e/ou indiretamente suas condições. Os movimentos democráticos e a democracia, ao se apropriarem do conceito de participação, incentivam a atuação dos sujeitos sociais e fomentam o pensamento de liberdade e de direito, no sentido de promover uma cidadania ativa em que pessoas e coletividades participem (SCOREL; MOREIRA, 2012).

Envolvidos em uma situação de decisões e interação com o outro, em um convívio que viabiliza a democratização de espaços e ambientes, entende-se que a ação dos indivíduos/cidadãos permeia as discussões sobre as relações de poder evidenciadas em uma sociedade. Tal relação pode estar no âmago do desenvolvimento do ato participativo, que ainda estabelece a necessidade de entender o comportamento do outro para fazer valer a participação (CARVALHO, 2014).

Os mecanismos disponibilizados, como a democracia participativa e a democracia representativa, contribuem com a inclusão e promoção da autonomia e

ainda favorecem “a igualdade e a liberdade de opinião entre atores, baseada na construção de consensos que visam o melhor à coletividade” (COSTA; VIEIRA, 2013, p. 03). A democracia ao aprimorar o ato participativo, faz com que o sujeito seja inserido de forma mais abrangente nos processos decisórios.

Espera-se que ao participar, as pessoas tenham consciência de sua ação e que o Estado seja capaz de garantir direitos por meio de políticas públicas eficientes. Tal concepção reflete o entendimento que amplia a participação popular em saúde e propõe fortalecer a corresponsabilidade entre Estado e sociedade, na concretização da prática social relacionada ao ato participativo.

Outra consideração relacionada à participação popular em saúde é levantada por Escorel e Moreira (2012) e está relacionada a evidenciar a necessidade de diálogo, a partir do sujeito e suas diversas maneiras de entender o ato participativo. Esses autores, aproximam o diálogo e a ação comunicativa como fatores potencializadores da atuação e do relacionamento entre as pessoas.

Segundo Rosemberg (2014), as várias formas de comunicação classificadas como interpessoal, de massa e não verbal acontecem a partir da interação e da partilha como uma ação comum desenvolvida nos limites de uma ação social. O autor considera que o ato de se comunicar estabelece o contato entre as pessoas, entre profissionais de saúde e população, e tem a prerrogativa de levantar problemas ou propor soluções para dificuldades encontradas e/ou enfrentadas.

Os termos aplicados à participação levam ao entendimento de que o ato participativo acontece na interface da necessidade de atuação de uma sociedade frente às demandas que enfrentam. Com pensamentos voltados à resolução de problemas, pode-se refletir que o ato participativo emerge de uma ação comunicativa, desenvolvida a princípio pelo entendimento das adversidades relativas à vida social das pessoas.

1.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO BRASIL – COMO TUDO COMEÇOU

O marco histórico mais relevante da participação popular em saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986 e que contou com participação de instituições representativas da sociedade civil nas discussões e deliberações do evento (BRASIL, 1986). O envolvimento e a mobilização popular evidenciam a relevância desta Conferência, que teve como resultado a inclusão da

saúde nos termos da Constituição Federal de 1988 e a criação de um novo sistema de saúde.

De maneira geral, a 8ª Conferência ampliou o debate em relação ao direito à saúde, atribuindo ao cidadão a possibilidade de participação no desenvolvimento e elaboração de critérios para organização das ações do Estado frente às demandas de sua população. A dinâmica relacionada a tais ações, são chamadas de políticas sociais, que inseridas em um modelo de proteção social se desenvolvem por meio de estratégias coletivas para redução de vulnerabilidades e riscos sociais, conforme as particularidades de cada sociedade (FLEURY; OVERNEY, 2012).

A partir destes apontamentos pode-se entender que a política pública de saúde vem responder aos anseios de uma sociedade, influenciada pela necessidade de atuação das pessoas e pela responsabilização do Estado. São valores que emergem de uma concepção que trata de estabelecer uma construção social e permite o empoderamento dos usuários do sistema, atribuindo à vida cotidiana, práticas e ações efetivas.

No Brasil, a saúde enquanto política social foi inserida no contexto da proteção social, através da Seguridade Social instituída pela Constituição Federal, promulgada em 05 de outubro de 1988. O texto do artigo 194 da referida Constituição estabelece que “a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social” (BRASIL, 1988).

Este mesmo artigo traz orientações sobre a dinâmica da seguridade social, atribuindo ao poder público competência de organização, firmando suas bases em objetivos como a universalidade da cobertura e do atendimento, bem como a uniformidade e equivalência da prestação de benefícios e serviços, assegurando um caráter democrático e descentralizado. A responsabilidade pública na promoção da Seguridade Social foi legitimada pela Constituição Federal, marco histórico na consolidação da saúde como um direito.

No artigo 196 determina-se que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Partindo dessas considerações, a Constituição estabelece uma linha divisória entre passado e presente, no sentido da promoção de garantias e concepção da saúde como um direito social. É neste sentido que Vasconcelos e Pasche (2014, p. 560) consideram que ao instituir a saúde como direito, “ancorada na concepção de Seguridade Social, a Constituição rompeu com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros”.

O acesso aos serviços de saúde, historicamente vinculado a uma série de condições relacionadas às questões de trabalho e econômica, estabeleciam um padrão de benefícios pouco distributivos, o que permitiu e deu motivos para a inserção da Seguridade Social nas bases da assistência à saúde no Brasil, transformando as ações do Estado diante das necessidades das pessoas. Este padrão assume um caráter igualitário e universalizado, garantindo o acesso por meio de um conjunto de políticas sociais, tendo em vista um padrão mínimo de benefícios e de participação (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Uma possibilidade que se liga às dimensões fundamentais da vida social, envolvidas em um processo de formulação de ações e influenciadas pelo exercício do poder e das racionalidades propostas por organização, reorganização e escolha de prioridades frente às necessidades da população (COHN, 2014). A autora também se refere ao Estado como *locus* privilegiado da política, mas considera que sua função está em refletir as distintas conjunturas da composição de forças sociais e políticas em cada momento histórico das sociedades.

As conexões formadas entre Estado e sociedade apresentam características que permitem classificar as ações políticas como sendo de caráter social, as quais podem interferir na rotina das pessoas. O caráter servidor do Estado externado por políticas públicas e estabelecido pela Constituição Federal, caracteriza as formas para o cumprimento de regras que, se cumpridas, mudariam a sua própria ação, tendo como fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana (CARVALHO, 2014).

As políticas sociais “estão comprometidas em promover, quando geridas pelo Estado, a justiça social”, e é por meio delas que o Estado propõe instrumentos de ação negociados socialmente (COHN, 2014, p. 230). Tal proposição remete à reflexão sobre a solidariedade e a busca pela felicidade do outro, a fim de dar sentido à vida das pessoas e fomentar a possibilidade de usufruir de melhores condições sociais por meio da saúde.

Os papéis institucionais desenvolvidos por mecanismos de participação, no contexto da política pública e de suas organizações, definem e configuram as relações entre atores estatais e societários (CÔRTEZ, 2009). Por outro lado, as considerações feitas por Lavallo (2011) apontam que a participação no cenário brasileiro é uma categoria prática que, mobilizada por atores políticos, confere sentido às ações coletivas e populares.

Cabe destacar que a participação do usuário teve papel fundamental no processo de negociação e regulamentação do sistema de saúde ligando a população aos serviços disponibilizados (CARVALHO, 2014). Fleury e Ouverney (2012), apontam que as estratégias de colocar em ação a política de saúde envolveram as diversas relações sociais estabelecidas entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, indivíduos e grupos sociais, cidadãos e poderes públicos.

Neste contexto de valorização da participação popular, a Constituição Federal ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), promove a transformação do pensamento político iniciado pelo processo de transição democrática. Uma ação que reforça os valores do ato participativo em uma sociedade, tendo em vista estabelecer vínculos duradouros entre sistema de saúde e usuários, atendendo de maneira mais efetiva as pessoas.

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 vem estabelecer as bases iniciais da organização dos serviços, bem como suas diretrizes, ao afirmar que

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O direito estava garantido e a missão era de estabelecer as regras da implementação em âmbito nacional deste novo sistema, que teve como ponto de partida as negociações em torno das leis complementares para sua regulamentação. Cabe destacar que tais ações ocorreram no momento em que a conjuntura estava marcada por instabilidade econômica e a disseminação do pensamento neoliberal com predomínio de forças privatizantes, causando preocupação com o retrocesso constitucional (ESCOREL, 2012).

O primeiro passo na implementação do SUS teve início em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Esta Lei estabelece as bases legais para a implementação e regulamentação do SUS, e apresenta as diretrizes e princípios para sua operacionalização.

Ao estabelecer a saúde como direito permanente e fundamental do ser humano, a Lei Orgânica da Saúde regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional, atribuindo ao Estado responsabilidade de garantir este direito. Em seu art. 4º, o SUS é definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais”, sendo regido por princípios e diretrizes firmados na seguridade social, e organizado de forma regionalizada e hierarquizada, em uma única direção em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Apoiado em diretrizes e princípios como a universalidade de acesso, integralidade da assistência, preservação da autonomia, igualdade, direito à informação, participação da comunidade e descentralização político administrativa, o SUS assumiu a responsabilidade de atender a toda população sem distinção de classes ou pessoas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Um novo sistema de saúde elaborado para transformar as ações dos serviços de saúde, no sentido de dar mais atenção às necessidades da população e proporcionar mais oportunidades de atendimento às suas carências. Uma proposta desafiadora que pretende vencer as barreiras das desigualdades, das vulnerabilidades e das diferenças culturais e regionais espalhadas em todo território nacional.

A substituição do modelo centralizado e de base contributiva do regime militar por um modelo universal, gratuito e descentralizado é considerada por Arretche (2005) a primeira fase da constitucionalização da reforma de saúde. Para a autora, o SUS é implementado para atender aos processos decisórios da política de saúde e constitui-se pela expressão de regras que respondem às demandas de uma determinada sociedade.

A presença do SUS significa romper com um modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro vinha se estruturando por décadas. Os obstáculos, desafios e problemas de ordem estrutural, organizacional e institucional do sistema precisam ser vencidos para atender às necessidades individuais e coletivas que se expressam por meio das desigualdades socioeconômicas e culturais (VASCONCELOS; PASCHE, 2014).

As diretrizes e princípios que fundamentam o SUS, alimentam um ideal na garantia dos direitos, na promoção de melhores condições de acesso, na abrangência dos cuidados em saúde, bem como na valorização das pessoas e de suas participações. Os conceitos envolvidos em cada diretriz e princípio tratam de alicerçar as ações a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde atentando-se para a realidade individual e/ou coletiva da população. Cabe destacar que a participação da comunidade, princípio constitucional que orienta a construção desta dissertação, foi um dos elementos estruturantes do sistema nacional de saúde, sendo considerada um dos pilares do SUS (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

A ação proposta com esta diretriz visa a atuação dos usuários do sistema em uma constante busca pela valorização dos espaços sociais, promovendo a democratização no atendimento às necessidades e demandas de saúde. Uma diretriz que “traduz o anseio de atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política nas três esferas de governo” (VASCONCELOS; PASCHAL, 2014, p. 567).

O diálogo entre usuários, gestores e profissionais de saúde é um fator determinante na materialização da participação, em uma rede de atenção descentralizada, hierarquizada e regionalizada, princípios estes que orientam a atuação e o direcionamento dos usuários no sistema, tendo em vista a distribuição dos serviços de maneira ampla em todo território nacional.

Uma abordagem político-administrativa que destaca o comando único como tentativa de garantir a observância de um princípio comum: a autonomia dos governos na elaboração de suas políticas próprias (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012), dando ênfase às situações encontradas em cada território. Entende-se que a descentralização é um dos princípios operacionais que orienta a organização do sistema de saúde, dividindo as responsabilidades entre municípios, estados e governo federal. Associada ao comando único de cada esfera de governo, este princípio

reforça a importância de municípios e estados na execução da política de saúde, as quais são desenvolvidas e elaboradas, pelas secretarias de saúde municipal e estadual e pelo Ministério da Saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A partir desta proposta foi instituída a municipalização, considerada uma das mudanças mais significativas e que atribui ao município a prestação direta da maioria dos serviços de saúde ofertados à população. As diretrizes organizativas do SUS visam imprimir racionalidade e efetividade no funcionamento do sistema, sendo a descentralização, hierarquização, territorialização e participação comunitária as mais relevantes.

A fim de suprir a necessidade de organização e operacionalização nos municípios, a partir do princípio da descentralização, foram criadas entre os anos de 1991 a 1996 as Normas Operacionais Básicas (NOB), apresentadas resumidamente no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Norma Operacional Básica (NOB) dos Anos 1991/1992/1993/1996.

Norma operacional	Edição	Principais características e objetivos
NOB/91	Resolução n. 258 de 07 de janeiro de 1991 Reedição em 17 de janeiro de 1991	Prover instruções para a implementação e operacionalização do SUS em conformidade com a Lei nº 8080/90; estabelece as condições para financiamento das ações nos estados e municípios, em especial a criação de conselhos de saúde como requisito para receber recursos financeiros
NOB/92	Portaria n. 234 de 07 de fevereiro de 1992	Normatizar, estimular e dar forma concreta ao SUS e aos seus instrumentos de operacionalização para a efetivação dos preceitos constitucionais
NOB/93	Portaria n. 545 de 20 de maio de 1993	Definir de maneira clara a reponsabilidade das três esferas de governo, regulando o processo de descentralização e estabelecendo os mecanismos de financiamento
NOB/96	Portaria n. 2203 De 05 de novembro de 1996	Última a ser aprovada, tendo em vista a promoção e consolidação do exercício do poder público municipal; redefine as responsabilidades do estado e da união, com vista a aperfeiçoar a gestão dos serviços e determinar que o município se torna o responsável imediato pelo atendimento das necessidades de saúde e sanitárias de seu povo e de seu território.

Fonte: BRASIL, 2011

Nota: Dados trabalhados pela autora.

Em continuidade às regulamentações organizativas do SUS, foi instituído o Pacto pela Saúde no ano de 2006, implementado com a perspectiva de superar as dificuldades que os gestores apresentavam com relação à execução dos princípios do SUS. A proposta estabelecida com o Pacto define as prioridades e o comprometimento que cada gestor deveria assumir em relação à saúde da população,

tendo como base os princípios constitucionais do SUS, articulando e integrando seus três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, (BRASIL, 2006).

Com compromissos sanitários elaborados a partir de uma análise da situação de saúde e com propostas que tinham em vista a defesa e a valorização do SUS, o Pacto trouxe a possibilidade de promover prioridades com ações políticas em defesa da vida, de apropriação do SUS e de sua gestão. Apresenta-se como uma proposta que efetiva e estabelece as reponsabilidades de cada ente federado, tornando mais claro “quem deve fazer o quê”, fortalecendo a gestão compartilhada e avançando na definição da regionalização e descentralização (BRASIL, 2006).

Os critérios utilizados buscavam direcionar a responsabilidade sanitária de cada instância gestora, considerando as singularidades regionais, a estrutura de cada região sanitária, reiterando a participação e o controle social (Brasil, 2006). A conjuntura marcada pela pandemia da COVID-19 leva a reflexão sobre a necessidade de serem firmados novos pactos que respeitem a organização administrativa do sistema, tendo em vista a valorização do SUS e a defesa das ações elaboradas em função da realidade de estados, regiões ou municípios.

É preciso que a organização do sistema se estabeleça mais firmemente sob a expectativa de acesso universal, igualitário e ordenado com ações e serviços voltados a atender às demandas de saúde da população. A hierarquização entra neste cenário para orientar o deslocamento e a assistência à saúde em uma rede regionalizada de acordo com a complexidade dos serviços.

As orientações estabelecidas a partir da hierarquização conduzem o atendimento às demandas de saúde da população e constitui os serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial como as principais portas de entrada ao sistema de saúde. A continuidade da assistência é garantida por meio dos serviços de atenção hospitalar e ambulatorial especializados, referenciados pelas portas de entrada, assegurando ao usuário a continuidade do cuidado em saúde em todas as modalidades de atenção da Rede (BRASIL, 2011).

Marcados por diferentes formas de gerenciamento com combinação de tecnologias, os sistemas de saúde se orientam por meio de modelos de atenção, que são uma “espécie de lógica ou racionalidade” que norteiam os modos de organizar as ações de saúde (PAIM, 2012, p. 463). Como estratégias de atuação diante das

realidades distintas vivenciadas em um país, os modelos de atenção à saúde adentram aos sistemas de saúde influenciando e definindo as estruturas que serão implementadas para resolução dos problemas.

Lobato e Giovanella (2012) consideram que os sistemas de saúde têm se instituídos através de modelos de atenção que geralmente se formam por estruturas, componentes e características a depender do grau de influência e intervenção do Estado sobre a saúde das pessoas. São respostas sociais relacionadas às necessidades de saúde, operando em coerência com a situação sanitária, no sentido de atender às condições sociodemográficas específicas (MENDES, 2011), de maneira a integrar as ações objetivando maior e melhor efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade.

Por outro lado, a dinâmica de um sistema de saúde é caracterizada pelas funções e relações que se estabelecem entre seus componentes, resultando em serviços, que determinam o desempenho do sistema. Os resultados, positivos ou negativos, nas condições de saúde da população e a abrangência da prestação de serviços depende da escolha do modelo de atenção a ser adotado pelo país (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

No Brasil, o modelo de atenção que prevalece tem suas bases no processo de hierarquização, no fortalecimento da participação popular, com foco no atendimento da população em redes de atenção que tem como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde. Uma proposta que tem como prioridade a valorização das pessoas e dos territórios, tendo em vista consolidar a participação popular na resolução de problemas, promovendo ações cada vez mais próximas das pessoas e de suas demandas.

Os saberes que compõem as concepções de participação revelam que o ato participativo se constitui como alicerce de sistemas mais voltados para as pessoas e suas necessidades. Com esta perspectiva, busca-se pela compreensão dos processos e estratégias que elevam a sociedade, identificando as diversas faces da ação participativa.

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ESTRATÉGIA PARA CONSOLIDAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Após a implementação do SUS, uma série de programas, estratégias e ações foram desenvolvidas para que o sistema funcione de maneira mais efetiva no atendimento às demandas de saúde da população. Dentre estas iniciativas, destaca-se o processo de mudança no modelo de atenção à saúde com enfoque na Atenção Primária à Saúde, orientada a partir de declaração resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma-Ata, na então República Socialista Soviética do Cazaquistão, no ano de 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978).

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) expressada pela declaração de Alma-Ata tem um caráter mais abrangente, pois a considera como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades. A APS assume um papel de cooperação entre outros setores, no sentido de promover o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde de maneira mais ampla, considerando os aspectos socioeconômicos de uma sociedade (GIOVANELLA; MENDONÇA 2012).

Um modelo de assistência baseado na APS traz uma nova forma de abordagem, assumindo e favorecendo o vínculo entre população e serviços de saúde. Na proposta de APS difundida no Brasil, considera-se que os serviços devem ser orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde, centrando suas ações na família, com competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (STARFIELD apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A APS foi compreendida e entendida como “uma forma de organização dos serviços que responde a um modelo de atenção com valores, princípios e elementos próprios” (BRASIL, 2011, p. 19). Segundo Starfield (2002), a APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar, organizando e racionalizando o uso dos recursos, e ainda, assumindo papel de integradora, influenciando as pessoas a darem respostas a seus problemas de saúde.

As características da APS são diferentes, a depender do sistema e dos serviços de saúde onde este modelo é implantado, sendo a estrutura, os processos e os

resultados individuais influenciados pelo ambiente social, político, econômico e físico (STARFIELD, 2002). A forma como o sistema de saúde se constitui pode estabelecer as bases iniciais para escolha do modelo de atenção pautado na Atenção Primária.

Starfield (2002) afirma que os elementos estruturais e de processos relevantes à atenção primária, como acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva, continuidade, utilização de serviços pela população e reconhecimento de problemas de saúde, podem fortalecer um sistema de saúde. Outra utilidade destes elementos é o de medir a competência e o alcance dos atributos da Atenção Primária que são atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Como potencializadores da APS, estes atributos orientam as ações junto aos usuários e colocam as possibilidades para promover atendimentos e serviços mais apropriados à população. A atenção ao primeiro contato está relacionada ao acesso dos indivíduos aos serviços, a partir de sua utilização; a longitudinalidade liga-se à regularidade da atenção e à garantia do cuidado ao longo do tempo, identificando a população a ser atendida; integralidade refere-se aos arranjos realizados para que os usuários recebam todos os tipos de serviços que intensifiquem a resolução dos problemas seja de ordem funcional, orgânica e social; e a coordenação aborda questões sobre a continuidade da assistência (STARFIELD, 2002).

De acordo com o documento de posicionamento sobre a renovação da Atenção Primária da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2007), os sistemas de saúde baseados em APS têm-se consolidado por meio de características que estão relacionadas à uma abordagem irrestrita e abrangente de organização e operacionalização, tendo como meta o mais alto nível de saúde, aumentando a solidariedade e a equidade. Estas características consideramos princípios da APS em resposta às necessidades de saúde das pessoas, fomentando a qualidade, a responsabilidade governamental, a justiça social, a sustentabilidade, a participação e a intersetorialidade.

Conforme tal documento, o sistema de saúde baseado em APS é composto por um conjunto de elementos funcionais e estruturais, que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços de saúde, dando ênfase à prevenção e à promoção da saúde. Tendo como base para seu planejamento a família e a comunidade, desenvolve mecanismos que favorecem a participação e as ações intersetoriais com foco nos determinantes de saúde.

Neste sentido, ao firmar um sistema de saúde na APS, entende-se que é necessário analisar os valores sociais e envolver a participação de cidadãos e formuladores de políticas em um processo articulado de definição de prioridades (OPAS, 2007). Como uma engrenagem que se movimenta dando sentido a determinado objeto, a Atenção Primária assume o papel primordial na busca por atender as pessoas, unindo valores, princípios e elementos essenciais (Quadro 2), para o desempenho de ações de saúde acessíveis e resolutivas.

Quadro 2 - Valores, Princípio e Elementos da Atenção Primária à Saúde.

VALORES	PRINCIPIOS	ELEMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> - Direitos ao mais alto nível de saúde e legalmente definido; - Equidade como alicerce nos valores sociais; - Solidariedade como ação coletiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de responder às necessidades de saúde, mantendo a centralidade nas pessoas; - Serviços orientados à qualidade; - Responsabilização dos governos; - Justiça social; - Sustentabilidade; - Participação; - Intersetorialidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura e acesso universal; - Primeiro contato, sendo a principal porta de entrada do sistema de saúde; - Atenção integral, integrada e contínua; - Orientação familiar e comunitária; - Ênfase na promoção e prevenção; - Mecanismos de participação; - Marco político, legal e institucional sólido; - Políticas e programas pró- equidade; - Gestão e organização dos recursos; - Ações intersetoriais.

Fonte: OPAS, 2007.

Nota: Dados trabalhados pela autora.

Um sistema de saúde que tem a APS como norteadora de seus serviços compreende a necessidade de ter uma abordagem que considera os condicionantes sociais e as inter-relações com o desenvolvimento do país (MENDONÇA; MATTA; GONDIN; GIOVANELLA, 2018). Uma proposta que, para além das medidas interventivas, passa a considerar os espaços de desenvolvimento das comunidades em que a APS estiver inserida.

Durante o processo de consolidação da APS no Brasil adotou-se o termo Atenção Básica com o entendimento de que ‘básico’ está relacionado ao sentido de “essencial, primordial, fundamental”, distinto de primário, que pode remeter ao significado de “primitivo, simples, fácil e rude” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Ainda que a expressão Atenção Básica tenha sido amplamente utilizada em leis e portarias, o uso do termo APS é válido uma vez que suas bases consideram as estratégias de ação voltadas para as pessoas, tendo em vista os espaços para o desenvolvimento das comunidades.

Feitas estas observações, a construção desta dissertação pauta-se na possibilidade de utilização de ambos os termos, considerando-os similares e/ou correspondentes, pois mesmo que estes apresentem definições diferentes, sua utilização por vezes se inter-relaciona, assumindo o papel de primeiro nível de atenção à saúde. Contribuindo com esta perspectiva, Giovanella e Mendonça (2012, p.520) afirmam que “a saúde da família deu a APS, no Brasil, um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS”.

Tais considerações remetem a aplicabilidade do termo APS ao Programa Saúde da Família (PSF), uma vez que este programa se orienta pela lógica da centralidade na família, estabelecendo a comunidade e as necessidades das pessoas como essenciais. Com diretrizes operacionais baseadas na APS, a implementação da Saúde da Família no Brasil guarda características de uma estratégia de ação a ser efetivada em conformidade com as necessidades e realidades regionais, municipais e locais (BRASIL,1997).

1.2.1 Política Nacional de Atenção Básica e a Saúde da Família

Implantado em 1994 como proposta para contribuir com a reorientação do modelo assistencial, o PSF, por meio da Atenção Básica e em conformidade com os princípios do SUS, imprime uma nova dinâmica às unidades de saúde. As prerrogativas deste programa consideram a atuação ativa da população em uma construção conjunta das ações a serem realizadas no território, na perspectiva de valorização dos espaços sociais previamente constituídos.

São características como estas que marcam um novo modelo de atenção, capazes de compreender a realidade de vida, de proporem ações resolutivas e aptas para atender a todos de maneira mais coesa. Configura-se como uma proposta que fortalece o vínculo entre comunidade e serviço de saúde, considerando as pessoas como parte do processo de construção das ações de saúde e tendo em vista que “a participação transforma as pessoas em parceiros ativos na tomada de decisões sobre recursos, definições de prioridade e garantias de responsabilização” (OPAS, 2007, p. 11).

Ao instituir a Saúde da Família, o governo, de forma estratégica, ultrapassa “as limitações temporais e a baixa amplitude inerentes à definição de um programa

setorial de saúde”, e passa a estruturar o sistema público redirecionando as ações de saúde, reafirmando e consolidando os princípios do SUS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA; SILVA, 2014, p. 861). Uma lógica de pensamento que permite ampliar as concepções de saúde, valorizando os aspectos mais profundos das representações sociais inseridas na realidade de um território e/ ou comunidade.

A expansão de ações voltadas para o atendimento à saúde, como no caso da Saúde da Família, expõe o desafio de assumir o paradigma da determinação social da doença, organizando os serviços e o sistema em função das necessidades das pessoas. Ao reformular prioridades, a Atenção Básica passa ser uma estratégia para reorientação do modelo de atenção, operacionalizada por instrumentos normativos, tendo em vista a organização, expansão e financiamento do sistema público (HERMANN; MENDONÇA, 2005).

A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida no PSF, respalda a participação popular e coopera com a expressão das necessidades de saúde da população, sendo uma referência no exercício do controle social como um direito de cidadania (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Desta maneira, o referido programa vem reforçar a proposta de atenção voltada às demandas de saúde, levando em conta os processos de fortalecimento da ação participativa.

A participação passa a fazer parte do processo de trabalho das equipes, aproximando-se cada vez mais aos princípios da APS e fortalecendo a ligação das pessoas aos profissionais e serviços de saúde. Tais características marcam um novo rumo da atenção à saúde na compressão da realidade de vida, propondo ações resolutivas e capazes de atender a todos.

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde estabelece e edita em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que em sua primeira versão ampliou a concepção de atenção básica, incorporando os atributos da APS e colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Esta regulamentação considera a importância do PSF para a consolidação da participação dos usuários, representada por uma atenção contínua e completa, cada vez mais perto das pessoas.

Ao considerar o sujeito, suas singularidades e complexidades, a PNAB, introduz o pensamento sociocultural visando a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou sofrimentos que

comprometam as possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006). Um pensamento que além de considerar as pessoas, permite lançar possibilidade de valorizar os espaços de convivência, apoiando o desenvolvimento dos territórios e utilizando os recursos neles contidos para resolução de problemas evidenciados.

Ao destacar a Saúde da Família como estratégia primordial para a organização da Atenção Básica, esta política fortaleceu as experiências anteriores e estabeleceu os parâmetros para o desenvolvimento de ações que atendessem as necessidades reais da população, passando o PSF a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Com esta expectativa, espera-se que os profissionais que atuam na Saúde da Família se disponham a ir em busca das pessoas procurando entender sua rotina de vida, mantendo uma atitude de valorização do pensamento popular e conseqüentemente fortalecimento da participação popular em saúde.

Por meio do entendimento das representações sociais dos usuários sobre a sua participação, busca-se compreender a importância da aproximação com a realidade a fim de contribuir de forma eficaz na resolução dos problemas de saúde de uma população. Cabe à ESF oferecer resposta positiva aos problemas de saúde, desenvolvendo a responsabilização entre equipes e população a fim de garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado por meio da construção do vínculo nas relações entre usuários e trabalhador da saúde (BRASIL, 2011).

Giovanella e Mendonça (2012) afirmam que a participação do usuário é essencial para o bom andamento da estratégia no seu território de abrangência. Neste sentido, a ESF, por estar inserida em um território previamente estabelecido, se constitui como modalidade de atenção capaz de fortalecer o direito à participação e evidenciar a realidade das pessoas, sua dinâmica de vida e as necessidades dos grupos que eventualmente se formam.

As características reservadas a Saúde da Família, consideram-na uma estratégia de ação marcada pela reorganização das rotinas, substituindo as unidades básicas de saúde tradicionais por unidades básicas de saúde da família com equipe multiprofissional composta de agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro e médico (BRASIL, 1997). Uma proposta que para além da cura de doenças e melhora da situação de saúde da comunidade, procura

encontrar meios para o desenvolvimento social, propondo ações para o atendimento e resolução de problemas que levam ao adoecimento.

O trabalho desenvolvido na perspectiva de atuação das equipes, com forte apelo para realização de ações na comunidade leva em conta os espaços disponíveis e as pessoas. A fim de dar maior suporte ao atendimento da população, a atuação dos profissionais em unidades de saúde volta-se para atender os indivíduos em seu contexto social, valorizando o envolvimento com os problemas de saúde de cada território.

Trata-se de uma orientação que busca entender os sentimentos e pensamentos com respeito, em um processo contínuo de aceitação do outro, orientando as ações de saúde mais apropriadas para cada realidade. Os profissionais inseridos nestas equipes são responsáveis pelo cadastramento e adscrição da clientela, ao mesmo tempo que reconhecem o território e realizam o diagnóstico situacional da comunidade sugerindo ações e atividades variadas conforme a necessidade local (BRASIL, 1997).

Os avanços na reorganização dos serviços de saúde, implementados para dar conta de tais mudanças, visam a inserção de técnicas que, quando desenvolvidas, transformam os espaços no sentido de acolher, atender e ouvir. Vale destacar que a atuação na Saúde da Família ultrapassa os limites da técnica e do pensamento individual, fortalecendo interesses comuns em prol de uma assistência voltada para as pessoas e para as comunidades em que vivem.

A proposta de atuação dos profissionais nesta estratégia determina o desenvolvimento de ações que promovam a intersetorialidade e a integração entre os vários níveis de atenção na rede, priorizando a saúde da população de maneira atualizada e própria para cada situação. Salienta-se que a valorização das pessoas é estimulada, a fim de envolver os usuários no planejamento, avaliação e acompanhamento das ações desenvolvidas pela equipe no território (BRASIL, 1997).

Junto a equipe de saúde da família está a equipe de saúde bucal com a presença de odontólogos, técnicos em saúde bucal (TSB) e/ou auxiliar em saúde bucal (ASB) realizando o atendimento odontológico e complementando as ações desenvolvidas pelo demais profissionais. A partir da PNAB 2017, admite-se incorporar à equipe básica os Agentes Comunitários de Endemias e o Gerente de Atenção Básica.

As atribuições destinadas aos profissionais que atuam nesta estratégia dividem-se em dois grupos distintos: o das atribuições comuns para todos os membros da equipe e o das atribuições específicas para cada profissional. Destacam-se, nestas funções, a mobilização da comunidade, o estímulo à participação e a viabilização do controle social na gestão da unidade de saúde (BRASIL, 2017).

A partir desta perspectiva, é atribuída aos profissionais uma nova rotina que reconhece “o direito de cidadania”, “a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde”, identificando o “risco social e epidemiológico do território” (HERMANN; MENDONÇA, 2005, p. 489). Analisar as representações dos usuários sobre sua participação se torna relevante, uma vez que se reconhece as pessoas como cidadãos capazes de intervir nos serviços, influenciando na necessidade do aumento da oferta e contribuindo com o crescimento do setor saúde.

A rearticulação de forças sociais expressas a partir da expansão da Saúde da Família revela a dimensão política desta estratégia que ainda garante direitos aos usuários, não como consumidores, mas como cidadãos (HERMANN; MENDONÇA, 2005). Uma perspectiva que permite considerar as diversas possibilidades de participação popular, assumindo a magnitude de todas as iniciativas de atuação das pessoas junto aos serviços de saúde.

Fica evidente que a presença da sociedade, através de seus representantes, na elaboração de políticas públicas para atender a demanda de saúde da população é um movimento que não pode parar. Por esse motivo, apresentam-se as possibilidades para participação do usuário a partir dos espaços institucionalizados e formalmente garantido por lei. Tendo em vista promover o encontro de representantes capazes de expressar as necessidades prementes do povo, estes canais são colocados à disposição da população a fim de se tornarem espaços de resolução de problemas.

1.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO – CANAIS DE PARTICIPAÇÃO

Ao promover uma nova dinâmica de democratização pública, a participação vem se materializar com a instituição de Conselhos e Conferências de Saúde como instâncias regulatórias de controle social integrando a participação popular em saúde. Regulamentadas pela Lei n.º 8142 de 28 de dezembro de 1990, tais instâncias participativas instituem uma nova forma de atuação da sociedade junto aos serviços

de saúde, orientando ao Estado as formas de gerir as ações voltadas para a população.

A participação popular em saúde legalmente garantida pela atuação de Conselhos e Conferências de Saúde (ESCOREL; MOREIRA, 2012) é ainda fortalecida pela atuação e implementação de Ouvidorias da Saúde as quais foram estabelecidas para atender a um princípio constitucional e garantir a possibilidade de atuação do cidadão nas ações do Estado. Em certa medida, a capacidade de atender as demandas de saúde passam por um processo de colaboração intermediada por espaços destinados à participação, em ambientes que ao serem introduzidos na realidade das pessoas, tornam-se parte de um conjunto de mecanismos que visam implantar um conceito mais voltado para atuação dos usuários junto aos serviços, os quais são abordados na sequência desta construção.

1.3.1 Conferências de Saúde

Com relação às Conferências de Saúde, as regulamentações inseridas na Lei n.º 8142 de 28 de dezembro de 1990 abordam as orientações sobre sua realização e propõe reuniões a cada quatro anos, contando com a presença de representantes de segmentos da sociedade. Apesar dos desafios enfrentados, ao se implementar este formato para atuação das Conferências, a Lei dispõe que a representação dos usuários deve acontecer de forma paritária, sendo organizada por meio de regimentos específicos em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

A presença da sociedade na Conferência de Saúde marca a inserção de uma nova perspectiva, tendo em vista garantir debates apropriados para os problemas enfrentados pela população brasileira. Segundo Carvalho (2014, p. 100), “a Conferência não é qualquer assembleia”, pois as opiniões e questionamentos abordados devem ser conduzidos de maneira a produzir conteúdo relevante em um processo contínuo de participação e representatividade.

Destaca-se que a nova concepção para realização de Conferências de Saúde em nível nacional foi estabelecida na 8ª CNS e firmada com a 9ª CNS, em um processo que demonstra sua capacidade de articulação, organização e compromisso com a participação. As etapas para a realização de Conferências foram marcadas pela complementariedade e sustentação técnica e política, em que as ações a nível

municipal, estadual e nacional, tivessem constante apoio da comissão nacional em relação aos municípios e estados, e destes com a comissão nacional (BRASIL, 1992).

As propostas elencadas a partir das Conferências de Saúde remetem à relevância da participação popular enquanto ferramenta de atuação dos usuários do SUS junto aos serviços de saúde. A partir desta prerrogativa entende-se que, ao participar, a população estabelece a criação de vínculos mais duradouros, capazes de promover mudanças nas questões de saúde de um povo ou nação.

As lutas que se travaram para manutenção deste novo formato estimularam a municipalização, levando para plenária os resultados advindos de reuniões realizadas com sindicatos, associações, entidades, igrejas, prestadores de serviços e profissionais, retratando a realidade com enfoque na saúde e na qualidade de vida. As tentativas para modificar o regimento das conferências e o questionamento sobre a atuação dos usuários eram constantes, mas tais desafios fortaleceram a capacidade deste mecanismo com a democratização da saúde, assegurando a atuação dos usuários como sujeitos ativos na formulação de propostas (BRASIL, 1992).

Como mecanismo de participação consolidado, as Conferências, ao acontecerem a cada 4 anos, se estabelecem como um fenômeno de maior expressão no exercício da democracia. Abordando temas voltados para a gestão, organização dos serviços de saúde, resgate de valores e direitos, financiamento e recursos humanos, a Conferência de Saúde também contribuiu com a garantia da autonomia e da qualificação dos serviços no SUS (BRASIL, 1998).

Por meio de discussões sobre acesso, qualidade e humanização na Atenção Básica à Saúde, as deliberações das Conferências reafirmam a participação popular e promovem a transição entre construção e efetivação do SUS e do controle social. A Saúde da Família também entra neste contexto quando se observam os debates voltados para a territorialização e reponsabilidade sanitária articulada a demais níveis de atenção na promoção de uma assistência mais resolutiva e universal (BRASIL, 2002).

A legitimidade deste mecanismo de participação é garantida por meio de um processo complexo de organização liderado pela plenária do Conselho Nacional de Saúde. De forma madura, consciente e comprometida, reafirma as diretrizes constitucionais e o direito de cidadania e segue sempre com o propósito de ter cada vez mais pessoas participando e atuando junto ao SUS (BRASIL, 2004).

Com base na mobilização e na expectativa de maior participação da sociedade, as Conferências têm sido realizadas com a proposta de refletir sobre os anseios da população, tendo em vista a saúde e seus determinantes sociais. Os encontros promovidos até o momento abordaram assuntos como a intersetorialidade, a inversão do modelo de atenção, a regulamentação do financiamento do SUS, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública, em um processo que visa estabelecer a manutenção da política pública de saúde com foco na seguridade social e na participação da sociedade como forma de efetivar e concretizar o direito humano à saúde (BRASIL, 2008).

A relevância atribuída à Conferência está também na aprovação de propostas para consolidação da APS enquanto porta de entrada principal do sistema, sendo fortalecida pela a implantação de equipes de saúde da família conforme as características de cada território (BRASIL, 2012). Em busca de melhorias, os grupos de trabalho atuantes nas plenárias procuram acolher e garantir o caráter democrático com orientações que promovam a participação popular, mesmo que o ambiente político seja desafiador e pouco adepto a presença das pessoas nos processos decisórios.

As propostas elencadas a partir das Conferências de Saúde remetem à relevância da participação da comunidade enquanto ferramenta, entendendo que o usuário ao participar, pode estabelecer vínculos mais duradouros, capazes de promover mudanças nas questões de saúde. Os caminhos trilhados por este mecanismo de participação popular traduzem o forte apelo para a promoção de estratégias mais abrangentes e resolutivas no atendimento as necessidades da população.

1.3.2 Conselhos de Saúde

Fortalecido pelas Conferências de Saúde e regulamentado pela Lei n.º 8142 de 28 de dezembro de 1990, o Conselho de Saúde é um espaço significativo de construção e manutenção do sistema de saúde público e universal. Segundo Labra (2005, p. 362), “os Conselhos de Saúde surgem como proposta para criação de canais de articulação entre sociedade e instituições do setor saúde, sendo parte da transformação da institucionalidade vigente materializado no SUS”.

Os Conselhos de Saúde vem sendo implementados tendo em vista a mobilização e a participação da população em defesa da vida e do bem-estar comum. Permeado por debates que, por vezes, envolve desdobramentos de um processo político, este mecanismo tem ao longo de anos se estabelecido e conquistado espaço, garantindo a efetividade do preceito constitucional relacionado à participação da comunidade.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a participação social estava garantida por meio de eleições diretas, plebiscitos, referendos e iniciativa popular. Neste contexto, as mudanças ocorridas nas questões ligadas à participação política no Brasil, das décadas de 70 e 80, influenciaram a ação de movimentos populares na área da saúde e transformaram a atuação destes conselhos no sentido de valorizar a participação popular na política brasileira. (ESCOREL; MOREIRA, 2012)

As alterações deste mecanismo participativo aconteceram após as deliberações da 8ª CNS e passaram a fazer parte de uma nova concepção voltada para atender as demandas de saúde da população (BRASIL, 2013). O relatório final desta Conferência institui a representatividade em um novo Conselho de Saúde composto por representantes do governo, bem como por entidades civis nacionais, tendo como principal objetivo acompanhar o desenvolvimento do SUS e a participação da sociedade no planejamento e fiscalização dos programas ligados à saúde (BRASIL, 2013).

A partir de orientações definidas pela Resolução n.º 33/92 e por recomendações feitas na 10ª e 11ª CNS, a escolha dos membros nos Conselhos de Saúde, seja em nível nacional, estadual ou municipal, deve ser fixada por meio de lei específica, com o número de conselheiros definido em plenária. Atendendo tal recomendação, os Conselhos são compostos por 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2003).

Segundo Carvalho (2014, p. 65) “quem tem acento próprio não pode ocupar o assento comum de usuário” [...] “se um segmento se infiltra dentro dos demais, automaticamente perde-se a independência das partes e conseqüentemente a paridade”. Neste sentido, é preciso manter rigoroso cuidado com a distribuição das vagas, entendendo a importância da representatividade envolvida neste cenário.

A correlação de força expressa por meio dos Conselhos de Saúde aponta para avaliações e momentos que podem ser positivos ou negativos, a depender da postura das autoridades no sentido de apoiar, mostrar-se indiferente ou rejeitar as ações deste canal de participação. A representatividade dos usuários por meio de conselheiros de saúde estabelece as potencialidades do controle social e evidenciam tais relações (LABRA, 2005).

Cabe destacar que o Conselho de Saúde não é um órgão subordinado ao Poder Executivo e tem autonomia para a efetividade de suas ações com uma composição que inclui a participação e a representação da população através de diferentes grupos sociais (BRASIL, 2013). De caráter permanente, sua existência é garantida por meio de sua atuação, sempre com base na deliberação sobre os deveres a serem cumpridos pelo poder público.

Aos Conselhos de Saúde reservam-se a prerrogativa de propor, acompanhar, avaliar e fiscalizar a implementação da política de saúde. Uma das características mais relevantes para este canal de participação refere-se à orientação para instituição de espaços democráticos, responsáveis por assumir as demandas evidenciadas nas Conferências, na perspectiva de fortalecer o controle social e a participação popular em saúde (BRASIL, 2003).

Com foco no direito, os Conselhos tornam-se essenciais para o desenvolvimento do sistema de saúde, constituindo-se parte de sua gestão e consolidação. Aponta-se que tais mecanismos de participação incentivam a mobilização e articulação da sociedade em defesa dos princípios constitucionais do SUS (BRASIL, 2003).

Os Conselhos de Saúde são órgãos federados, de características específicas, que em cada esfera de governo têm imprimido sua marca, atuando em resposta às demandas da sociedade. A relevância atribuída aos Conselhos concentra-se na disposição em aprovar projetos, propor critérios de qualidade, resolutividade, e também, acompanhara implementação das deliberações definidas em suas plenárias (BRASIL, 2003).

Sendo um canal independente, ao Conselho não se impõe responsabilidade de gestão ou execução de serviços de saúde, tarefa atribuída ao poder público (BRASIL, 2013). As características destinadas a este órgão de representação popular

dão conta de atender as propostas de implementação de caráter deliberativo e permanente.

Presentes em cada esfera de governo, devem atuar na “formulação de estratégias e controle de execução da política de saúde” (CARVALHO 2014, p.89). As diferentes interpretações destinadas a este mecanismo de participação vão desde a sua atuação na formulação de propostas e estratégias relacionadas as políticas públicas até ao entendimento de que os conselhos devem “intervir nas decisões e nos mecanismos básicos de gestão e gerência do sistema” (COSTA; VIERIA, p. 254, 2013).

Percebe-se que as mudanças e transformações ocorridas, as quais são referenciadas por meio de leis e decretos, atribuíram a este canal de participação a responsabilidade de desenvolver estratégias objetivando atender as demandas prementes. A atuação mais expressiva da população coloca em evidência o desejo em compreender as reais necessidades das pessoas e estabelecer a criação de uma relação social capaz de promover atenção de qualidade a todo cidadão.

1.3.3 Ouvidorias

A ação participativa abordada nesta dissertação condiciona proposições que consolidam a necessidade de atuação do cidadão junto aos serviços de saúde, na expectativa de atendimento às suas necessidades reais no local onde vivem. A capacidade de ouvir e entender as pessoas agrega-se a este cenário, tendo na Ouvidoria da Saúde um canal favorável de representação do pensamento comunitário, expresso pela individualidade em um processo participativo que permite a atuação de forma voluntária e constante.

Considerada o baluarte da democracia, as Ouvidorias Públicas foram instituídas a partir do reconhecimento do cidadão enquanto portador de direitos e deveres. A ligação entre Estado e sociedade, vivenciada a partir deste canal de participação, incrementa os processos participativos tendo em vista a justiça social, a legitimidade e a coerência com a realidade, em um diálogo contínuo na garantia da qualidade, utilização de recursos e oferta de serviços (BARREIRO; PASSONE; PEREZ, 2011).

A criação das Ouvidorias, de maneira geral, tem suas bases fundamentadas no art. 37 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre os princípios da

legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Em complemento a este artigo, o 3º parágrafo, firmado pela Emenda Constitucional N.º 19/1998, discorre sobre as formas de participação do usuário na administração pública, direta e indireta, através de reclamações relativas à prestação de serviços públicos tendo em vista assegurar a manutenção e avaliação periódica da sua qualidade.

A ação do usuário é evidenciada com este referido artigo, pois considera a importância de criar formas de atuação da sociedade junto ao Estado no sentido de promover a gestão dos serviços para melhor atender a população. Ainda que relacionada a reclamações, para Barreiro, Passone e Perez (2011), as Ouvidorias surgem como uma proposta de comunicação, participação e aprendizado sobre os direitos, colocando-se como mediadora na relação Estado e sociedade.

No âmbito da saúde, as Ouvidorias têm como missão viabilizar o direito do cidadão de ser ouvido e ter suas demandas pessoais e coletivas acolhidas adequadamente. A função destes canais de participação visa promover uma comunicação de qualidade tendo em vista a formação de confiança e colaboração mútua para o fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2014).

Para além das prerrogativas ligadas à participação em saúde, as Ouvidorias, enquanto canais democráticos de comunicação, prestam-se a firmar a qualidade do SUS frente à demanda de saúde da população. Tal ferramenta confere ao usuário a possibilidade de expor suas manifestações por meio de reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e/ou informações.

Atuando como resposta aos preceitos constitucionais, as Ouvidorias da Saúde são instituídas como canais de atendimento ao usuário do serviço público, garantindo a consolidação da participação e controle social. Sua implantação vem em resposta ao Decreto N.º 7. 508 de 2011, organizada e planejada em função de atender ao Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP).

Dentre as competências fundamentais de uma Ouvidoria do SUS, pode-se elencar a capacidade de receber, examinar e encaminhar as demandas dos usuários, articulando-se às áreas administrativas e técnicas para garantir instrução e resposta correta, objetiva e ágil, e manter o cidadão sempre informado sobre o andamento e resultado de sua manifestação. As atividades realizadas também propõem emitir relatórios a fim de tornar pública suas ações, tendo em vista facilitar o acesso do cidadão às Ouvidorias. Da mesma forma visam informar, sensibilizar e orientar os

usuários sobre participação e controle social, sempre evidenciando seus direitos e deveres (BRASIL, 2014).

Cabe destacar que mesmo a individualidade nas manifestações possibilita a elaboração de indicadores abrangentes, sendo que as Ouvidorias podem “sistematizar as demandas” a fim de oferecer “suporte estratégico” para a gestão, contribuindo com o aperfeiçoamento dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2014, p. 22). Diante de tais prerrogativas, afirma-se que a este canal de participação reserva-se também a característica da disponibilidade de acesso livre à todas as pessoas.

A capacidade de ouvir relacionada à Ouvidoria é um caminho a ser trilhado e um desafio a ser vencido, pois “para se cumprir o propósito de ouvir, toda instituição [...] deve estar preparada para escuta qualificada e que permita compreender os anseios e expectativas do cidadão” (VISMONA, 2011, p. 38). A atuação deste canal de participação seja em nível Federal, Estadual e/ou Municipal, visa garantir ao usuário a possibilidade de manifestar seus anseios em busca de melhores condições de saúde.

Com orientações vinculadas à defesa da vida, este canal de participação reconhece o cidadão enquanto sujeito de direitos, tendo em vista a preservação de sua autonomia e o resguardo das informações manifestadas sempre com zelo, objetividade e imparcialidade. A atuação de forma humana garante a identificação das carências de uma sociedade com ética e transparência, a fim de aprofundar as condições de valorização das pessoas e de seus territórios (BRASIL, 2014).

Em certa medida, a necessidade do cidadão de ser ouvido torna-se uma opção na solução de conflitos, sendo a voz seu principal instrumento para registrar sua insatisfação ou tentativa de influenciar mudanças em determinada situação (VOLPI; FORNAZARO; SAMPAIO, 2011, p. 83). Para os autores, uma das principais ferramentas da Ouvidoria deve ser a boa comunicação no sentido de restabelecer o diálogo e entender as diferentes opiniões e interesses.

A partir do reconhecimento do cidadão como sujeito de uma ação é possível identificar a premência em inserir as pessoas nos espaços participativos, tendo em vista a transformação da realidade como um ato real e verdadeiro. Neste sentido, a condição de protagonismo é assumida e as ações impostas passam a ser analisadas levando em conta a importância de se comunicar de maneira efetiva e fiel, fortalecendo o conhecimento (VISMONA, 2011).

Mais que um “canal de comunicação para receber reclamações, a Ouvidoria torna-se um agente facilitador e mediador da transformação social ao conjugar as éticas do cidadão, da sociedade e do Estado” (BARREIRO; HOSSNE; SOBRINHO, 2011, p. 75). Como espaço privilegiado de ação social, este canal de participação permite a parceria com o Estado no sentido de facilitar a atuação um do outro, e, valorizar e defender os direitos humanos com ética e seriedade (CARDOSO, 2010).

A posição assumida pelas Ouvidorias constitui-se em uma estratégia de ação que envolve as relações sociais e as representações que cada pessoa tem sobre a sua participação. Considera-se que este mecanismo de participação enquanto mediador de desacordos, assume também o papel de facilitador do diálogo em busca de soluções pacíficas aos problemas manifestados (VOLPI; FORNAZARO; SAMPAIO, 2011).

De acordo com Cardoso (2010, p.9), as Ouvidorias desempenham dois papéis, “o de servir de meio de participação direta, permitindo o controle social; e o de auxiliar a renovação da sociedade civil, a partir da confiança e do respeito”. A partir deste instrumento, a cidadania emerge e as pessoas passam a considerar a possibilidade de mudança agindo em função de reconstruir e garantir valores que consolidem a democracia.

Tal consolidação surge da proposta que visa garantir direitos e promover a execução de deveres, tendo em vista o bem estar e a oferta de serviços de qualidade com respeito e colaboração de forma humanizada. Como um espaço de democracia participativa e representativa, as Ouvidorias são também consideradas locais de tratamento e prevenção de conflitos, em que os indivíduos são considerados parte da construção do desenvolvimento humano (IERVOLINO; ARMADA; MORAIS, 2011).

Os canais de participação instituídos ao longo dos anos no Brasil têm estabelecido o desenvolvimento de uma perspectiva que visa inserir o cidadão no processo de elaboração e constituição de políticas públicas. Amparados por decretos e leis, tais mecanismo permitem que a sociedade atue junto ao Estado, tendo em vista fortalecer e incrementar a ação participativa da população. Estas prerrogativas fazem parte de um processo de construção de conceitos, amparados e desenvolvidos por meio de pesquisas em documentos oficiais e literatura, além de consulta à sites governamentais e bibliotecas virtuais.

A concepção do aporte teórico aqui apresentado retrata a importância do Estado frente às demandas da população e recorre ao entendimento de que para se ter saúde é preciso promover a atuação da população na busca de melhores condições de sobrevivência. Com este pensamento apresenta-se na sequência a participação popular em saúde no município de Ponta Grossa, na perspectiva de reconhecer os aspectos mais relevantes em relação ao ato participativo dos usuários do SUS.

CAPÍTULO 2 PARTICIPAÇÃO POPULAR NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

Como parte do processo de caracterização do universo de pesquisa e dos sujeitos envolvidos para realização deste estudo, este capítulo apresenta dados sobre Ponta Grossa – PR, Brasil. São informações sobre a participação popular em seu território, apresentada por meio dos canais institucionalizados de participação popular em saúde e de características das unidades selecionadas para o estudo.

Visto como o maior entroncamento rodoferroviário do sul do país, tal município apresenta-se também como importante polo de desenvolvimento industrial e econômico na região (BALLESTRIN; BARROS, 2008). Seus limites territoriais estão compostos pelos municípios de Campo Largo, Carambeí, Castro, Ipiranga, Palmeira, Teixeira Soares e Tibagi, representados na Figura 1.

Figura 1 - Mapa de Localização Município de Ponta Grossa, 2020.



Fonte: IPARDES, 2020.

A importância deste município para desenvolvimento do setor saúde pode ser evidenciada pela constituição de mecanismos e canais de participação popular. Segundo o Plano Municipal de Saúde para o período de 2018 a 2021, os canais de participação, como Conselho, Conferências e Ouvidoria Municipal de Saúde foram

instituídos para fortalecer o exercício da democracia e do controle social, sendo essenciais para a melhoria da qualidade de vida da população.

Como estratégias indispensáveis no processo de desenvolvimento da saúde no município, estes canais têm promovido a consolidação do SUS e fortalecido a gestão participativa por meio da escuta, captando as necessidades da sociedade (PONTA GROSSA, 2017). Outro mecanismo de participação a ser apresentado neste capítulo é o Conselho Local de Saúde, instituído no município a partir da implementação das equipes de saúde da família (CATOIA, 2007).

O desenvolvimento de tais mecanismos é apresentado na sequência, tendo em vista identificar como a participação popular vem sendo tratada no município. As considerações aqui apresentadas visam reconhecer os elementos e os processos que permitem a inserção e atuação dos usuários como parceiros na tomada de decisão em relação à saúde individual e/ou coletiva.

2.1 CANAIS DE PARTICIPAÇÃO: CONFERÊNCIAS, CONSELHOS E OUVIDORIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Os canais de participação enquanto mecanismos deliberativos consolidam e incrementam as ações de saúde tornando-se parte de um contexto que procura incluir e renovar as expectativas sobre a participação popular. Tem por objetivo conhecer como a participação é entendida pelos usuários em Unidades de Saúde da Família, além de procurar identificar como o município tem incentivado a organização e institucionalização dos canais de participação.

Legalmente garantidos como mecanismo relevantes para a participação popular em saúde, as Conferências, Conselhos e Ouvidorias Municipais, permitem a atuação da população junto ao setor saúde (BRASIL, 1988). Uma perspectiva que remete à necessidade de verificar os principais aspectos referentes a estes instrumentos de participação e podem ser refletidos na rotina cotidiana das unidades de saúde.

Dentre os canais instituídos e utilizados para a atuação dos usuários, têm-se também, os Conselhos Locais que se constituem como espaços de diálogo entre comunidade e equipes de saúde. Estes conselhos têm o intuito de fortalecer o movimento dos usuários em defesa de melhores condições de vida e saúde, com a

possibilidade de participação de todos em busca do bem comum de uma comunidade (OLIVEIRA, 2015).

A atuação da população por meio de mecanismos como Conferência, Conselho e Ouvidoria é um fator de grande importância, porém é preciso reconhecer os empasses e dificuldades na efetivação de suas ações. As questões referentes a tais situações podem estar enraizadas e incutidas em um contexto social que é carregado ao longo da história, e se materializa em forma de submissão e opressão ainda na atualidade.

Tal proposição liga-se às concepções de Mendes e Sousa Santos (2018) quando discorrem sobre as relações de poder e saber presentes em uma sociedade. Para eles, os diferentes tipos de conhecimento adquiridos pelas classes e grupos sociais sofreram e sofrem com a destruição, opressão e discriminação causadas pelo capitalismo, colonialismo e paternalismo.

Junto a essas condições, soma-se as concepções ligadas ao clientelismo que se traduz pelo desenvolvimento de práticas que consideram os usuários do sistema de saúde como clientes, assumindo o atendimento às suas necessidades não como direito, mas como concessão, troca ou barganha (LABRA, 2009). Atentar para as demandas e condições referentes a participação do usuário é traçar um panorama em busca de possibilidades para entender o ato participativo.

Trata-se de uma proposta que vem ao encontro da necessidade de compreensão do outro como parte de um processo maior, em que estão envolvidas as relações sociais e as realidades que são construídas ao longo da vida. É evidente que parte deste pensamento se concentra na predisposição em assumir responsabilidades e na forma como a educação é recebida, pois teoricamente, as habilidades adquiridas são diferentes a cada novo compromisso e aprendizado.

Segundo Valla (1993, p. 61, 62) “as autoridades governamentais quiseram ou aceitaram maior participação da população na definição e realização das políticas públicas”, mas, na verdade, o que está em jogo “é um embate de diferentes forças da sociedade sobre o que se quer dizer quando fala de participação popular”. Os interesses e as forças políticas ou de qualquer outra natureza, de alguma forma estão inseridos nestes canais de participação e a proposta aqui é evidenciar brevemente alguns fatores mais relevantes e que influenciam diretamente a participação dos usuários.

A abordagem dos canais institucionalizados é necessária, uma vez que tais canais podem contribuir com a tomada de decisão das equipes e fortalecer o ato participativo de usuários junto às unidades de saúde, não apenas como reclamante e clientes, mas como parceiros constantes na tomada de decisão. Pretende-se com a apresentação do contexto municipal levantar as hipóteses para outras discussões, uma vez que esta dissertação tem como foco o usuário e como ele entende a sua participação no local em que vive.

2.1.1 Conferências Municipais de Saúde

Dentre os canais de participação presentes no município de Ponta Grossa está a Conferência Municipal de Saúde, que vem sendo realizada desde 1995 por iniciativa do Conselho Municipal de Saúde. Sendo instituída por normativas e regulamentações de decretos municipais, sua organização e realização seguem as orientações indicadas pela Conferência Nacional de Saúde, sempre vinculadas às ações do Conselho Municipal de Saúde (CANTOIA, 2007).

Com vistas a fortalecer o processo participativo, este mecanismo tem atuado por meio da apresentação de propostas voltadas para o atendimento das demandas de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Segundo Valla (1993), no Brasil, seria impossível materializar as políticas públicas e garantir os serviços básicos sem a pressão e atuação de forças ligadas a movimentos sociais e à população.

Entende-se que esta é uma interpretação que remonta a importância da participação dos usuários, tanto nos processos decisórios, como na deliberação ligada às Conferências Municipais de Saúde. Tal perspectiva considera primordial a presença do cidadão nos debates e encontros promovidos pelos organizadores deste evento, como a principal meta a ser alcançada.

Padronizada para ocorrer em nível nacional, estadual e municipal de 4 em 4 anos, a última Conferência realizada no município aconteceu no ano de 2019 e teve como desafio superar a baixa adesão dos segmentos de usuários registrada na Conferência anterior, no ano de 2015, que havia computado a presença de 47 usuários dentre os 178 participantes (PONTA GROSSA, 2019). As questões referentes à presença de usuário tornam-se relevantes, uma vez que o número de usuários participantes foi menor do que o necessário para atender as orientações legalmente instituídas.

Segundo a legislação que regulamenta tal mecanismo, 50% dos participantes usuários do sistema de saúde deveriam estar presentes nos debates promovidos por este espaço de participação. Porém, a realidade vivenciada está muito diferente do ideal. Tal fato leva a questionar o que estaria ocorrendo e porque as pessoas não estão participando de forma ativa: seria falta de interesse, incentivo ou mesmo motivação para assumir tamanho compromisso e responsabilidade que lhes é conferida?

Escorel e Moreira (2009) afirmam que os embates e obstáculos enfrentados pelas Conferências com relação ao segmento usuário, remontam o predomínio da burocracia, do clientelismo e da hierarquia de poder, sustentada por dilemas relacionados à exclusão de grupos não organizados na comunidade. Este fator preponderante, em muitos casos, poderia ser colocado como um dos motivos para a não participação dos usuários, pois as pessoas precisam sentir que realmente são importantes e que as suas opiniões serão consideradas.

É preciso vencer os desafios impostos por todo um contexto cultural e social, para que os esforços de realização deste fórum alcancem os resultados almejados. Em Ponta Grossa, o Conselho Municipal de Saúde, em parceria com a Fundação Municipal de Saúde, tem promovido a realização das Conferências iniciando o trabalho com pré-conferências, tendo em vista promover maior representatividade e participação dos usuários em um processo que demanda alto grau de comprometimento em prol de evidenciar a importância dos usuários diante dos mecanismos e canais de participação, e ainda, possibilitar a sua presença (PONTA GROSSA, 2015).

A partir desta realidade e com a perspectiva de aumentar o número de usuários para a 11ª Conferência de Saúde, foram realizadas cerca de 11 pré-conferências com o segmento usuário, mas os resultados não foram satisfatórios. Dentre os 100 usuários inscritos para participar dos debates somente 43 destes estiveram presentes, computando menos usuários que na conferência anterior (PONTA GROSSA, 2019).

A dificuldade aqui evidenciada leva a considerar que grande parte da população não tem conhecimento sobre a importância destes canais de participação para a manutenção dos serviços disponibilizados pelo SUS. Existe ainda a falta de integração de uma grande parcela da população, que devido a sua pobreza, pode

estar sendo considerada fora da sociedade ou marginalizada por sua condição, pois se não participa do consumo ou nem tem acesso a serviços básicos, como poderia entender a necessidade de lutar pela manutenção daquilo que não tem (VALLA, 1993).

A participação desigual nos espaços de discussão sobre políticas públicas é percebida neste cenário de ausência e expõe os problemas relacionados a participação popular que, segundo Valla (1993, p. 67), “implica em uma contradição: de um lado, legitima a política do Estado diante da população; por outro lado, significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública”. Diante desta situação, pode-se evidenciar o impacto da não participação dos usuários influenciando na formulação de políticas públicas, fazendo com que a problematização de situações de interesse popular seja mais voltada às iniciativas de aporte político, institucional e governamental¹.

A baixa participação dos usuários nas duas últimas Conferências em Ponta Grossa pode estar relacionada à percepção dos usuários em relação a falta de concretização prática das propostas elaboradas nos debates promovidos neste espaço. Os apontamentos feitos por Escorel e Moreira (2009) consideram ainda que os dilemas enfrentados por tal espaço de debates são priorizados pela burocratização e disputa de poder, envoltos pelo uso da linguagem formal que, distante da realidade da maioria das pessoas, que utilizamos serviços de saúde, promovem o desinteresse na possibilidade de participar.

Outra questão a ser ponderada refere-se à realização das Conferências mesmo sem a participação ativa dos usuários demonstrando um caráter mais formal para cumprimento de regras e decretos. De fato, esta colocação indica uma certa formalidade institucional, pois mesmo com uma baixa considerável na presença de usuários, tal Conferência foi realizada e contou com a presença de 194 participantes entre delegados, observadores e ouvintes/convidados (PONTA GROSSA, 2019).

Cabe destacar que por meio deste importante canal de participação popular, é possível valorizar os espaços para elaboração de propostas que atendam as demandas da população e promovam ações voltadas para as necessidades das pessoas. O fortalecimento das Conferências favorece os princípios democráticos e a

¹ Observa-se que estes espaços também podem ser utilizados por poderes políticos e interesses particulares em busca de seu próprio favorecimento, sem se importar com as demandas da população.

cidadania, porém, Carvalho (2014) salienta que os debates precisam ser regrados e orientados, para que o momento democrático não se torne desumano, ineficiente e antidemocrático.

Sendo este um dos caminhos para as reivindicações chegarem à Conferência Nacional de Saúde, em uma lógica ascendente de negociação, este canal deveria ser implementado de maneira efetiva. Os assuntos debatidos pelos segmentos ali representados devem atender de maneira ampla as necessidades locais, levando adiante somente questões relacionadas às outras instâncias (CARVALHO, 2014).

Cabe também observar que a diversidade das ações humanas não se apresenta de maneira rápida, nem mesmo no pouco tempo em que tais Conferências são desenvolvidas. É preciso que sejam reconhecidas as práticas informais de participação, as quais se desenvolvem no interior dos serviços de saúde por meio dos reclamos, sugestões e solicitações dos usuários.

2.1.2 Conselho Municipal de Saúde

Os Conselhos de Saúde atuando como instrumento para a efetivação dos mecanismos de participação popular em saúde são considerados órgãos colegiados de caráter permanente, vinculados ao poder público e compostos por pessoas que representam a sociedade. Em Ponta Grossa a implementação deste conselho aconteceu no ano de 1991, por meio da Lei Municipal Nº 4658/1991, que o instituiu e estabeleceu as providências para sua criação. O marco inicial das atividades deste canal de participação foi o dia 08 de março de 1992, quando se realizou a “reunião de constituição e instalação do 1º Conselho Municipal de Saúde” (CANTOIA, 2007, p. 104).

As determinações impostas ao Conselho Municipal de Saúde (COMSAÚDE) estabelecem suas funções no sentido de realizar ações de assessoria, consultas e fiscalização de assuntos relacionados aos serviços de saúde em Ponta Grossa. Reserva-se a este órgão a responsabilidade de propor estratégias para controle e execução de ações realizadas pelos serviços públicos, bem como participar do planejamento de atividades, sempre avaliando e supervisionando a atuação do SUS frente às demandas de saúde da população (PONTA GROSSA, 1991).

Atualmente o Conselho de Saúde em Ponta Grossa está localizado na Rua Balduíno Taques, 431 – Centro, 3º andar, junto a TV Educativa e conta com a

participação de 24 membros efetivos, sendo suas vagas distribuídas entre diversas entidades escolhidas na Conferência Municipal de Saúde. Tendo em vista a determinação de paridade, a seleção das entidades que compõem a plenária do COMSAÚDE define-se por 12 representantes de entidades vinculadas ao segmento usuários, 6 representantes do segmento trabalhadores, 3 vagas para o segmento prestadores de serviços e 3 vagas para segmento gestores que tem como representante a Fundação Municipal de Saúde e a 3ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

A representação do COMSAÚDE é feita pelas seguintes instituições:

Associação União das Mulheres dos Campos Gerais, Cooperativa Camponesa de Produção Agropecuária da Economia Solidária – Cooperas, Central Únicas dos Trabalhadores do Paraná, Instituto Cidade Viva de Ponta Grossa, União Brasileira de Mulheres, Movimento Popular do Estado do Paraná, Núcleo Sindical de Ponta Grossa (APP), Pastoral da Criança, Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Ponta Grossa e Região, Sindicato dos Trabalhadores nas Empresas de Reparação Veicular e Acessórios de Ponta Grossa, Sindicato do Trabalhadores no Comércio de Ponta Grossa, Sessão Sindical dos Docentes da Universidade Estadual de Ponta Grossa; Ficam no aguardo de vaga, 1ª vaga o Instituto de Mulheres em Ação e Desenvolvimento, na 2ª vaga Associação de Moradores do Conjunto Residencial Santa Maria (PONTA GROSSA, 2019).

As entidades ligadas a trabalhadores de setores industriais e de comércio, aparecem com maior quantidade representativa e os únicos segmentos diretamente ligado ao usuário fica na espera de uma vaga no conselho. Tal fato leva a considerar a presença marcante do associativismo que, para Gohn (2001, p. 62 e 63), “é muito peculiar, pois é motivado, de um lado, por um espírito de agregação comunitário, um “nós” que se traduz por uma identidade de interesses comuns”, mas por outro lado, é estimulado pela “busca de satisfação pessoal, pelo “eu”, por propósitos individuais”

O Conselho como um espaço de representação atua nos conflitos de ordem pessoal e coletiva e é preciso reconhecer a existência de favoritismo de um ou outro interesse. Como aponta Escorel e Moreira (2009, p. 232) esta esfera de participação envolve duplo mecanismo: “o da entidade, movimento ou instituição que representa os indivíduos e o do indivíduo que representa a entidade”.

Essa dualidade representada nos conselhos remonta a ideia de poder relacionada ao nível de conhecimento e de recursos de cada conselheiro, influenciando a burocratização e a desqualificação, fomentando impasses na

resolução dos problemas. As relações de poder que se formam no interior dos Conselhos Municipais de Saúde ultrapassam a lógica do bom relacionamento, tornando-o um campo de guerra em defesa de interesses alheios às necessidades dos usuários do serviço de saúde (SCOREL; MOREIRA, 2009).

Ao refletir sobre a atuação do Conselho Municipal de Saúde, busca-se evidenciar a relevância no envolvimento dos usuários, tendo em vista fomentar o desenvolvimento de ações voltadas para a possibilidade de atuação destes de maneira igualitária. A abertura de tais espaços para que cada vez mais pessoas participem, permite reconhecer a necessidade de tornar a representatividade mais eclética e diversificada.

Gohn (2001) aponta que o cenário da participação não tem sido gerado de forma espontânea e harmoniosa, em decorrência da herança de experiências anteriores e da vontade política, restringindo os Conselhos a espaços muitas vezes manipuláveis e compensatórios. Esta situação levanta a outra questão, também pontuada pela autora, e está relacionada à expressão de que a cidadania “não é uma engenharia de regras” e que o exercício da democracia é um processo e não pode ser balizado em nome da cidadania, pois trata-se de um movimento desenvolvido com o tempo, respeitando a diversidade e abrindo-se às identidades e articulações políticas apropriadas.

O Conselho de Saúde na esfera municipal é de extrema importância para a população, pois todas as decisões relacionadas às ações de saúde passam pela avaliação de seus membros. Dentre as qualidades atribuídas a este canal de participação está a possibilidade de intervir sobre as ações do Estado, no sentido de reconstruir os caminhos que levam à efetivação da cidadania (GOHN, 2001).

Posicionando-se na linha de frente em defesa da democratização, o COMSAUDE vem realizando suas atividades ao longo dos anos, tendo em vista as pessoas e suas necessidades. Tal afirmação é confirmada por meio da 2ª ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde realizada no ano de 2020, a qual revela que os conselheiros estão atentos às demandas e propostas vindas das pré-conferências de saúde (PONTA GROSSA, 2020).

Os processos ligados à realidade de vida das pessoas direcionam as proposições que remetem à necessidade de ampliação dos canais de participação disponíveis aos usuários do SUS, aumentando a construção de ambientes capazes

de transformar as concepções relativas ao contexto social. Os conselhos entram neste cenário como instrumentos de expressão, representação e participação, e se forem efetivamente representativos poderão imprimir um novo formato às políticas sociais (GOHN, 2001).

Segundo Gohn (2001, p.88), os conselhos são instituídos como mecanismos deliberativos e paritários, dentro de um “processo de gestão descentralizada e participativa”, porém sua atuação “têm assinalado e reafirmado o caráter apenas consultivo”, “restringindo suas ações ao campo da opinião, da consulta e do aconselhamento, sem poder de decisão ou deliberação”. Esta afirmação se confirma quando os conselhos, de forma geral, passam a colocar em votação nas suas plenárias, processos que, em muitos casos, já chegam prontos somente para sua aprovação.

Algumas observações também se fazem necessárias no que diz respeito a sua vinculação com o poder executivo. A partir das considerações feitas por Gohn (2001, p. 88, 89), tal ferramenta pode estar sendo utilizada como “auxiliar da gestão pública” e em alguns locais, “os conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal, e muitas vezes um instrumento a mais nas mãos dos prefeitos e das elites” em nome da comunidade, os quais se utilizam deste espaço para atender seus próprios interesses. Nesta situação é preciso cuidar para que o conselho não se torne apenas um formalismo institucional que tem como propósito a promoção de benefícios privados.

A realidade do conselho de saúde é um estudo que merece ser mais aprofundado e neste curto espaço seria impossível analisar com detalhes os empasses e relações existentes. É preciso reconhecer sua relevância no processo de participação dos usuários e valorizar tal mecanismo em prol de uma ação voltada para as pessoas no local em que vivem.

2.1.2.1 *Conselho Local de Saúde*

Segundo Resolução Nº 333 de 04 novembro de 2003 (BRASIL, 2003), o Conselho Nacional de Saúde afirma que “o processo bem sucedido de descentralização” determina a ampliação de Conselhos de Saúde, os quais se estabelecem em “Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde”, substanciando a participação da sociedade. Apesar da falta de

obrigatoriedade para implantação destes conselhos, um forte apelo para sua organização nos municípios foi estimulado em decorrência da expansão da Saúde da Família, que ao ser implementada promove e incentiva a formação de Conselhos Locais como parte das atribuições das equipes (BRASIL, 2000).

Considerado uma ferramenta para consolidação da participação popular, os Conselhos Locais de Saúde se organizam e se estruturam a partir das orientações contidas na Lei 8142/1990 (BRASIL, 1990). Diferente dos Conselhos Municipais de Saúde, este canal de participação é estabelecido mais próximo das comunidades, tendo em vista desenvolver maior diálogo entre Unidades de Saúde da Família e população (BRASIL, 2000).

Respondendo a reivindicações da população e com a finalidade de ampliar e fiscalizar os atendimentos de saúde prestados à população, o Conselho Local de Saúde foi implantado no município de Ponta Grossa no ano de 2002, a princípio em apenas 2 unidades de saúde (CANTOIA, 2007). Segundo o autor a formalização destes Conselhos é apontada como sendo um momento histórico para a saúde pública municipal, uma vez que sua oficialização aconteceu em uma reunião ampliada do Conselho Municipal de Saúde; estavam presentes nesse dia profissionais da Saúde da Família, usuários do sistema e lideranças comunitárias.

Segundo Gohn (2001, p. 40), o sistema de governança local, como no caso do Conselho Local, “busca articular elementos do governo local e do poder local” com a inclusão de “novos atores sociais”, tendo em vista desenvolverem “parcerias, gestão compartilhada” e a democracia. Os recursos envolvidos neste mecanismo participativo envolvem, especialmente, o engajamento popular em que o cidadão contribui com informações e opiniões sobre seus problemas e conflitos, a fim prover subsídio para sua resolução.

Compreendido como um modelo para participação nas Unidades de Saúde da Família, este mecanismo foi amplamente difundido no município de Ponta Grossa. Entre os anos de 2002 a 2003, foram criados cerca de 26 Conselhos Locais de Saúde, sendo 14 na zona urbana e 12 na zona rural (CANTOIA, 2007). O que se pode evidenciar é um histórico de bons resultados relacionados às iniciativas e reivindicações levantadas nas reuniões dos Conselhos Locais, os quais exerceram um papel fundamental para o bom andamento das questões ligadas à saúde da população.

A presença do Conselho Local de Saúde foi um grande avanço, mas com o passar do tempo foi se desgastando principalmente pela falta de apoio e mobilização da comunidade². Para Cantoia (2017), este processo acontece quando as políticas públicas não reconhecem a importância deste canal de participação e acabam considerando-o como mera formalidade, perdendo espaço na gestão. O autor ainda pondera que as diferentes relações de poder estabelecidas no território de abrangência, podem ser consideradas como fator preponderante ao desempenho dos Conselhos Locais de Saúde, pois estes dependem da vontade ou interesse do gestor, bem como dos usuários e profissionais para ser desenvolvido.

A jornada neste modelo de participação popular é um grande desafio, tanto para usuários como para profissionais, que precisam vencer as barreiras impostas pela realidade de vida e do contexto de trabalho. Para além da proposta de institucionalização e atuação dos usuários no sistema de saúde, é preciso reconhecer que estes espaços são também formadores de sujeitos reflexivos, capazes de promover mudanças significativas no seu contexto social (GOHN, 2001).

As limitações muitas vezes impostas para a participação dos usuários encontram sentido nas considerações de Valla (1993), as quais colocam o Estado e algumas entidades da sociedade civil como defensores dos interesses de classes dominantes. O autor aponta que a atuação destes órgãos procura bloquear, desviar e impedir as ações de movimentos populares ao restringir acesso às informações, limitar atribuições, retardar decisões, bem como cooptar lideranças para aceitar procedimentos em troca de benefícios.

O desenvolvimento de estratégias que favoreçam a participação é sempre um desafio a ser vencido e a despeito da intencionalidade determinada pela presença de Conselhos Locais de Saúde, somente a manifestação dos usuários será capaz de garantir o processo participativo. O diálogo e a comunicação entram neste panorama, para validar a participação dos usuários e encontrar novos caminhos para a resolução de conflitos e problemas que estejam impedindo o bom andamento dos serviços de saúde.

² As informações sobre os Conselhos Locais de Saúde contidas neste estudo fazem parte de um levantamento bibliográfico. Portanto, alguns dados como quantidade de conselhos ativos, escolha de membros, estrutura e funcionamento não foram pesquisadas.

2.1.3 Ouvidoria Municipal de Saúde

Outro canal de extrema importância para a participação popular em saúde e um pouco mais recente no ambiente municipal é a Ouvidoria da Saúde, que em Ponta Grossa foi implantada por meio do Decreto Municipal Nº 7227 de 09 de maio de 2013, o qual “institui a ouvidoria da saúde junto a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde”³. Sendo um meio de participação social na qualificação da gestão participativa no SUS, este mecanismo propõe a ação participativa do cidadão tendo em vista a defesa dos direitos como um canal de comunicação, com transparência e imparcialidade (PONTA GROSSA, 2013).

As Ouvidorias, quando instituídas, procuram imprimir sua marca no processo de cidadania e atribui às pessoas comuns a possibilidade de participar e expor, ora sua insatisfação, ora suas solicitações, que por vezes refletem a sua realidade de vida. Ao compreender o papel das Ouvidorias Públicas na área da saúde, intensifica-se a exigência de ouvir e dar voz às pessoas, para entendê-las e proporcionar serviços mais abrangentes e de maior qualidade.

Com as Ouvidorias Municipais é oferecido à sociedade um novo canal de participação que permite o acesso e a garantia de se fazer presente nas decisões relacionadas à sua saúde, seja ela de caráter individual ou comunitária. Neste sentido, o caminho aberto com este mecanismo participativo permite remontar e reconstruir conceitos, a fim de elaborar ações mais voltadas para as pessoas e suas necessidades, possibilitando ainda sua inserção em um processo que estabelece metas a serem alcançadas.

Os objetivos da Ouvidoria da Saúde no município estão relacionados a garantir respostas às manifestações e promover a participação, por meio de contatos ágeis e eficazes, com a preservação da confiabilidade e das prioridades, no sentido de estimular a melhoria dos serviços prestados. Nesta perspectiva, cabe à Ouvidoria receber, analisar, encaminhar e acompanhar reclamações, denúncia ou críticas, além de formular e promover a informação dentro do prazo estabelecido (PONTA GROSSA, 2013).

³ Segundo Lei Municipal Nº 13.345 de 03/12/2018, a Secretaria Municipal de Saúde em Ponta Grossa passou a ser denominada Fundação Municipal de Saúde, tornando-se uma entidade com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sucessora de todos os compromissos anteriormente firmados.

As manifestações realizadas por meio da Ouvidoria Municipal em Ponta Grossa são classificadas conforme sua gravidade, sendo denúncia mais grave que reclamação, por ser considerada uma declaração de insatisfação ou protesto que requer investigação mais apurada sobre os fatos relatados. Já as solicitações necessitam de algum atendimento; as sugestões apresentam uma proposta; e os elogios demonstram reconhecimento ou satisfação com o serviço, sendo consideradas manifestações mais leves e sem gravidade evidente (PONTA GROSSA, 2017).

O fluxo de atendimento na Ouvidoria fixa prioridades e classifica as respostas como urgente, alta, média e baixa e ainda considera o tipo de manifestação feita e a prioridade em atender as demandas de maneira mais pontual. Os prazos para resposta visam atender às situações em um tempo oportuno, tendo em vista a necessidade das pessoas e as apurações, bem como a necessidade de investigação mais aprofundada sobre o assunto (PONTA GROSSA, 2017).

Mesmo que as manifestações ocorram de forma individualizada, a premência individual pode ser um prenúncio da realidade de uma comunidade e é preciso estar atento a tais demandas para promover e oferecer atividades mais adequadas à população. Esta situação possibilita que este novo mecanismo venha incrementar o processo participativo e contribuir com a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde.

Atualmente o acesso a este canal de participação acontece por meio de contato telefônico e/ou presencial, e-mail, carta e nos diferentes acessos relacionados à *internet*, a depender da escolha do usuário que deseja fazer uma manifestação. Destaca-se que as ligações podem ser realizadas de forma gratuita pelo número 08006439595, disponibilizado à população nos serviços de saúde e no *site* da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa (PONTA GROSSA, 2020). Ainda é possível a utilização do canal 156 e do telefone 3220-1015 (ramal 4016) e 3220-1102, conforme informação concedida pela ouvidora responsável pelo serviço em visita presencial realizada pela pesquisadora no dia 21/10/2021. Salienta-se que a sede da Ouvidoria Municipal de Saúde está localizada junto a Fundação Municipal de Saúde, em sala anexa à Prefeitura Municipal.

A facilidade para realizar uma manifestação torna este canal a principal estratégia para atuação dos usuários, possibilitando colocar suas observações e se

fazer ouvir. Considerada como instrumento de gestão pública de controle social, este canal de participação promove o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços ofertados pelo SUS (PONTA GROSSA, 2017).

O número de manifestações registradas pela Ouvidoria Municipal de Saúde em Ponta Grossa aponta a relevância deste canal de participação na garantia do direito à saúde e na promoção da autonomia e da cidadania. Segundo relatório fornecido pelo setor, entre os meses de janeiro a outubro de 2021 foram registradas um total de 3.907 manifestações entre sugestão, solicitação, reclamação, denúncia, informação e elogio, apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Manifestações Ouvidora Municipal de Saúde de Jan a Out de 2021.

Classificação	Quantidade
Sugestão	33
Solicitação	1076
Consultas, exames e cirurgia	154
Reclamação	1267
Denúncia	809
Informação	464
Elogio	103
Total	3907

Fonte: Ouvidoria Municipal de Saúde de Ponta Grossa – PR.

Nota: Dados trabalhados pela autora

Ao analisar os dados, percebe-se que as manifestações de maior número ficam entre as solicitações e as reclamações, apontando para um cenário de privação dos direitos e do acesso aos serviços de saúde. Ainda que não se possa afirmar tal hipótese, é possível levantar questionamentos que remetem à necessidade de entender as demandas das pessoas e assim proporcionar as condições ideais para o atendimento, a promoção, a recuperação e a reabilitação da saúde da população.

Os tipos de manifestações apresentados na Tabela 2, revelam, em sua grande maioria, problemas relacionados à gestão dos serviços e à assistência à saúde. Tal situação remete à necessidade de reconhecer dificuldades e desafios no processo de condução das situações de saúde da população.

Tabela 2 – Tipos de Manifestações Realizadas na Ouvidoria Municipal de Saúde de Jan a Out 2021.

Tipos	Quantidade
Gestão	1672
Assistência à Saúde	1109
Vigilância em Saúde	536
Vigilância Sanitária	398
Assistência Farmacêutica	126
Outras	66

Fonte: Ouvidoria Municipal de Saúde de Ponta Grossa – PR.

Nota: Dados trabalhados pela autora.

As questões relacionadas à gestão dizem respeito ao funcionamento dos serviços de saúde disponibilizados à população, os quais são organizados pelo Estado com a presença de políticas públicas que sejam capazes de atender às pessoas em suas singularidades. Já as manifestações que dizem respeito à assistência, estão ligadas à maneira como as pessoas são atendidas nos mais diversos serviços de saúde, o que está diretamente relacionada ao tratamento recebido por parte dos profissionais de saúde que ali atuam.

Outra informação relevante que pôde ser identificada nos relatórios emitidos pelo setor de Ouvidoria relaciona-se ao local a que se refere a manifestação realizada. Na Tabela 3 percebe-se que as unidades de saúde são os serviços que mais receberam manifestações.

Tabela 3 – Manifestação por Local de Atendimento de Jan a Out de 2021.

Local	Quantidade
Atenção Primária – Unidades de Saúde e melhor em casa	1266
Especialidades – agendamento e serviço	655
Assistência farmacêutica	196
Serviço e urgência e emergência (UPA, SAMU)	173
Zoonoses e Vigilância Sanitária	741
Rede Hospitalar	191
Outros	476

Fonte: Ouvidoria Municipal de Saúde de Ponta Grossa – PR.

Nota: Dados trabalhados pela autora.

O destaque nesta tabela está na quantidade de manifestações em relação às unidades de saúde e serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. A presença das unidades de saúde como porta de entrada dos serviços de saúde pode estar relacionada a essa demanda maior de manifestação, pois em certa medida sua presença na maioria dos bairros facilitaria o acesso à Ouvidoria. Outra questão a ser considerada diz respeito ao incentivo e promoção da utilização deste canal de participação por parte de algumas equipes.

A Ouvidoria Municipal de Saúde, ao longo de 8 anos de sua efetivação, procura garantir os direitos da população por meio de um ambiente acolhedor, ético e responsável que assume a intensão de manter a qualidade e a assistência à população conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Cabe destacar que, para além dos canais formais de participação preconizado por Leis e Decretos, existem outras possibilidades que permitem incentivar o processo participativo, que pode ser desde a mais singela opinião deixada em uma caixa de sugestões/reclamações, a uma conversa franca e aberta com os profissionais de saúde. Tais exemplos revelam maneiras de se realizar o ato participativo e potencializam a importância de unidades com ESF na participação popular em saúde.

Segundo Cruz e Brutscher (2018, p. 240), a participação vai além das iniciativas institucionalizadas, sendo revelada pela dinâmica de trabalho dos serviços de saúde, os quais se desenvolvem de maneira “complexa, tensa e multifacetada” nos “diferentes espaços, ações, iniciativas, práticas e experiências”. No contexto das Unidades de Saúde da Família, essa situação pode ser evidenciada pela existência do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde possibilitando a criação de vínculo com a comunidade.

De maneira geral, espera-se dos profissionais que atuam em tais unidades um procedimento abnegado de atenção à realidade da população atendida, preza-se também pelo desempenho de funções que favoreçam os interesses do povo e conseqüentemente a participação. Tal atitude fortalece as redes de solidariedade, estabelecem espaços para discussão dos problemas de saúde e criam práticas coerentes, participativas e adequadas ao contexto local (CRUZ; BRUTSCHER, 2018).

As experiências relacionadas à participação apontam a importância de profissionais imersos na realidade social, tecendo as complexas dinâmicas da vida comunitária e comprometendo-se com a construção compartilhada em cada território. Dando continuidade ao entendimento sobre a realidade de Ponta Grossa, a sequência desta construção apresenta-se a estrutura da Estratégia Saúde da Família no município, caracterizando as unidades que constituem este estudo.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

A implementação da Saúde da Família, como meio de reorganização da APS em um município, é determinada pela escolha da gestão local, a qual decide o

momento e a forma em que a estratégia será implantada (BRASIL, 2000). Os números apresentados em relatórios de cobertura de Atenção Básica emitidos pelo Ministério da Saúde revelam o total de 43.150 equipes de ESF, cobrindo cerca de 63,37% da população brasileira, no período/competência de junho de 2020, acessado em 18 de agosto de 2020 (BRASIL, 2020). Tal relatório apresenta, ainda, dados de cobertura de Atenção Básica, porém para este estudo são considerados somente os dados de cobertura de ESF.

No estado do Paraná, onde se localiza o município de Ponta Grossa, segundo o mesmo relatório, cerca de 2.257 equipes de ESF estão cadastradas cobrindo 63,07% da população, 7.211.925 pessoas. O município de Ponta Grossa, por sua vez, no mesmo mês de competência, contempla 254.130 pessoas, com uma cobertura de 68,66% da população, as quais são atendidas por 70 equipes de saúde da família.

A dimensão da ESF, apresentada por estes relatórios, traduzem a mudança na visão atribuída ao atendimento à saúde e permitem compreender seu desenvolvimento, considerando as relações e ações que se ligam intencionalmente para promover cada vez mais e com melhores condições sociais a todo cidadão. Ao analisar tais dados, percebe-se que a Saúde da Família no município possui uma cobertura populacional considerável, levando a estratégia à boa parte da população, embora não seja universal.

A cobertura populacional com ESF no município de Ponta Grossa demonstra uma realidade que favorece o pensamento social de territorialidade com ênfase nas pessoas e suas comunidades. Por meio de uma estratégia consolidada, pode-se confirmar que a Saúde da Família apresenta um papel fundamental na possibilidade de efetivação do direito à saúde, dando sentido ao desenvolvimento da comunidade junto às equipes e traduzindo as relações sociais que se formam nos diferentes espaços comunitários e participativos.

2.2.1 Caracterização e Identificação das Unidades de Saúde em Estudo

Em Ponta Grossa, as equipes de saúde da família estão alocadas em Unidades de Saúde da Família (USF) as quais compõem a Atenção Primária à Saúde (APS) no município. No momento da realização desta pesquisa, nos meses de junho e julho do ano de 2021, a composição da APS em relação às unidades de saúde, conforme lista

disponibilizada pela Fundação Municipal de Saúde (FMS)⁴ é de um total de 49 unidades de saúde. Dentre as unidades listadas encontram-se 48 unidades com ESF e 1 unidade sem ESF, considerada Unidade Básica de Saúde; com relação à localização, 2 unidades encontram-se na área rural e 47 unidades em área urbana.

A identificação das unidades e de seus territórios de abrangência foi realizada por meio de análise de um mapa, também concedido pela FMS, em que pôde ser verificado a divisão de áreas de atuação da ESF. O reconhecimento do território em que as unidades estão inseridas foi necessário para a escolha da amostragem da pesquisa e, por meio da observação de tal mapa, distinguiu-se 15 regiões geográficas. Para este estudo, somente as unidades localizadas em área urbana serão consideradas devido questões relacionadas à locomoção e acesso ao local.

A partir deste levantamento, foram selecionadas como amostra para este estudo, 13 regiões geográficas que contam com a presença de USF, sendo uma unidade de saúde por região geográfica identificada no mapa (Quadro 3). As regiões Central e Órfãs não foram selecionadas por não atenderem ao critério referente à presença de ESF no seu território de abrangência.

Quadro 3 - Lista de Unidades de Saúde por Região Geográfica, Ponta Grossa, 2021

REGIÃO	UNIDADE DE SAÚDE COM ESF
Chapada	Javier Cejas Arzabe;
Sabará	Jamil Mussi
Contorno (Santa Paula)	Egon Roskamp
Estrela	Jaime Gusman
Oficinas	Cyro de Lima Garcia
Olarias	Sady Macedo Silveira
Cará-Cará	Antônio Saliba
Uvaranas	Luiz Conrado Mansani
Neves	Ludomir A. Urban
Jardim Carvalho	Julio de Azevedo
Nova Rússia	Romulo Pazzinato
Ronda	Roberto de Jesus Portela
Boa Vista	Zilda Arns

Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa – PR.

Nota: Dados trabalhados pela autora.

A escolha destas unidades levou em conta sua localização e decidiu-se dar preferência para unidades que estivessem situadas mais ao centro do território de abrangência da região geográfica. Para esta definição não foram consideradas as

⁴ Tal lista foi solicitada diretamente à Coordenação de Atenção Primária da Fundação Municipal de Saúde, setor responsável pelas unidades de saúde do município.

quantidades de equipes, uma vez que este estudo tem a intensão de identificar de forma espontânea, as representações sobre participação dos usuários que utilizam a unidade de saúde, com a expectativa de retratar os fatos reais sobre como as pessoas entendem a sua participação, independente da equipe em que esteja vinculado.

Diante da situação sanitária atual, as unidades Cyro de Lima Garcia, localizada na região de Oficinas; Luiz Conrado Mansani, na região de Uvaranas; Rômulo Pazzinato, na região de Nova Rússia, e Egon Roskamp na região do Contomo (Santa Paula) foram excluída da amostra, pois no momento da coleta de dados não estavam realizando atividades relacionadas à ESF (PONTA GROSSA, 2021). Tais unidades passaram a ser referências para tratamento e atendimento de casos suspeitos de COVID-19, não podendo ser substituídas por outras unidades que não constam no projeto autorizado pela Fundação Municipal de Saúde.

A Unidade Antônio Saliba, selecionada para este estudo, também foi excluída da amostra por estar fechada e sem previsão de retorno do atendimento ao público. Neste cenário, para este estudo fixaram-se as unidades: Jayme Gusman, Jamil Mussi, Javier Cejas Arzabe, Júlio Azevedo, Ludomir Urban, Roberto de Jesus Portela, Sady de Macedo e Zilda Arns.

Tendo em vista caracterizar as unidades de saúde em relação à quantidade de equipes, estrutura, atividades realizadas e sua relação com a participação dos usuários, foi aplicado um questionário via *Google Forms*⁵ (Apêndice A). As informações contidas neste instrumento de coleta de dados foram fornecidas por profissionais que compõe a equipe multiprofissional, contratados ou concursados do município, os quais foram indicados pelo responsável da unidade e aceitaram participar do estudo.

O primeiro contato com a unidade foi feito por telefone em que se reportou ao responsável explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a indicação de um profissional para responder ao questionário. Nesta ocasião, também foi orientado quanto ao conteúdo e tipo de instrumento que seria aplicado, bem como a forma de envio de *link* para efetivação da participação e resposta.

⁵ A aplicação de questionário foi inserida na pesquisa após exame de qualificação, em que se percebeu a necessidade de alterar o instrumento de coleta de dados para melhor caracterizar as unidades pesquisadas. A escolha pela aplicação via *Google Forms* ocorreu em um momento de agravamento dos casos de COVID-19, o que impossibilitou o livre acesso às unidades de saúde.

O envio do questionário ocorreu por meio de *e-mail* da unidade de saúde e/ou por telefone celular, via aplicativo *WhatsApp*, conforme escolha do profissional respondente. Em alguns casos houve a necessidade de realizar novo contato para reenvio do *link* e verificação de recebimento, devido à demora em responder ao questionário; somente em uma unidade foi preciso solicitar a resposta ao questionário no momento da coleta de dados com o usuário. Todas as 8 unidades que compõem a amostra final deste estudo aceitaram participar e os profissionais que responderam ao questionário foram:

- 2 Cirurgiões-Dentistas;
- 1 Enfermeiro;
- 1 Agente de Combate a Endemias;
- 1 Técnico de Enfermagem;
- 1 Médico;
- 1 Agente Comunitário de Saúde;
- 1 Farmacêutico.

Os resultados referentes às informações coletadas com o questionário *Google Forms* são apresentados tendo em vista analisar e evidenciar a participação popular no processo de estruturação e caracterização das unidades de saúde selecionadas para esta pesquisa. A organização de uma unidade de saúde é o primeiro passo para a identificação do processo participativo, pois a atuação das equipes nos territórios, bem como a estrutura dos serviços podem influenciar a tomada de decisão, tanto dos profissionais como dos usuários, fazendo-os sentirem-se mais ou menos à vontade para participar.

As unidades pesquisadas possuíam de 1 a 3 equipes de ESF, atendendo entre 3.650 a 14.000 pessoas, a depender da quantidade de equipe atuante no local, conforme aponta o Quadro 4. Esta relação entre quantidade de população atendida, equipe e tempo de implantação permite delimitar o perfil das unidades de saúde. Para este estudo não foi realizada a seleção de equipe específica, uma vez que a pesquisa se refere a participação do usuário na unidade como um todo.

Quadro 4 – Perfil das Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2021.

Unidade	Região	Quantidade de equipe	População atendida	Tempo de implantação ESF
USF Jayme Gusman	Estrela	1	7500	5 anos
USF Jamil Mussi	Sabará	1	3651	6 anos
USF Javier Cejas Arzabe	Chapada	2	8000	6 anos
USF Júlio de Azevedo	Jardim Carvalho	2	8300	13 anos
USF Ludomir Urban	Neves	2	6000	+ de 5 anos
USF Roberto de Jesus Portela	Ronda	2	10000	15 anos
USF Sady de Macedo	Olarias	2	8000	6 anos
USF Zilda Arns	Boa Vista	3	14 000	10 anos

Fonte: A autora.

Segundo a PNAB/2017, a garantia do cuidado, do acesso e da resolutividade das equipes depende da quantidade de usuários atendidos, sendo recomendado que a delimitação de territórios na ESF seja entre 2000 a 3500 pessoas para garantir que os princípios e diretrizes do SUS sejam atendidos. (BRASIL, 2017). A ESF requer dos profissionais um padrão de interação com a comunidade capaz de identificar os principais arranjos sociais vivenciados, e isto somente é possível se a quantidade de pessoas permitirem o conhecimento profundo sobre as famílias cadastradas.

Neste contexto, a quantidade de população assistida e o tempo de implantação são primordiais para o fortalecimento do vínculo e consequentemente da participação. Esta consideração firma-se no entendimento de que quanto maior for o tempo de atuação na comunidade, maior será o conhecimento sobre o território e o processo de consolidação da estratégia, favorecendo o processo participativo por parte dos usuários.

Por outro lado, ter tempo de implantação maior não significa que as equipes atuarão conforme as orientações referentes a um novo modelo de atenção, mais voltado para as pessoas e suas realidades. Neste caso é preciso que tanto profissionais como usuários reconheçam sua importância para que as ações no território sejam eficientes e eficazes.

A atuação das equipes em seu território de abrangência pressupõe a possibilidade de fortalecimento da autonomia, e ao estabelecer diálogo e escuta permanente com a população, tornam-se produtoras de relações sociais capazes de

transformar uma realidade (GONDIN, MONKEN, 2018). É neste ponto que a quantidade de equipes atuando em um território permite evidenciar as demandas locais, e assim, promover a importância de atender a população e favorecer a participação.

Com relação à estrutura, percebe-se que as unidades são muito semelhantes na quantidade de salas para atendimento da população, conforme informações dispostas no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 – Estrutura das Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2021.

Estrutura física e salas de atendimento/ Unidade	Jaime Gusman	Júlio Azevedo	Jamil Mussi	Zilda Arns	Roberto Portela	Sady de Macedo	Javier C. Arzabe	Lufomir Urban
Sala de vacina								
Consultório médico								
Consultório odontológico								
Consultório enfermagem								
Farmácia								
Sala de atendimento multiprofissional								
Sala de curativos								
Sala de esterilização								
Outros								

Fonte: A autora.

Destaca-se que a maioria dos profissionais assinalaram somente as informações contidas no questionário (Apêndice A) e não informaram a existência de outras salas como sala de reunião e agentes comunitários de saúde. Em algumas unidades foi relatado a presença de salas para atendimento de outros profissionais, os quais atuam na unidade como residentes.

A estrutura de uma unidade de saúde pode não influenciar diretamente na participação do usuário, mas em certa medida estará refletindo o grau de interesse da gestão municipal em proporcionar a qualidade na assistência à saúde da população. É de responsabilidade dos municípios a manutenção da estrutura das unidades de saúde e a disposição de instalações e equipamentos adequados para o atendimento da população (BRASIL, 2008).

Com relação às atividades realizadas nas unidades (Quadro 6), o questionário identificou unidades ativas e com a realização de diversas ações relacionadas ao atendimento dos usuários. Outras atividades citadas na resposta não serão aqui exploradas e analisadas, pois foram citadas por apenas uma das unidades,

impossibilitando a comparação com as demais unidades, como por exemplo curativos, esterilização de material e Eletrocardiograma (ECG).

Quadro 6 – Atividades Realizadas nas Unidades Pesquisadas, Ponta Grossa, 2021.

Atividades / Unidades	Jaime Gusman	Júlio Azevedo	Jamil Mussi	Zilda Arns	Roberto Portela	Sady de Macedo	Javier C. Arzabe	Lufomir Urban
Vacinação								
Consulta médica								
Atendimento odontológico								
Consulta de enfermagem								
Entrega de medicamentos								
Coleta de exames								
Visita domiciliar								
Curativos								
Esterilização de materiais								
ECG								

Fonte: A autora.

Pode-se perceber, pelos dados apresentados, que existe uma padronização na assistência à saúde nas unidades, uma vez que todas têm consultórios e dispensação de medicamentos. Em relação ao atendimento odontológico, 9 unidades relatam a presença de equipe para atendimento da população. No que se refere à vacinação, 5 unidades oferecem o serviço à população e para 3 unidades não houve menção de tal atividade.

É preciso reconhecer a necessidade de ampliar o escopo de atuação das unidades e fomentar melhorias na organização do serviço para garantir a qualidade na atenção. Uma estrutura adequada proporciona uma melhor assistência, elevando o grau de satisfação dos usuários (GIOVANELLA; MENDONÇA; MEDINA; LIMA; FAUSTO; SEIDL; ANDRADE; FACCHINI, 2018, P. 606). Conseqüentemente ao sentir-se mais acolhido, os usuários aproximam-se mais das equipes e o processo participativo passa a ser espontâneo na rotina e nas atividades das unidades.

A disponibilidade de atividades está relacionada diretamente à oportunidade de acesso dos usuários aos serviços de saúde, e esta condição determina se a unidade tem capacidade de proporcionar atendimento adequado a cada pessoa. Além da acessibilidade, é possível também apontar o acolhimento como sendo o grande facilitador para o desenvolvimento de ações junto à comunidade, no sentido de

favorecer a participação e a procura dos profissionais para a resolução de problemas (GIOVANELLA; MENDONÇA; MEDINA; LIMA; FAUSTO; SEIDL; ANDRADE; FACCHINI, 2018).

A escuta qualificada e as respostas apropriadas em tempo oportuno condicionam a qualidade das atividades realizadas pelos profissionais, bem como os esforços para integração e interação com a comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA; MEDINA; LIMA; FAUSTO; SEIDL; ANDRADE; FACCHINI, 2018). Este processo ainda inclui o fator resolutividade, que segundo os mesmos autores, potencializam a procura regular dos usuários e, conseqüentemente, aumenta o vínculo entre população e profissionais de saúde, fortalecendo a participação.

Cabe aqui destacar que a organização dos serviços de saúde deveria estar atenta às questões relacionadas à participação dos usuários, para o bom andamento das ações planejadas e executadas pelas equipes. Segundo Vasconcelos (2009), a participação popular tem sido pouco valorizada no processo de reorientação das ações cotidianas de atenção à saúde.

Uma nova maneira de agir deve ser implementada no cotidiano das equipes para que a presença dos usuários possa ser percebida não como ameaça aos serviços, mas como processos de dinamização e reestruturação lógica das práticas de saúde. Uma perspectiva que remonta a necessidade de valorização da promoção da saúde, sendo a unidade um lugar de estímulo, mobilização e engajamento das pessoas em prol da felicidade e da qualidade de vida (CRUZ; BRUTSCHER, 2018).

Outra questão levantada por esta pesquisa relaciona-se à presença de grupos educativos disponíveis nas unidades. Ainda que estes não estejam em funcionamento devido ao contexto pandêmico, a presença desta atividade evidencia, em certa medida, o grau de importância que a unidade atribui às ações de promoção da saúde, ainda que em certa medida a adesão da população fique abaixo das expectativas.

O Quadro 7 apresenta de maneira geral os grupos educativos que vinham sendo realizados nas unidades. Observa-se que a quantidade de grupos é maior que a quantidade de unidades participantes e isso se dá porque algumas unidades tinham mais de 2 grupos em funcionamento.

Quadro 7 – Relação de Grupos Educativos Realizados Anteriormente à Pandemia, Ponta Grossa, 2021.

Grupos Educativos / Unidade	Jaime Gusman	Júlio Azevedo	Jamil Mussi	Zilda Arns	Roberto Portela	Sady de Macedo	Javier C. Arzabe	Lufomir Urban
Diabetes								
Hipertensão								
Obesidade								
Gestante								
Criança/mães								
Saúde mental								
Tabagismo								
Adolescentes								
Não tem grupos								
Informa que a unidade está sem grupo no momento								

Fonte: A autora.

Apesar da presença dos grupos educativos, não foi possível identificar no presente estudo como as equipes tem atuado junto à comunidade e como tem ocorrido as ações de promoção e prevenção da saúde. Em outros estudos, os pontos relacionados a esta atividade revelam que “as ações de promoção da saúde são pontuais, fragmentadas, não incorporadas como essenciais na dinâmica de trabalho das equipes, com baixa capacidade de intervenção sobre os determinantes sociais de saúde” (GIOVANELLA; MENDONÇA; MEDINA; LIMA; FAUSTO; SEIDL; ANDRADE; FACCHINI, 2018, p. 597).

A despeito da presença e desempenho desta atividade, seria viável considerar sua relevância para o acompanhamento das condições crônicas e a possível oportunidade para aproximação da equipe com os usuários nas unidades. Em certa medida, toda ação realizada nestes grupos pode condicionar e promover a cidadania, pois permite a possibilidade de construção compartilhada do cuidado, em que se faz necessário reconhecer os limites e potencialidades de cada participante.

Com respeito aos usuários que mais frequentam as unidades de saúde, o resultado deste questionário revela que, na percepção dos profissionais, as mulheres são as que mais utilizam, ficando os idosos como segundo grupo de pessoas que mais recorrem aos serviços disponibilizados. Observa-se, no Quadro 8 o grupo de usuários que mais frequentam cada unidade de saúde pesquisada.

Quadro 8– Relação de Usuários mais Frequentes nas Unidades, Ponta Grossa, 2021.

Usuários / Unidade	Jaime Gusman	Júlio Azevedo	Jamil Mussi	Zilda Arns	Roberto Portela	Sady de Macedo	Javier C. Arzabe	Lufomir Urban
Mulheres								
Homens								
Adultos								
Jovens/Adolescentes								
Crianças								
Idosos								

Fonte: A autora.

Segundo Pesquisa Nacional de Saúde - 2019, as mulheres assumem o primeiro lugar entre as pessoas que mais procuram os serviços disponibilizados em unidades de saúde. Tal pesquisa levanta a hipótese de que este fato pode estar relacionado à cultura da sociedade, que indica as mulheres como principais responsáveis pelos cuidados de saúde pessoais e da família (BRASIL, 2020).

Alguns fatores podem estar inferindo e solidificando a presença majoritária das mulheres nos serviços. Dentre eles, pode-se considerar o horário de atendimentos das unidades, a quantidade de políticas públicas disponibilizadas para atendimento da mulher e até mesmo o reconhecimento sobre o adoecimento. O comportamento e a maneira como se pensa, bem como o estilo de vida podem influenciar as questões relacionadas à presença do sexo feminino nos serviços de saúde, o que poderia impactar as questões relacionadas à participação e suas representações (LEVORATTO; MELLO; SILVA; NUNES, 2014).

No tocante aos profissionais que atuam nestas unidades, o médico, o enfermeiro, o agente comunitário de saúde e o auxiliar ou técnico de enfermagem estão presentes em todas as unidades pesquisadas, confirmando a presença de equipe básicas da ESF. Na maioria das unidades também existe a presença de profissionais da equipe odontológica, farmacêutico e, em apenas 3 unidades, a presença de outros profissionais como assistente social, educador físico, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta, os quais são vinculados ao programa de residência multiprofissional (Quadro 9).

Quadro 9 – Relação de Profissionais Vinculados às Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2021.

Profissionais/ Unidades	Jaime Gusman	Júlio Azevedo	Jamil Mussi	Zilda Arns	Roberto Portela	Sady de Macedo	Javier C. Arzabe	Lufomir Urban
Assistente Social								
Agente Comunitário de Saúde								
Aux./Técnico de Enfermagem								
Aux./Técnico em Saúde Bucal								
Educador Físico								
Enfermeiro								
Farmacêutico								
Médico								
Cirurgião-Dentista								
Psicóloga								
Nutricionista								
Fisioterapeuta								
Agente de Combate à Endemias								

Fonte: A autora.

A quantidade de equipes atuantes nas unidades, bem como sua estrutura, pode tornar-se condicionantes na tomada de decisão e nas atividades realizadas, elevando o interesse no processo participativo dos usuários. A composição adequada da equipe multiprofissional é um fator determinante na garantia da qualidade da atenção e está intrinsecamente ligado à organização do cuidado e da assistência.

O avanço dos serviços de ESF está condicionada à capacidade de organização dos municípios, sendo indispensável a presença de profissionais qualificados e em número suficiente para atender as demandas da população (BRASIL, 2008). Espera-se que a aproximação com os usuários aconteça com maior frequência e intensidade para que haja o comprometimento verdadeiro com as pessoas e com as propostas por eles apresentadas.

A Saúde da Família aproxima os profissionais ao cotidiano da população e possibilita que muitas iniciativas locais comecem a ganhar maior visibilidade, aumentando as práticas de saúde (VASCONCELOS, 2009). A autonomia concedida à sociedade, por meio da ação participativa, surge neste cenário para dar sentido às vivências, em um processo contínuo de construção e reconstrução de vínculos.

A participação por parte dos usuários é um dos fatores que merece total atenção uma vez que ao considera-la como “princípio ético e político que orienta as

ações de saúde”, entende-se que não se constitui apenas como “um espaço institucionalizado” de ação coletiva (CRUZ; BRUTSCHER, 2018, p. 243). Estes autores apontam que a construção lógica dos serviços e de suas ações é favorecida pela presença dos usuários, atuando ativamente de forma crítica e reflexiva nos diferentes espaços de atenção e colaborando com as equipes no desenvolvimento do cuidado em saúde.

Segundo Vasconcelos (2009), as organizações coletivas são compostas pela diversidade das práticas solidárias de apoio social, mas apesar destas iniciativas marcarem profundamente o mundo popular, muitas vezes somente as lutas políticas são valorizadas. Diante disso, evidencia-se no Quadro 10 as formas e canais de participação popular que as unidades de saúde têm disponibilizado e/ou implantado em seu rol de atividades.

Quadro 10 – Canais de Participação nas Unidades de Saúde, Ponta Grossa, 2021.

Unidade	Região	Caixa de sugestão/reclamação	Conselho Local de Saúde	Número da Ouvidoria Municipal de Saúde disponível	Outro
USF Jayme Gusman	Estrela				
USF Júlio de Azevedo	Jardim Carvalho				
USF Jamil Mussi	Sabará				
USF Javier Cejas Arzabe	Chapada				
USF Ludomir Urban	Neves				
USF Roberto de Jesus Portela	Ronda				
USF Sady de Macedo	Olarias				Whatsapp Facebook
USF Zilda Arns	Boa Vista				

Fonte: A autora.

Os dados referentes aos canais de participação apontam para presença de caixa de sugestão/reclamação e informações, bem como a disponibilidade de número da Ouvidoria Municipal de Saúde nas dependências das unidades. Nesta questão foi indicado a existência de grupo de *WhatsApp* e *Facebook* como canais de participação, ainda que tais instrumentos sejam conhecidos como ferramentas de comunicação entre indivíduos e grupos sociais. De acordo com o resultado da pesquisa, ressalta-se que nenhum dos profissionais que responderam ao questionário mencionou a presença de Conselhos Locais de Saúde no momento da coleta de dados.

Ao apresentar tais canais, procura-se identificar a existência de maneiras ou formas de participação popular nas unidades, tendo em vista a importância da atuação dos usuários no bom andamento dos serviços. Pode-se entender que a unidade, ao disponibilizar tais mecanismos e estabelecer estratégias que envolvam a ação participativa, permite a interação com a população, estimulando a percepção em relação à sua participação.

Segundo Moroni (2009, p. 251), a participação “é um processo educativo-pedagógico” e o ato de “expressar desejos e necessidades, construir argumentos, formular propostas, ouvir outros pontos de vista, reagir, debater e chegar ao consenso”, transforma as atitudes daqueles que fazem parte do processo participativo. Entende-se que a integração entre as pessoas concretiza a participação popular e influencia a tomada de decisão em um processo que valoriza a educação verdadeira para o exercício da cidadania.

A inserção de mecanismos de participação no cotidiano das USF motiva práticas de saúde capazes de romper com um modelo de atenção mais voltado às ações curativas, que preventivas e promocionais. O incentivo à participação na ESF leva os profissionais a mudar suas atitudes passando a escutar as pessoas da comunidade, convidando-as a fazer parte e valorizando suas iniciativas autônomas de cuidado e autocuidado (CRUZ; BRUTSCHER, 2018).

Ao identificar os canais de participação, procura-se afirmar a necessidade de fomentar a presença dos usuários nas ações dos profissionais que estão inseridos na ESF. As afirmações feitas por Cruz e Brutscher (2018) indicam que a presença do cidadão é fundamental para compreender suas demandas e distinguir os assuntos e temas que precisam ser trabalhados, a fim de contribuir com a produção de saúde no território.

Diante de tais colocações é preciso cuidar para que algumas crenças criadas por discursos governamentais não interfiram na realidade da participação popular, condicionando os sujeitos a meros espectadores. A correlação de forças existentes tende a despolitizar a participação, alegando que a sociedade não está preparada, não tem interesse e não é capacitada (MORONI, 2009).

Outra questão a ser pontuada, refere-se à construção de mecanismos que desqualificam e infantilizam a realidade, inserindo no contexto social algumas formas de dominação ideológica que sejam capazes de incutir nas pessoas pensamentos de

desvalorização e discriminação (VALLA; STOTZ, 1996). Tais proposições alimentam as dificuldades criadas para a participação dos usuários, com o intuito de impedir que os serviços sejam avaliados criticamente.

Independente de proibições e desconsiderações em relação ao pensamento individual e coletivo, o fato é que a sociedade mudou e já não aceita somente eleger representantes, mas quer participar no processo de criação e orientação de várias iniciativas públicas (VASCONCELOS, 2009). Reconhecer o potencial de cada um na formulação e reformulação dos serviços de saúde garante a possibilidade de identificar as possibilidades de atuação de usuários no interior das unidades de saúde.

Por outro lado, é preciso entender que o conhecimento das pessoas vai muito além daquilo que se evidencia nos breves encontros realizados no interior das unidades de saúde. As histórias e os sonhos de um indivíduo podem ser construídos por meio de relacionamentos e influenciar na sua tomada decisão para tornar o imaginário em algo real e concreto.

A presença individual influenciando na ação coletiva é um dos fatores de maior relevância para o desenvolvimento de processos que garantam a participação, tendo em vista a construção de uma realidade capaz de atender também o contexto social. As questões relacionadas a realidade vão ao encontro das representações sociais, uma vez que o conhecimento de cada pessoa está totalmente ligado às experiências de vida que carrega.

Nesta trama de relações sociais que surgem ao longo da vida, as expectativas sobre um fenômeno podem transformar um contexto, produzindo melhores ou piores condições de sobrevivência. Segundo Stotz (1996), a luta social está cercada pelas desigualdades e expressa-se em diferentes graus de autonomia e/ou dependência entre cidadão e Estado, sendo perceptível pelo nível da consciência que se tem sobre as condições de vida.

A garantia da cidadania no processo de amadurecimento das relações sociais é outro fator que pondera a participação como sendo primordial para o empoderamento das pessoas e em especial dos usuários dos serviços de saúde. Os fatos da vida cotidiana que se apresentam como uma realidade interpretada e subjetivamente entendida, dotam de sentido o mundo, tornando-o real (BERGER, LUCKMANN, 2005).

O processo que envolve a coletividade está também relacionado à identidade social construída em determinadas lutas que expressam a consciência e o conhecimento das pessoas, evidenciando os direitos sociais (STOTZ, 1996). Tal situação remonta a intencionalidade da vida cotidiana que acontece no cerne da vida em sociedade e traz à tona os principais enfoques sobre as vivências diárias das pessoas em suas comunidades.

Segundo Berger e Luckmann (2005) a vida em sociedade é formada por membros dotado de condutas subjetivas que firmam seus pensamentos nos sentidos que imprimem o real e o imaginário. Para os autores, o fundamento do conhecimento na vida cotidiana está composto pela objetivação e significação dos processos que constroem o senso comum.

Tal fato está completamente ligado às relações que se formam e às representações que surgem a partir de uma realidade interpretada, que muitas vezes se apresenta de forma abstrata. Na medida em que os fenômenos particulares são analisados, dando sentido ao conhecimento, o mundo torna-se coerente, mesmo que exista diferença na maneira de pensar e agir de uns e outros.

A consciência dos fatos entra neste ponto para evidenciar os fenômenos, sob os quais podem ser interpretadas as múltiplas realidades que surgem ao longo da vida e que constituem o conhecimento adquirido. Dentre as diversas facetas expressas na rotina das pessoas, sempre existe uma que é considerada como excelente por natureza (BERGER; LUCKAMANN, 2005).

As inumeráveis interpretações para o conjunto de fatores que constituem o cotidiano, podem ser influenciadas pelos objetos que determinam uma ação objetivando a vida social. A ordem e os sentidos que surgem formam a linguagem da vida, fornecendo subsídios para as interpretações relacionadas ao conhecimento das pessoas sobre determinado assunto, enchendo de significado a realidade (BERGER; LUCKMANN, 2005).

Os infinitos sentidos que surgem são marcados pelas experiências relacionadas ao aqui e agora da realidade, os quais podem interferir ou condicionar o entendimento de um fenômeno em diferentes graus de intensidade, seja de ordem temporal, espacial ou proximal (BERGER; LUCKMANN, 2005). Em relação à participação, este fato permite considerar a autonomia como meio para dar sentido às

vivências em um processo contínuo de construção e reconstrução de vínculos entre usuários e unidades de saúde.

A prática que pretende mudar a maneira de pensar de pessoas e seus pares, busca por uma realidade que contém experiências reais e verdadeiras ligadas ao cidadão, tendo em vista a interação e a comunicação como essências neste processo. Segundo Berger e Luckmann (2005), a atitude natural de uma pessoa pode ser a mesma de outros e os benefícios desta relação são ponderáveis mesmo com a existência de diferenças e conflitos.

As diferentes maneiras de entender o ato participativo e as formas de participação são desenvolvidas nesta dissertação à luz da Teoria das Representações Sociais, as quais serão desenvolvidas no capítulo 3, na sequência desta construção. Sendo utilizada como método de estudo voltado para elucidar um fenômeno e compreender as experiências vividas por um determinado grupo, esta técnica permite ir além das propostas já instituídas, e desvendar a diversidade de ações que podem incrementar a participação dos usuários junto às equipes de ESF.

Segundo Moscovici (2004), o pensamento referente às representações sociais é constituído através de ferramentas mentais que operam nas próprias experiências, sendo elas abstratas e impessoais ou concretas e pessoais. Para o autor, este método de estudo se liga ao processo de comunicação para compreender o conhecimento compartilhado em um determinado tempo e espaço, e assim, transmitir a realidade social e o pensamento coletivo.

Os métodos de estudos são definidos por Cano (2012) como estratégias para produção de conhecimento, os quais fundamentam-se em estudos que analisam os aspectos mais complexos da vida humana, e explicam a essência e a veracidade de um fenômeno. Pode-se afirmar que são ferramentas que levam ao discernimento das condições individuais e ou coletivas e que, nesta dissertação, vem contribuir no processo de elucidação da realidade relacionada à vida cotidiana, referente à participação de usuários na USF.

Entende-se que o desafio iminente está em reconhecer o conhecimento existente, o qual pode estar relacionado à rotina das pessoas e aos conceitos que têm origem nas vivências identificadas como reais e verdadeiras. Assim, o conhecimento comporta competência, atividade cognitiva e saber, como um fenômeno

multidimensional que reconhece lugar e tempo e é inseparável da realidade e da representação que dele se desenvolve (MORIN, 2012)

O imaginário das coisas que ainda não se conhece e até mesmo a expectativa criada sobre o entendimento individual, pode se transformar em condições para o desenvolvimento de representações. As opiniões permitem a união de grupos de pessoas com pensamentos e conhecimentos semelhantes, tornando possível o agrupamento de pessoas com características diferentes. O processo de reconhecimento de tais grupos e ainda das representações de cada indivíduo sobre a sua participação na USF é apresentado a seguir, tendo em vista o levantamento dos principais aspectos ligados à participação popular em saúde.

CAPÍTULO 3 REPRESENTAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os itens aqui apurados destacam a presença das pessoas nos processos participativos e evocam as condições relacionadas a tal ação. O caminho construído com esta pesquisa estimula a reflexão sobre a relevância das pessoas frente às políticas públicas evidenciando o papel do cidadão neste processo.

Iniciando pela Teoria das Representações Sociais o primeiro item do capítulo discorre sobre o método e aponta suas principais características. Na sequência, faz-se a identificação do perfil dos usuários participantes da pesquisa para em seguida analisar o conteúdo dos relatos colhidos através das entrevistas, os quais são agrupados em três categorias de análise: categoria 1 – conhecimento e entendimento sobre participação; categoria 2 - atendimento e vínculo entre usuários e USF; e categoria 3 - direito à saúde e cidadania.

A finalização do capítulo designa-se a distinguir as representações dos usuários sobre a sua participação a fim de levantar possibilidades que coloquem em discussão a importância da ação participativa popular nas unidades de saúde. De fato, as prerrogativas apresentadas buscam pela incorporação de dinâmicas mais voltadas para as pessoas, centralizando as reflexões nas ações relacionadas ao cidadão.

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A complexidade das representações sociais se expressa pela busca de explicação social e individual e se apresenta em forma de conflito, não somente no domínio da experiência de cada um, mas na realidade da vida social. Tal fato se exprime pelas concepções e ideias que se modificam em função da diversidade dos problemas e dos novos fenômenos a serem descritos ou explicados (MOSCOVICI, 1995).

Nesta dissertação, a Teoria das Representações Sociais (TRS) é utilizada para entender o processo de compreensão da ação participativa e identificar a existência de ações coletivas por meio de ações individuais, evidenciando o conhecimento dos usuários do SUS em relação à sua participação na USF. Os significados expressos pelas representações sociais evidenciam as condições que

capacitam as pessoas a detectar os fatos da vida cotidiana, permitindo uma maior compreensão da sua realidade

Segundo Moscovici (1995) as representações sociais são formas características de conhecimento, como um fenômeno ligado às diferenças sociais, que permite a criação coletiva da realidade em condições de modernidade. O autor considera que parte da compreensão das experiências vividas, a partir de representações sociais, se desenvolvem no processo de comunicação entre as pessoas, assim, os fenômenos sociais permitem identificar, de maneira concreta, as representações e permitem o acesso privilegiado aos saberes populares.

Para Farr (1995, p. 44 e 45) “as sociedades modernas são caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais acontecem”. O autor afirma que Moscovici procura modernizar as ciências sociais, a fim de torná-la “mais adequada ao mundo moderno”, e entende que a modernização também se faz presente no estudo sobre o comportamento social que ainda contribui com o desenvolvimento do conhecimento.

A origem da TRS apoia-se nos fundadores das ciências sociais, sendo considerada “uma forma sociológica de Psicologia Social” (FARR, 1995, p.31). Segundo este autor, Moscovici afirma que a noção de representação coletiva de Durkheim deve ser explicada a partir da psicologia social e julga ser mais adequado estudar as representações sociais do que as coletivas em um contexto mais moderno.

No cenário das representações sociais, o pensamento é considerado como um ambiente, o qual apresenta um aspecto real da relação entre os mundos internos e externos. Palavras, ideias e imagens são representações que interferem na atividade cognitiva e se convencionalizam em objetos, impondo-se como forças irreversíveis em que “nenhuma mente está livre dos condicionantes anteriores que lhe são impostos” (MOSCOVICI, 2004 p. 36).

Minayo (1995, p. 89) considera que “Representação Social é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida da lembrança ou do conteúdo do pensamento” e que nas ciências sociais são definidas como “categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando ou questionando-a.” A autora aponta que as representações são mais abrangentes e revelam a visão de mundo com elementos do passado e do presente, projetando o futuro.

Uma sociedade pensante guarda informações, palavras e pensamentos, os quais podem ser transformados em gestos, juízos e opiniões (MOSCOVICI, 2004). Nesta perspectiva, pode-se afirmar que as representações “são também uma expressão da realidade intra-individual; uma exteriorização do afeto, [...] são estruturas estruturantes que revelam o poder de criação e de transformação da realidade social” (SPINK, 1995, p. 120-121).

Segundo Moscovici (2004), existem dois universos relacionados às representações, o consensual e o reificado, sendo que o primeiro se refere à sociedade como um grupo de pessoas iguais e livres em que cada um pode adquirir conhecimento e competência; e no segundo, o reificado, a sociedade é vista como um sistema com diferentes papéis e classes, com membros iguais. O autor considera que, o contraste existente entre estes mecanismos se dá pelo impacto e pelos limites que dividem a realidade coletiva, constatando que a ciência é compreendida a partir do universo reificado, enquanto que as representações sociais ligam-se ao consensual.

Ao defender este ponto de vista, Moscovici (2004, p. 53) propõe que as representações “devem ser vistas como uma “atmosfera” em relação ao indivíduo ou grupo, sendo específicas da sociedade”. Ao determinar a necessidade de equilíbrio e favorecer a dominação do impopular, o autor considera que a TRS é um método que proporciona a capacidade de compreender e comunicar, tendo como função tornar algo não-familiar em familiar.

O conceito de familiaridade exposto por Moscovici (2004) demonstra a capacidade de adaptação das pessoas diante de uma situação que revela características imagináveis, tornando a irrealidade aparente. Neste contexto, o autor aponta que o não-familiar apresenta os pressupostos básicos do consenso, atraindo e instigando as pessoas e comunidades a tornar real ou familiar algo que é incomum.

Recorrer as representações sociais enquanto método de estudo, faz parte de um processo que busca interpretar e entender as pessoas e seus costumes, para assim, transformar a realidade, inserindo, se necessário, novos conhecimentos. Nesta perspectiva, toma-se as proposições feitas por Moscovici (2004, p. 60), no qual afirma que para dar uma feição familiar a um fenômeno, é necessário colocar em funcionamento “mecanismos de um processo de pensamento baseado na memória e em conclusões passadas”, a ancoragem e a objetivação.

Para compreender as representações dos usuários do SUS sobre a sua participação nas unidades de saúde com ESF, busca-se dar voz às pessoas e incentivar o desenvolvimento de um processo de ação que considere a sociedade como parte do processo de construção da saúde. Assim, faz-se necessário compreender a concepção de ancoragem e objetivação, no sentido de favorecerem a interpretação das ações relacionadas aos indivíduos analisados.

A existência destes dois mecanismos, é apontada por Moscovici (2004) como sendo processos que geram as representações sociais. Segundo o autor, a ancoragem está relacionada a tentativa de ancorar ideias estranhas, reduzindo-as a ideias comuns e colocando-as em um contexto familiar; já a objetivação relaciona-se a transformar algo abstrato em quase concreto e transferir o que está no momento em algo que exista no mundo físico (MOSCOVICI, 2004).

No mecanismo da ancoragem, considera-se a transformação de “algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias” comparando-o com “um paradigma de uma categoria que pensamos ser apropriada” (MOSCOVICI, 2004, p. 61). Para o autor, ancorar significa classificar e nomear algo, é representar em nosso mundo familiar aquilo que não é usual, dando nome ao que não tinha nome.

Neste cenário, a representação está relacionada a codificação, a qual se liga a um sistema de “categorias confinadas a um conjunto de comportamentos e regras que estipulam o que é, ou não é, permitido”. Assim, a expressão categorizar, desenvolvida por Moscovici (2004, p. 63), apresenta o significado de “escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva, ou negativa” em relação a algo ou alguém.

Nesta perspectiva Moscovici (2004) destaca a classificação como parte da categorização, a qual não pode ser considerada como um simples graduar ou rotular pessoas ou objetos, mas seu objetivo principal é facilitar a interpretação de características, a compreensão de intensões e motivações, a fim de formar opiniões. Outra questão apontada pelo autor pondera que na TRS a ideia de pensamento ou percepção sem ancoragem não existe, e ainda pressupõe a necessidade de entender o ponto de vista com base no consenso e na possibilidade de existência de um primeiro sentido.

Por outro lado, Moscovici (2004, p. 71) desenvolve a ideia de objetivação entendendo que o incomum para uma geração pode se tornar familiar e óbvio para a próxima, sendo percebida como um processo intelectual e remoto em relação à realidade. O autor afirma que objetivar está relacionado a materialização como um processo de descoberta da qualidade de uma ideia, tendo em vista “reproduzir um conceito em uma imagem”, e ainda considera que representação é uma comparação que tem por objetivo preencher um espaço vazio.

As imagens selecionadas se misturam em um padrão que Moscovici (2004, p. 72) chamou de núcleo figurativo, o qual é considerado “um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias”. Como réplica da realidade, o conceito passa ser verdadeiro, perdendo o caráter abstrato e assumindo um caráter natural, pois um fenômeno só é possível a partir de uma realidade as quais são essenciais para a comunicação e a compreensão social, segundo o autor.

Nesta perspectiva, pode-se concluir que as imagens mentais que se desenvolvem ou surgem ao longo da vida são representações do pensamento que se tornam parte de uma realidade. Para Moscovici (2004, p. 74) é como “uma espécie de imperativo lógico, em que as imagens se tornam elementos da realidade, ao invés de elementos do pensamento”.

Resumidamente, o conceito de ancoragem permite compreender a necessidade de nomear o conhecimento, categorizando coisas e pessoas e estabelecendo as relações que revelam uma representação; já a objetivação é a união entre o não familiar com a realidade tornando-a verdadeiramente essencial (MOSCOVICI, 2004). Ambos conceitos, são considerados pelo autor como sendo maneiras de lidar com a memória, sendo que o primeiro mantém o movimento do pensamento e conhecimento; e a segunda extrai conceitos e imagens para depois juntar e reproduzir em um mundo exterior.

Desta maneira, a partir do momento em que a atenção se volta de um fenômeno a outro, as coisas são objetivadas, porém, somente os fatos que estão no centro da consciência tornam-se temas de representações e assumem o *status* de uma realidade social dominante. Esta situação expõe a possibilidade de estabelecer a circulação do conhecimento a partir de um processo de comunicação contínuo, que atribui à linguagem a possibilidade de transformação da informação (MOSCOVICI, 2004).

A abordagem das representações sobre participação dos usuários visa tornar exterior o conhecimento presente, identificando as ideias e imagens prévias, no sentido de tornar concreto o saber popular. Uma proposta que visa entender como as pessoas compreendem os significados relativos à sua participação em unidades de saúde.

O método de estudo das representações sociais é incorporado nesta dissertação, pois conforme afirma Moscovici (2004) seu desenvolvimento estabelece e considera a importância de princípios metodológicos a partir das conversações utilizadas pela sociedade, as quais retratam a realidade e permitem o estudo dos fenômenos. Ao apontar para a necessidade de se estabelecer um diálogo verdadeiro, o autor analisa objetivamente todos os aspectos da vida em sociedade e considera os vários pontos de vista existentes.

Segundo Moscovici (2004, p.173), é preciso descobrir os estímulos sociais que afetam os processos de julgamento, percepção e formação de atitude, para assim, as representações se transformarem em crenças que “congregam as pessoas e se tornam uma força que pode transformar os indivíduos de membros passivos em membros ativos que participam nas ações coletivas”. Uma perspectiva, que para o autor, procura rever a relação entre sujeito e objeto e estabelece a vida social como base comum da comunicação e do conhecimento transformado em ideologia.

Ao considerar que a participação é parte de um processo relacionado à comunicação entre pessoas, o método das representações sociais fortalece o entendimento de estabelecer a ligação entre o pensamento e ideia, bem como entre objeto e sujeito. Assim, a abordagem sobre os usuários e sua participação é o princípio da ação comunicativa intrinsecamente ligada ao ato participativo, as quais podem ser associados às representações que se manifestam.

Segundo Jodelet (2018), o campo das representações sociais implica nas relações entre sujeitos e objeto e indica a forma do saber prático. Nesta perspectiva, a autora considera que o sujeito está ligado ao social devido suas relações, comunicações e laços socioafetivos; o objeto refere-se tanto ao humano como ao social, em um universo material ou ideal. Ainda acrescenta que, para o objeto a representação relaciona-se ao simbolismo e à interpretação, e para o sujeito diz respeito à expressão e ao produto de uma construção.

Para Moscovici (2004) o fenômeno das representações sociais está relacionado à ciência e ao senso comum como sendo uma ação, onde o pensar passa a ser um processo de transformação da realidade vivida. Enquanto método de estudo, a representação social permite situar o conhecimento comum mobilizado pelas pessoas na comunicação informal da vida cotidiana sobre diversos assuntos, os quais prendem a atenção, o interesse e a curiosidade das pessoas (SÁ, 1995).

Como sistemas complexos, as representações são inscritas em um referencial preexistente, a partir de um processo de trocas e composição de ideias, que constroem pensamentos e adotam visões consensuais (MOSCOVICI, 2004). Nesta concepção, a criação de vínculo social e a continuidade da comunicação de uma ideia é apontada pelo autor como sendo a possibilidade de trazer para o presente os fatos ausentes, promovendo a coerência, a racionalidade e a integridade de um grupo.

Outra perspectiva apontada por Jodelet (2018, p. 433), refere-se a recorrer à expressão “fenômenos representativos” para dar conta das diversas formas de “representações sociais que se manifestam”. Para a autora é preciso considerar a abordagem social do conhecimento e significados relativos às realidades cotidianas, assim como os efeitos dos saberes relacionados ao senso comum.

Diante disto, a escolha pela utilização deste método para compreender o objeto de estudo relaciona-se à premissa de que a realidade é um fato a ser desvendado a partir do conhecimento dos indivíduos, os quais podem ser representados através do senso comum. Outra possibilidade está em assumir que a ação participativa se desenvolve em um processo contínuo de diálogo em busca de se estabelecer condições favoráveis de comunicação e atuação, tanto para usuários como para os serviços de saúde.

3.2 SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E SUA RELAÇÃO COM A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os dados referentes à identificação dos usuários são apresentados neste item a fim de discernir, de maneira geral, as características dos participantes da pesquisa. Ao ser realizada entrevista semiestruturada com os usuários de Unidades de Saúde da Família, o roteiro utilizado como guia (Apêndice B), inicia identificando cada participante tendo em vista traçar o perfil destes para na sequência analisar as representações sociais sobre a sua participação.

A coleta de dados com os usuários foi realizada entre os dias 06 a 15 de julho de 2021, sendo necessário, em duas unidades, o retorno por mais de duas vezes, pois em função da pandemia essas unidades estavam praticamente vazias no momento da visita para coleta de dados. A abordagem para participação na pesquisa ocorreu no momento em que as pessoas aguardavam atendimento, sendo selecionado o usuário que dispunha de tempo e disposição em participar da entrevista, realizada na sala de espera, na frente da unidade, ou ainda, no local em que as pessoas aguardavam para serem atendidas.

A disponibilidade de sala para realização de entrevista ocorreu em duas unidades. Em uma das unidades pesquisadas, as entrevistas foram realizadas no domicílio, por sugestão do responsável da unidade o qual disponibilizou duas agentes de saúde para acompanhamento ao domicílio. Apesar das condições desafiadoras para coleta de dados, 24 pessoas aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (T.C.L.E. - Apêndice C), iniciou-se a gravação das falas para posterior análise.

Os usuários que participaram da pesquisa constituem-se de pessoas que utilizam a unidade regularmente por um período maior que um ano e que mantiveram relação próxima com os serviços, permitindo o reconhecimento das ações desenvolvidas e vivenciadas junto à unidade. A escolha dos participantes foi direcionada a indivíduos com idade entre 21 até 80 anos, com capacidade cognitiva para responder as questões propostas.

Cabe destacar que para este estudo, a relação entre usuários e equipe, assim como a frequência e tempo de utilização da unidade são considerados fatores de relevância no processo de conhecimento sobre a participação. A aproximação com a rotina da unidade tem como pressuposto o entendimento de que somente se compreende uma realidade quando se vivencia uma experiência capaz de transformar o imaginário em algo real.

As informações referentes ao perfil dos usuários são apresentadas no Quadro 11, em que é possível verificar as características referentes à idade, sexo, escolaridade e o tipo de acompanhamento que realiza na unidade. Tais inferências tornam-se importantes uma vez que as peculiaridades da individualidade podem, em certa medida, aproximar as realidades de vida dos sujeitos, participantes da pesquisa, e

ainda, revelar as similaridades nas representações a serem identificadas, mesmo que as diferenças sejam consideradas como fatores limitadores para a análise.

Quadro 11- Caracterização de Usuários por Unidade de Saúde, Ponta Grossa, 2021.

Unidade de Saúde	Usuário	Idade		Sexo	Escolaridade	Tipo de Acompanhamento
USF Jayme Gusman Estrela	01	58		Masc	Ensino médio	Hipertensão e diabetes
	02	68		Fem	Primário	Hipertensão
	03	21		Fem	5ª ano	Gestante
USF Jamil Mussi	19	46		Fem	Ensino médio	Clínico geral
	20	50		Fem	Ensino médio	Clínico geral
	21	25		Fem	Superior	Clínico geral
USF Javier C. Arzabe	16	62		Fem	4ª série	Coluna e renal
	17	25		Fem	Técnico	Dentista
	18	48		Fem	1º grau	Acompanhando o pai
USF Júlio Azevedo Jd. Carvalho	10	58		Fem	3ª série	Tireoide
	11	72		Masc	Primário	Hipertensão
	12	43		Fem	7ª série	Hipertensão
USF Ludomir Urban Neves	07	62		Fem	4ª série	Hipertensão e diabetes
	08	66		Fem	4ª série	Hipertensão
	09	63		Masc	4ª série	Clínico geral
USF Roberto Portela Ronda	13	55		Masc	Ensino médio	Úlcera nas pernas
	14	46		Fem	7ª série	Pegar receita clínico geral
	15	68		Fem	4ª série	Hipertensão
USF Sady de /Macedo Olarias	22	65		Fem	Primário	Diabetes
	23	64		Fem	Ensino médio	Hipertensão e diabetes
	24	67		Masc	Superior	Clínico geral
USF Zilda Arns Boa Vista	04	56		Fem	8ª série	Tireoide
	05	57		Fem	8ª série	Tireoide
	06	77		Fem	4ª série	Hipertensão

Fonte: A autora.

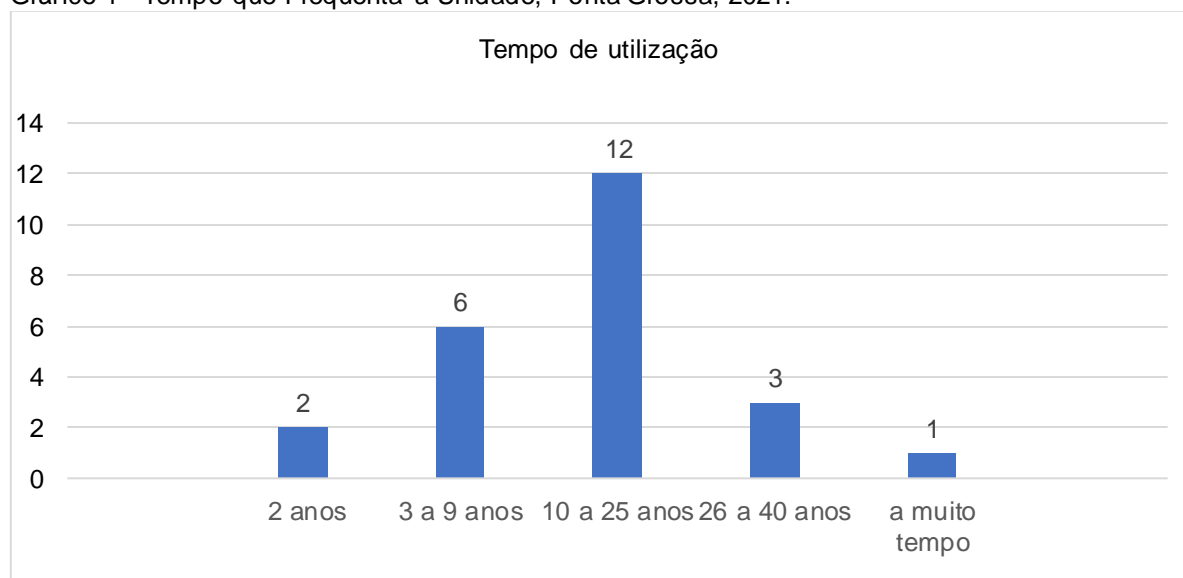
No que se refere ao sexo feminino e masculino, 19 mulheres e 5 homens foram entrevistados, sendo a sua maioria pessoas com idade entre 60 a 69 anos, que utilizam a unidade para acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes. Com respeito ao grau de escolaridade, prevalece o ensino fundamental, em especial os anos iniciais.

De acordo com o quadro anterior, observa-se que a escolaridade dos participantes, em média, encontra-se nos estudos escolares referentes ao ensino fundamental que compõe os anos do ensino básico no país. Os demais níveis de escolaridade aparecem timidamente, demonstrando que a maioria dos usuários que utilizam as unidades de saúde apresenta uma baixa escolaridade.

A aparente baixa no nível de escolaridade se destaca ao considerar a lógica da dominação simbólica apontada por Bourdieu (1983), sob a qual a legitimidade da consciência, da dignidade da pessoa humana e da liberdade estão fundamentadas nos títulos escolares das pessoas. A partir deste pensamento conclui-se que a depender do grau de escolaridade, os indivíduos podem ser considerados mais ou menos capacitados, podendo ligar-se às formas de submissão e aos valores de dominação por determinadas classes sociais, isto leva a ponderar que o baixo conhecimento acadêmico pode interferir na participação efetiva.

Observou-se que a maioria dos entrevistados relatou fazer muitos anos que procura pelo atendimento no serviço público de saúde, conforme aponta o Gráfico 1. A presença dos usuários há muitos anos frequentando a mesma unidade reforça a importância do vínculo com os profissionais, no sentido de atender com mais eficiência as demandas da população e fortalece a necessidade de ligação entre equipe de saúde e comunidade.

Gráfico 1 - Tempo que Frequenta a Unidade, Ponta Grossa, 2021.



Fonte: A autora.

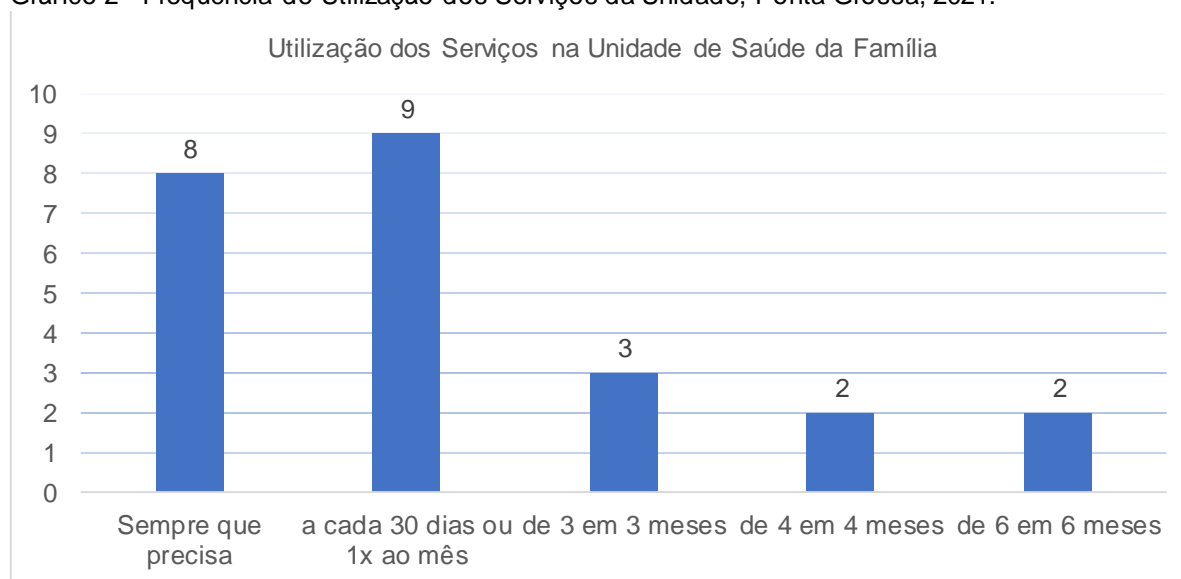
A longitudinalidade do cuidado, um dos atributos da APS, pode ser evidenciada neste gráfico sobre o tempo de utilização da unidade. Segundo Starfield (2002) é essencial que os serviços atuem de forma cada vez mais abrangente, com longitudinalidade e continuidade dos serviços, contribuindo na manutenção dos índices de saúde e facilitando o desenvolvimento de ações junto a usuários e comunidades.

No contexto das unidades de saúde, o tempo de utilização dos serviços tem benefícios, que para além da criação e fortalecimento do vínculo, também podem interferir no desenvolvimento do sujeito e de sua participação. Este pensamento se liga às questões relacionadas à autonomia e às relações de poder que se formam ao longo da vida e no interior dos serviços de saúde (CAMPOS; CAMPOS, 2014).

O sujeito autônomo, ainda que frágil e condenado a viver em sociedade, cresce, se desenvolve e carrega junto de si desejos, conceitos e ideias sob as quais podem influir grande parte de sua compreensão sobre a realidade em que vive (CAMPOS; CAMPOS, 2014). A continuidade da relação entre profissionais de saúde e usuários das Unidades de Saúde da Família ao longo do tempo, permitem também, delimitar o reconhecimento do território, no sentido de promover condições oportunas para o desenvolvimento da comunidade e das pessoas.

A frequência de utilização dos serviços disponibilizados pelas unidades pode ser observada no Gráfico 2. Ao abordar tal informação, procura-se compreender em que medida o conhecimento dos usuários em relação à rotina das unidades pode influenciar seu entendimento sobre a participação popular em saúde.

Gráfico 2 - Frequência de Utilização dos Serviços da Unidade, Ponta Grossa, 2021.



Fonte: A autora.

O impacto do envolvimento da comunidade com o serviço de saúde pode ser levantado ao considerar que quanto mais as pessoas utilizam as unidades de saúde, melhor será sua adesão às atividades propostas pelas equipes. Porém, é preciso reconhecer que, muitas vezes, o momento disponibilizado para participação dos

usuários ocorre durante o período em que as pessoas da comunidade estão trabalhando ou no descanso, e pouco se interessam por tal ação (CRUZ; BRUTSCHER, 2018).

As equipes deveriam estar atentas à capacitação dos usuários cada vez que ele utiliza a unidade e considerar a visita ao serviço como uma possibilidade de estimular a participação, tendo em vista gerar a autonomia e a mobilização das pessoas. A riqueza de ideias, percepções e possibilidades que cada pessoa carrega, remontam as complexidades e evidenciam as diferenças, estimulando novos significados e competências aos saberes populares (CRUZ; BRUTSCHER, 2018).

A abordagem da participação popular em saúde, nesta dissertação, tem a finalidade de inserir-se no contexto das representações sociais dos usuários do SUS sobre sua participação. Além disso, este trabalho busca levantar o conhecimento dos usuários sobre as formas ou maneiras de participação popular e procura identificar a presença de canais de participação nas unidades que utilizam.

Os resultados aqui apresentados visam promover debates sólidos, firmados na necessidade de entender o outro enquanto sujeito ativo da ação, tendo como apoio a TRS. A importância da utilização do método, nesta etapa do estudo, está em capturar a essência dos fatos, promover transformações significativas e fazer interpretações capazes de solidificar a compreensão sobre a realidade do sujeito, para então, identificar suas representações.

De fato, a representação pode levantar diversas formas de entender a ação pessoal, a fim de considerá-las como prática de cidadania. O conhecimento vinculado às relações sociais funde-se nesta discussão e propõe distinguir saberes e vivências, em busca de intensificar os aspectos mais relevantes relacionados à participação popular em saúde.

3.3 REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A SUA PARTICIPAÇÃO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ANÁLISE DOS DADOS

Por meio da análise de conteúdo busca-se identificar as falas que permitem o desenvolvimento das representações sociais, levantando questões relacionadas à participação dos usuários na ESF. O cerne das relações sociais evidenciadas no conhecimento e na realidade, compõem este processo que ainda pretende levantar a importância da ação individual no desenvolvimento de ações coletivas.

Após a transcrição das entrevistas, seguiu-se para o levantamento de informações que permitem a inferência do conhecimento por meio da organização das falas e do material a ser analisado. Com a leitura flutuante fez-se o primeiro contato com o material. Na sequência, com a leitura exaustiva, houve a formulação do universo de análise e das hipóteses, organizando o material em categorias de análise as quais se formaram a partir dos relatos com maior relevância para o estudo.

Dentre as hipóteses levantadas neste estudo, pode-se evidenciar questionamentos sobre qual a principal causa da falta ou da pouca participação dos usuários e quais os problemas relacionados a atuação do usuário junto as equipes de saúde da família. Os fatores relacionados ao processo participativo podem ser elencados, tendo em vista identificar em que medida a atuação da população tem sido valorizada ou se os usuários são considerados apenas reclamantes ou receptores de atendimento.

Outra questão a ser colocada relaciona-se ao conhecimento das pessoas sobre a importância da sua participação e a necessidade dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família estarem dispostas a orientar o ato participativo, quando necessário. Cabe destacar que se o usuário não tem conhecimento sobre os processos participativos e a possibilidade de atuação junto à equipe, a sua participação será falha e poderá até mesmo não acontecer; por outro lado, se a equipe não reconhece a importância das manifestações realizadas pelos usuários, a participação é deixada de lado.

As categorias de análise levantadas tratam de evidenciar o entendimento dos usuários sobre a participação, tendo em vista encontrar elementos para construção das representações sobre sua participação em atendimento aos objetivos proposto nesta dissertação. Para isto, a partir das unidades de registro e unidades de contexto elegeram-se 5 categorias, os quais agrupam as informações conforme a homogeneidade e os elementos comuns relatados pelos sujeitos dentro do tema central participação popular em saúde, sendo elas:

- a) Conhecimento e entendimento sobre participação;
- b) Atendimento e vínculo entre usuários e USF;
- c) Direito à saúde e cidadania.

3.3.1 Categoria 1 - Conhecimento e Entendimento sobre Participação

Nesta primeira categoria analisou-se o conhecimento dos usuários participantes da pesquisa sobre a participação popular em saúde. São relatos que apontam o conhecimento, interesse e oportunidade relacionada à participação nas unidades de saúde que utilizam frequentemente.

Em primeiro momento os usuários relataram não ter conhecimento sobre o assunto e nem mesmo ter ouvido falar sobre tal experiência ou possibilidade, referindo que a passagem pela unidade acontece de forma rápida, somente para consulta e pegar medicamentos e nem mesmo percebem se existe alguma forma de participação. Por outro lado, existiram aqueles que já ouviram falar, mas que também nunca participaram, por talvez nunca ter sido convidado ou até mesmo motivado a participar. Tal fato pode levar à conclusão de que o uso da unidade ou a relação próxima com profissionais não condiciona o entendimento sobre participação.

Não tenho conhecimento disso. Eu venho muito rápido (USUÁRIO 02).

Não ouvi falar nada assim (...) eu só venho aqui pra consultar e pegar remédio, outro assunto não sei como funciona (USUÁRIO 07).

Nunca ouvi falar ou dizer assim (USUÁRIO 03).

A gente vai lá e já volta, não vê o povo falar muito. Eu acho que quem quiser participa (USUÁRIO 05).

Não, nunca vi (USUÁRIO 15).

O conhecimento do usuário em relação à participação popular em saúde reflete o pouco entendimento sobre a sua atuação na unidade de saúde, sendo muitas vezes considerado como o “receptor de benefícios”. O que se percebe é uma compreensão equivocada em relação ao direito, colocando-o como uma dádiva, equivalente a garantias de benefícios para atender as necessidades das pessoas.

Segundo Oliveira (2015, p. 99), entender o SUS como ação de caridade contraria a “premissa da saúde como direito social e de cidadania”. Tal fato destituiu sua função de inserir o usuário nos processos decisórios relacionados à elaboração e efetivação de políticas públicas de saúde.

A perspectiva aqui destacada também evidencia as circunstâncias amorfas que os usuários tem vivenciado, o que poderiam estar colocando obstáculos para sua participação. As dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde em relação à participação popular podem ser evidenciadas pela “maneira como se organiza a produção dos cuidados em saúde”, que coloca o usuário como um doente que “busca medicalização”; centralizando procedimentos, não atendendo prioritariamente as pessoas, e expondo os limites impostos por um pensamento que “convenciona o cuidado como algo que se dá nos cantos e salas dos serviços de saúde” (CRUZ; BRUTSCHER, 2018, p. 254).

Diante da produção de conhecimento relacionada à participação dos usuários, percebe-se um entendimento voltado para a intencionalidade de colocar sobre o cidadão a responsabilidade por não participar. Uma culpabilização, que segundo Valla e Stotz (1996), ganha contornos sofisticados quando se supervaloriza os problemas socioeconômicos da população para justificar os serviços precários, dando pouca ênfase a uma dinâmica de trabalho que valorize a participação da população.

É que o povo tem que ser mais interessado em procurar (USUÁRIO 01).

(...) eu acho que está na gente ir pra ver com eles (a equipe da unidade de saúde) como é que participa, pra gente participar também (USUÁRIO 05).

A gente vota e tinha que cobrar, mas a gente é parado (...) (USUÁRIO 05).

A concepção individual sobre a participação relacionada à saúde fica evidente nestes relatos, porém é preciso superar tal expectativa a fim de entender que o processo saúde-doença está relacionado a uma responsabilidade coletiva. A relação interpessoal entra neste contexto, apoiando uma dinâmica capaz de superar as investidas de um sistema capitalista, que enaltece a individualidade e condiciona a sociedade ao consumo e acumulação de bens e serviços (CRUZ; BRUTSCHER, 2018).

Se a participação fosse algo do cotidiano das pessoas e dos serviços de saúde, seria muito mais fácil a compreensão, tanto de usuários como de profissionais, sobre sua função. Cruz e Brutscher (2018, p. 257) apontam que a presença da participação no cotidiano das ações de saúde poderia introduzir, paulatinamente, tanto em moradores do território, trabalhadores ou gestores uma melhor compreensão

sobre “como participar, porque participar e para onde levam os processos participativos”

A ideia de que a participação está ligada ao que se pode fazer também aparece como sendo uma demonstração do entendimento da população sobre a sua ação participativa. Ainda que a ideia sobre o assunto seja superficial ou pouco desenvolvida, o que se percebe é que ao falar sobre participação, algumas pessoas são levadas a pensar em algo dinâmico relacionado ao fazer, em uma atuação voltada somente para o outro, ou seja, para as pessoas que estão ao seu redor.

*(...) não tenho uma opinião formada do que a população **poderia fazer** (...) (USUÁRIO 12, grifo nosso).*

Ter mais voz ativa, poder participar, estar junto e pedir melhorias, o que pode ser acrescentado, mais planos e projetos (USUÁRIO 17).

Apesar dos usuários informarem, na entrevista, que não tinham conhecimento e/ou opinião sobre participação popular, identificam-se relatos que demonstram compreensão sobre as maneiras ou formas de participação, refletindo o entendimento sobre o assunto abordado.

Conselho (...) dar uma opinião, ver o que poderia ser melhor, o que que não tá bom, entende? O que podia melhorar essa é minha opinião. É uma participação mesmo por eu estar falando espontaneamente né, mas é uma participação, eu estou expondo o que eu penso (USUÁRIO 15).

Eu vi que tem uma caixinha que a pessoa escreve se ela não quer se identificar (...) Vi que tinha aqui. Agora a gente não entra mais ali, mas tinha ali sugestões e reclamações (USUÁRIO 18).

São várias formas acho que a ouvidoria é a principal né de que o povo consegue dar o relato de como foi a experiência ou fazer alguma sugestão, ou uma reclamação” (USUÁRIO 21).

Antigamente tinha uma caixinha para você participar e também falava, reclamar (USUÁRIO 22).

Já ouvi falar a respeito de manifestações pessoais, popular (USUÁRIO 24).

Ao refletir sobre o conhecimento do usuário sobre participação, a sua atuação, seja por meio de opiniões e manifestações, ou algum ambiente ou espaço específico (como caixinha de sugestões), revela a complexidade deste fenômeno que tende

garantir um pensar inovador por parte das equipes. A pertinência do pensar participativo está em definir novos caminhos da dinâmica social, no sentido de incidir no território espaços de participação que qualifiquem as pessoas a serem mais críticas, criativas e propositivas, tornando os serviços produtores de vida e dignidade (CRUZ; BRUTSCHER, 2018).

3.3.2 Categoria 2 - Atendimento e Vínculo entre Usuários e USF

A segunda categoria de análise evidencia a relação entre participação e o atendimento recebido ou ofertado pela unidade. A compreensão por parte dos usuários acontece em um contexto de relacionamento, comunicação e vínculo criados entre profissionais de saúde e comunidade. O entendimento dos usuários em relação à sua participação passa também por desdobramentos relacionados à receptividade, ao acolhimento e à segurança em ser bem atendido nos serviços de saúde. Conforme se observam nos relatos a seguir:

As atendentes são excelentes, são muito atenciosas (USUÁRIO 10).

O atendimento desse nosso posto aqui está excelente (USUÁRIO 9).

Eles atendem a gente muito bem (USUÁRIO 4).

Todas elas fazem um trabalho maravilhoso que não tem a mínima queixa de nenhuma delas (USUÁRIO 14).

Eu acho, eu acho, não, eu sinto que todo mundo sempre bem-vindo né ninguém sai daqui sem atendimento sempre um outro conversa, se tem para aquele momento, se não manda voltar para outro dia, todo mundo trata aqui de igual pra igual (USUÁRIO 14).

Ah eu acho bom. É que o povo precisa que tenha aqui, daí não precisa estar indo longe e correr atrás de acompanhamento tudo (USUÁRIO 19).

O “bom atendimento” mencionado pelos usuários aponta para unidades que assumem a responsabilidade de suas ações para atender a população com atenção e humanização. Ainda que não seja possível mensurar o grau de comprometimento destas unidades com seus usuários, é possível perceber a presença de receptividade, o que abre margem para a possibilidade de atuação dos usuários e sua participação.

Se de um lado estão as responsabilidades, do outro está o compromisso com o bom atendimento e a necessidade de promover na comunidade uma atenção capaz de proporcionar melhores condições de saúde. Neste ponto encontram-se aqueles que disseram ser bem atendidos e os que apontaram para a precariedade e a falta de comprometimento das equipes com as pessoas que utilizam a unidade, conforme observa-se nos relatos seguintes.

Tem, tem pessoas que que gostam e tem pessoas que criticam (USUÁRIO 13).

A tem dias que elas estão nervosas, né, daí tão nervosa daí atendem mal. Não são todas, mas atende mal a gente (USUÁRIO 16).

*Muitas vezes a gente vem aqui procura o atendimento e não recebe o tratamento que a gente merecia ser tratado, né. O atendimento é precário, quando a gente é abordado as **pessoas não sabe conversar com você, dialogar**” (USUÁRIO 1, grifos nossos).*

A insuficiência de atenção prestada, encontrada nos relatos, aponta para a geração de conflitos e o alastramento do preconceito em relação ao usuário, aprofundando a inadequação dos discursos populares aos ouvidos dos funcionários e profissionais. Chama a atenção para legitimidade de uma linguagem, conforme os padrões de uma elite que se impõe diante de uma sociedade dividida em classes sociais e que nem mesmo tem ou teve acesso à escola formal (VASCONCELOS, 2010).

A ligação entre usuários e os funcionários que atuam nos serviços é imprescindível no processo de valorização e respeito referente à linguagem dos usuários, pois como afirma Vasconcelos (2010, p. 253), é preciso que um discurso assumira a existência de um “emissor legítimo dirigindo-se a um destinatário reconhecedor dessa legitimidade”. O diálogo aqui apontado é um fator que precisa ser incentivado, a fim de promover a participação dos usuários junto às equipes de saúde, assumindo a presença de uma comunicação aberta e eficaz com a comunidade, conforme apontam os relatos.

Sempre percebi que os funcionários tem um contato muito aberto com a população, eles têm liberdade de conversar solicitando ou fazendo alguma sugestão (USUÁRIO 21).

Faz parte esse contato de criação de vínculo da unidade de saúde com a população (USUÁRIO 21).

Pegar sugestão estarem abertos a sugestões (...) mas na crise que está a saúde não tem como exigir muito também (USUÁRIO 09).

A gente chega ali, a gente pergunta (...) elas respondem tudo. Tipo as vezes a pessoa precisa de uma informação ali eles perguntam tudo (USUÁRIO 03).

*Não, não vi esse não (...) **quase não tenho aqui, não tem muita ligação** (USUÁRIO 20, grifos nossos)*

Os relatos expõem de forma clara e simples como as pessoas percebem a possibilidade de participação ao frequentarem as unidades de saúde. A compreensão sobre o ato participativo se expressa aqui pelo simples fato de conversar, solicitar algo, dar sugestão ou fazer observação sobre o serviço, evidenciando a importância do vínculo no processo de comunicação.

*“Eu acho que quem tiver uma ideia **é só conversar** com assistente social né, elas são bem tranquilas para conversar com a gente os enfermeiros são todas bem... Sempre aquele que tem alguma coisa uma dúvida se pergunta pra elas, elas já te respondem e aqui também quem chega aqui tirar uma dúvida pergunta aí para X enfermeiro que ela atende eu acho que todos, que tem muita gente que vem conversar com ela (USUÁRIO, 12 grifos nossos).*

*E daí quando você quer você chega lá e você fala mesmo. **Fala lá com eles que eles sempre ouvem.** São bem atenciosos eu gosto (...) se não sou bem atendida ou me tratam mal alguma coisinha qualquer coisa que eles não concordem eu acho que o povo tem que, tem que tomar a iniciativa (USUÁRIO 18, grifos nossos).*

Eles são muito receptivos sempre foram sabem não sei agora, esses de agora, mas os anteriores sim. Pelo menos eram muito receptivos. Te davam a oportunidade de você conversar se necessário conversar (USUÁRIO 24).

É você ter espaço você ter oportunidade de você expor a tua opinião (USUÁRIO 24).

Segundo Cruz e Brutscher (2018, p. 257) é fundamental que os serviços assumam “uma postura acolhedora, amiga, de construção de vínculos afetivos” para demonstrar “reconhecimento de inteireza, de importância, de boniteza e de relevância central de cada pessoa no seu contexto territorial”. Para os autores, a afetividade é o procedimento que sustenta a autenticidade da participação que acontece por meio da convivência entre pessoas, grupos, culturas e referências políticas e sociais no território.

A fala se estabelece como o principal instrumento de expressão e comunicação, tornando a participação real e verdadeira, repleta de possibilidades e de interação entre usuários e unidade de saúde. Um entendimento marcado pela concepção de que não é preciso tantas formalidades para se fazer presente na rotina de atividades das equipes; o que mais importa é a interação e o relacionamento interpessoal com a comunidade.

No contraponto a esta observação, Vasconcelos (2010) destaca a dificuldade de reconhecimento, por parte das unidades de saúde, da linguagem informal popular presente nos discursos dos usuários. Para o autor, existe uma certa dominação sobre as classes subalternas que considera que a linguagem por elas adquirida não poderia representar ou ser utilizada pelas unidades de saúde.

Se tal fato for visto como verdadeiro, a linguagem passa a ser não somente um instrumento de comunicação, mas uma estratégia de poder diante de um processo de dominação (VASCONCELOS, 2010). A incapacidade passa a ser vista como real e os usuários podem se considerar pouco instruídos para participação.

Para além da ação comunicativa entre usuários e equipe de ESF, é necessário reconhecer o contexto de atuação e interação que se estabelece no interior dos serviços de saúde no processo de inserção da participação. Neste ponto, “é preciso ir além do discurso, procurando entender o contexto social onde ele se deu e as condições em que seus atores se constituíram e se relacionam na sociedade, fora do momento da comunicação” (VASCONCELOS, 2010, p.52).

É preciso instituir relação de vínculo forte e capaz de promover uma escuta eficaz, em que “os que falam consideram os que escutam dignos de escutar e os que escutam consideram os que falam dignos de falar” (BOURDIEU, 1983, p. 161). Nesta interação entre os indivíduos, o autor ainda pondera a aplicabilidade das relações sociais no processo de produção da comunicação, em que produtores e receptores do diálogo sejam capazes de aceitar como verdadeiras as falas e informações um do outro.

3.3.3 Categoria 3 Direito à Saúde e Cidadania

Esta última categoria de análise apresenta as particularidades da participação popular em detrimento de sua função enquanto promotora do direito e da cidadania. Neste momento, busca-se encontrar os pontos relevantes da atuação dos usuários

frente às demandas por eles vivenciadas, tendo em vista sua compreensão do processo participativo.

Os procedimentos que desvelam a realidade individual podem ser percebidos nos discursos dos sujeitos, como forma de demonstrar o sentido da ação participativa na vida social dos usuários do SUS na USF. A importância da participação popular para a concretização da saúde também remonta a diversidade de manifestações como caminhos para o envolvimento das pessoas no território em que atuam e vivem.

Os relatos apresentados nesta categoria de análise revelam a dimensão do ato de participar relacionado à reclamação como sendo a expressão de um povo que carece ser ouvido e reconhecido. Na avaliação dos sujeitos, usuários das unidades de saúde, o ato de reclamar caracteriza o direito e a concretização da cidadania pelo fato de expor sua opinião, mesmo que não exista uma reclamação de fato, como pode ser percebido nos relatos seguintes.

Não tenho do que reclamar (USUÁRIO 04).

Tem pessoas que reclamam e outras não (USUÁRIO 10).

Tem, tem pessoas que que gostam e tem pessoas que criticam, né (USUÁRIO 13).

Quando tem alguma reclamação e coloca na caixinha, alguma reclamação (USUÁRIO 19).

Não existe reclamação nenhuma, pelo menos que eu saiba né? Se fosse no antigo daí sim daí eu teria reclamação com muita gente né, mas aqui não atualmente agora aquele... inaugurou faz pouco tempo, né tudo não tem reclamação não vi reclamação nenhuma até por sinal eu venho aqui, tô vindo frequentemente, eu não tenho reclamação nenhuma sempre fui bem atendido (USUÁRIO 22).

É possível apontar que a participação do usuário, neste contexto, acontece de forma real e eleva o grau de comprometimento dos usuários em relação às unidades de saúde. Pode-se considerar, também, que a aparente revolta, muitas vezes evidenciada por uma reclamação, remonta à expressão de indignação e reinvidicação dos usuários por uma atenção mais humana e qualificada às suas necessidades.

Segundo Vasconcelos (2010, p. 52),

Os pacientes angustiados com seus problemas, submetidos a uma situação embaraçosa para o diálogo e sem competência e treinamento linguísticos para enunciarem suas justificativas em situações formais e institucionais, ou

se calam, engolem a insatisfação e voltam para a casa ou tendem a iniciar discursos, logo considerados desajustados pois agressivos e sem coerência, justificando atitudes repressoras mais firmes dos funcionários.

Tal situação, muito comum no interior dos serviços de saúde, é manifestada na maioria dos relatos, os quais consolidam o ato de reclamar como sendo seu entendimento sobre participação. Outra situação percebida, diz respeito à continuidade da assistência, elevando a importância dos usuários no processo de construção e consolidação das ações de saúde por meio da ação participativa.

Este fato se complementa com os relatos seguintes, consolidando o conceito de cidadania, o qual coloca o povo como parte de um todo.

Ver o que precisa e o que não precisa pra reclamar ou elogiar (USUÁRIO 13, grifos nossos).

Da minha parte está tudo bem não tem que reclamar, somente agradecer todo mundo e porque está ótimo atendimento pessoal (USUÁRIO 14, grifos nossos).

*Eu vejo as pessoas reclamando vim aqui falar mesmo ó isso aqui tá errado, aquele lá, aquilo outro. **Eu vejo as pessoas mesmo falando o que precisar pra melhorar*** (USUÁRIO 18, grifos nossos)

Eu acredito que sugestão de melhoria de atendimento, e também reclamação né faz parte algo que não seja do gosto ou que não atenda conforme as expectativas (USUÁRIO 21).

O universo simbólico das comunidades em que as equipes estão inseridas está em constante transformação e ao longo dos anos as opiniões e regras da vida vão sendo substituídas e compreendidas de diferentes maneiras (VASCONCELOS, 2010). Esta realidade remete à expectativa de ampliação da autonomia do cuidado, em que o povo se responsabiliza por buscar as informações referentes à participação e às precauções para obter mais saúde.

Com esta perspectiva, a participação dos usuários passa ser compreendida como uma ação que está diretamente ligada à atuação do usuário junto às equipes de saúde da família, conforme se apresentam nos relatos.

Acho que está na gente ir falar pra ver como é que participa (USUÁRIO 05).

Esse, tem tudo envolvido, a informação, a saúde das vezes da pessoa. Tudo isso, né (USUÁRIO 03).

A informação e principalmente a saúde da pessoa. Acho importante a pessoa se informar tudo certinho (USUÁRIO 03).

Diante de uma trajetória de lutas relacionada ao direito à saúde e à afirmação da cidadania, o ato de reivindicar e as reclamações (embora em nenhum relato haja evidências de reclamações concretas) entram neste contexto como forma de expressão relacionada à participação do usuário do SUS da USF. Os sentidos aqui expressos em relação à ação participativa retratam a realidade de um povo que busca por dignidade.

Em que pese a relevância do ato participativo, Cruz e Brutscher (2018) afirmam que é recomendável o estabelecimento de um ambiente perene e propício para participação das pessoas e que tal condição se desenvolva de forma natural. Como parte do processo de envolvimento do cidadão, é primordial a existência de espaços locais de participação “intimamente relacionados a um processo construtivo em formato de redes de informações e opiniões, de forma a promover a interação entre usuário e o serviço de saúde” (CRUZ; BRUTSCHER, 2018, p. 255).

Por outro lado, o discurso atribuído à participação popular envolve as relações de poder inseridas nos serviços de saúde, proporcionando debates pautados no direito e na efetivação da cidadania. Os processos que desvelam a realidade individual podem ser percebidos nos discursos reivindicatórios e reclamatórios, como forma de demonstrar o sentido da vida social em relação à participação dos usuários na USF.

Reconhecer as diversas situações inseridas na ação participativa envolve refletir sobre as relações que se formam no interior dos serviços de saúde, as quais podem revelar a presença ou ausência do direito e da cidadania. A intencionalidade das ações expressa a vivacidade do interesse de usuários por participar, refletindo os retratos de uma realidade pouco inclusiva, interferindo no processo participativo.

Na medida em que a vontade de participar é identificada nos relatos, pode-se afirmar a necessidade de reconhecer as reclamações como benéficas para o desenvolvimento da qualidade dos serviços, considerando como positiva a presença dos usuários no desenvolvimento das ações de saúde oferecidas à população.

As pessoas têm que participar porque se não tiver de acordo alguma coisa para poder tentar melhorar (USUÁRIO 22)

Uma pessoa conversa com a outra, troca ideia, escuta (...), isso ajuda (USUÁRIO 23).

Participação popular de você se expressar, conversar com uma médica conversar, com uma representante da área da saúde (USUÁRIO 24)

A atuação dos usuários junto às equipes de saúde evidencia o direito e coloca o cidadão como parte de um processo que garante a superação da opressão sofrida ao longo dos anos. Neste sentido, a apropriação discursiva dos usuários fundamenta a condição humana, favorecendo a inclusão relacionada a atos e palavras (FLEURY, 2009).

Por outro lado, se de alguma maneira for identificada a existência ou intensão de proibir a participação do usuário, é preciso reconhecer que tal situação leva a uma experiência de rebaixamento, afetando questões morais e sociais dos usuários do sistema de saúde (VASCONCELOS, 2010). A construção de processos participativos vale-se da manutenção de propostas que sejam eficientes e concretas, ocorrendo por meio de um “diálogo libertador, qualificado a motivar pessoas a se identificarem com as necessidades umas das outras e a lutarem por seus direitos de cidadania, processo que não pode ser garantido apenas pela institucionalização” (CRUZ, BRUTSCHER, 2018, p. 258).

Em uma sociedade democrática, o ato de participar representa, em suma, uma das principais estratégias de se fazer valer direitos, colocando o cidadão como parte do processo de governança de um país. Ao reconhecer o entendimento das pessoas sobre a sua participação e o que esse fenômeno representa para elas, busca-se compreender em que medida os universos reais e imaginários se traduzem na realidade. Para alguns usuários, a participação ganha sentido quando a ação se faz presente na busca por mais recurso para o atendimento da população.

Sem participação na saúde a gente não teria nada (USUÁRIO 11).

Ah. eu acho que é, eu acho que é importante as pessoas opinarem e cada um possa ter os seus direitos, né, eu acho que é importante para as pessoas, pra população aqui que usa o posto assim sabe? Eu acho que é importante (USUÁRIO 03).

Gente conseguir mais coisas, sei lá, mais incentivo do governo da prefeitura. Coisa assim, se a população participar mais, sabe? (USUÁRIO 13)

Como algo assim que o povo tem a voz ativa. Aonde eles vão argumentar o que precisa melhorar, o que está faltando pra ficar 100%, melhorar o atendimento, né.

Como assim, a gente dar sugestões né de melhoria. De ter mais voz ativa né poder participar estar junto sim é pedir melhorias o que pode ser acrescentado mais planos projetos e nem vai melhorar, não é? (USUÁRIO 17).

Eles falam qualquer coisa vai na prefeitura lá, alguma coisa né que vocês estão querendo aqui né (USUÁRIO 23).

As diferenças presentes em grupos e sistemas de pessoas e classe iguais, traduzem os diversos papéis atribuídos a uma sociedade, garantindo a possibilidade de vivenciar experiências reais. A presença de governos cada vez mais corruptos que propagam sentimentos e ações opressoras faz com que a realidade da participação, para muitos, seja apenas um sonho ou uma utopia. De maneira geral, a profundidade da exclusão sofrida no Brasil acarreta a contínua separação dos indivíduos, impedindo sua participação na esfera pública, em um processo de relação cultural que regula as diferenças e as condições de apropriação de saber e poder (FLEURY, 2009).

As categorias de análise apresentadas apontam para as representações dos usuários na medida em que se identificam e agrupam relatos, os quais demonstram o entendimento das pessoas em relação à sua participação. Dando continuidade à construção das representações dos usuários sobre a sua participação, finaliza-se este capítulo discorrendo sobre os significados que desvelam a realidade sobre a participação nas Unidades de Saúde da Família em Ponta Grossa.

3.4 PARTICIPAÇÃO: UMA AÇÃO IMPORTANTE

O reconhecimento da realidade por meio da construção das representações sociais dos usuários sobre a sua participação estabelece as condições simbólicas do saber que cada indivíduo tem sobre a sua condição enquanto cidadão. Os universos representativos e a familiaridade em relação a um fenômeno garantem a construção de ambientes propícios para o entendimento de uma ação frente à singularidade da vida.

Os significados relacionados à participação dos usuários representam os saberes expressos na essência do pensamento popular e na medida em que a individualidade é apresentada, as representações sociais são expostas, trazendo toda importância imersa em pensamentos e sentimentos do povo. Moscovici (2004) afirma que o poder concentrado nos interesses de uma sociedade surge das representações

ou valores de suas crenças, convergindo e se unindo para promoção de um sentido comum à existência.

Os fatos da vida cotidiana que se revelam nas representações sociais demonstram os sentidos das ações coletivas, uma vez que ganham força ao unirem-se aos pensamentos e às necessidades individuais. No caso da participação, a perspectiva está em reconhecer espaços que surgem como formas de inclusão social a uma parcela da população que se encontra desprovida de direitos e de condições básicas de subsistência.

Os relatos colhidos por meio das entrevistas, apresentados no Quadro 12, demonstram que os significados referentes à participação apontam para sua importância enquanto fenômeno. Por meio destas expressões, elencam-se as representações sociais, e assim, dimensiona-se o valor dos usuários e de sua atuação frente às demandas de saúde por eles produzidos.

Quadro 12 – Significados sobre Participação na Unidade de Saúde da Família, Ponta Grossa, 2021.

Sujeitos	Significados da participação
USUÁRIO 1	Melhor saúde
USUÁRIO 2	Aquela coisa que ajuda muito... alguma coisa que a pessoa precisa e não tem, eles participam, falar ajuda...
USUÁRIO 3	Importante para ter mais saúde e bom atendimento.
USUÁRIO 4	É importante.
USUÁRIO 5	É a gente ver como está a saúde
USUÁRIO 6	Não tem o que dizer.
USUÁRIO 7	É o grupo que sai para fazer caminhada, palestras, troca de receita.
USUÁRIO 8	Não sabe responder
USUÁRIO 9	(...) Dar alguma sugestão
USUÁRIO 10	É uma boa (...) é excelente.
USUÁRIO 11	É estar sendo bem atendido, não tem porque reclamar.
USUÁRIO 12	Eu acho que quem tiver uma ideia é só conversar.
USUÁRIO 13	É importante, é muito importante pra mim. Acho que participando dá pra gente conseguir mais coisas, sei lá mais incentivo do governo, da prefeitura.
USUÁRIO 14	Porque a gente que está com problema, então, a gente tem que expor o problema em si.
USUÁRIO 15	É uma participação por eu estar falando espontaneamente (...), eu estou expondo o que eu penso.
USUÁRIO 16	É bom ter postinho aqui.
USUÁRIO 17	Que o povo tem voz ativa. Aonde eles vão argumentar o que precisa melhorar, o que está faltando para ficar 100%, melhorar o atendimento(...) a gente dar sugestão.
USUÁRIO 18	Reivindicação
USUÁRIO 19	É de muita utilidade
USUÁRIO 20	É muito bom. É bom a gente vir aqui
USUÁRIO 21	Sugestão de melhoria no atendimento e reclamação (...) é o contato de criação de vínculo da unidade com a população.
USUÁRIO 22	É muito importante. O povo tem que falar (...) se não nunca vai melhorar as coisas.
USUÁRIO 23	Acho importante
USUÁRIO 24	É você ter espaço, ter oportunidade de expor tua opinião.

Fonte: A autora.

Toda representação, evidenciada nestes relatos, culmina na necessidade de promoção de espaços de diálogos, reconhecendo no povo a força para implementação de mudanças capazes de transformar uma realidade que se mostra, muitas vezes, cruel e desafiadora. Os sujeitos aqui são capazes de reconhecer as experiências que os aproxima do fenômeno participação, evidenciando a realidade de uma ação considerada importante, porém, ao que parece, pouco valorizada.

Assumir a participação popular como algo importante eleva o significado da atuação do usuário e indica a necessidade de uma abordagem mais intensa em relação ao tema na USF. O dilema a ser vencido está no enfrentamento dos problemas relacionados aos preconceitos que se levantam no interior dos serviços e que por vezes podem estar impedindo a ação participativa.

O que se percebe é um sentimento que remete a necessidade de ser ouvido e compreendido e mesmo que os significados sobre participação fiquem em torno do alcançar o bom atendimento, é possível perceber a ânsia por ser reconhecido como parte, fazendo valer sua identidade como cidadão. Com esta perspectiva, aponta-se que as formas de produção e reprodução da inclusão refletem um fenômeno político, emerso na constituição de sujeitos capazes de inserir-se na esfera pública, em busca de socialização e relevância (FLEURY, 2009).

O efeito de revitalização da cidadania em função da inclusão de novos grupos e sujeitos na esfera pública, também requer o reconhecimento daqueles que se acham excluídos (FLEURY, 2009). Um dilema envolto pela luta contra a dominação e a opressão, no sentido de superar as dificuldades para participação dos usuários nos serviços de saúde.

O fato de a unidade de saúde fazer parte do cotidiano das pessoas, dá a conotação de que tê-la por perto é o símbolo de que seus direitos serão garantidos e que o atendimento almejado será de qualidade. Sendo assim, a participação passa ser o ato de frequentar o serviço de saúde em busca de atender as suas necessidades, que em suma representam a realidade social imersa na desigualdade e nas carências emocionais, sociais, culturais e tantas outras que poderiam ser identificadas.

Para além do ato reivindicatório e de reclamação, é possível perceber a expectativa de encontrar a tão almejada valorização da pessoa humana. A presença da USF nas comunidades, eleva a sua capacidade de legitimar o processo

participativo, focando na criação de vínculos que sejam suficientes para suprimir os conflitos e a falta de interesse na participação direta dos usuários na gestão do serviço.

Diante da perspectiva que se forma sobre o processo participativo, observa-se uma visão positiva em relação ao ato de participar, em que o usuário coloca esta ação como essencial para o bom andamento dos serviços. Tal fato é real, pois a presença das pessoas permite reencontrar caminhos e refazer projetos mais apropriados às necessidades de saúde da população.

As concepções dos usuários sobre sua participação envolvem também o nível de comprometimento das pessoas com o processo participativo, colocando em evidência o ato de falar e expressar opinião. À parte das relações que se formam com servidores e profissionais de saúde, está a condição de influenciar positiva ou negativamente as questões mais comuns da vida cotidiana, contribuindo com a promoção de saúde, felicidade e bem estar das pessoas.

Ao compreender as representações incorporando o usuário na tomada de decisão, como agentes de transformação no universo das relações sociais, pretende-se introduzir a perspectiva de aumentar a capacidade de resolução dos problemas sociais, e assim, estabelecer vínculo duradouro entre profissionais e populares. O que se espera, a partir desta reflexão, é incorporar nos serviços o interesse pelo conhecimento mais profundo do território e das pessoas que ali vivem, entendendo que existe um caminho de mão dupla, em que tanto equipes de ESF, como usuários se unem para fortalecimento da APS, ampliando as condições de saúde da população.

Com a desigualdade crescente devido a conjuntura política e econômica atual, as dificuldades enfrentadas pela maioria da população tendem a aumentar, e conseqüentemente influenciar o potencial de participação dos usuários nas unidades de saúde. De maneira geral, ainda que não se possa apontar os culpados por todo sofrimento que o povo mais desprovido de serviços e políticas sociais vem sofrendo, existe um discurso de culpabilização que insistem em retornar, colocando sobre o cidadão a responsabilidade por seus problemas e sua sobrevivência (VALLA, SIQUEIRA, 1996).

O acolhimento e o interesse da equipe por estratégias de inclusão dos usuários em processos participativos precisam ser incentivados para que seja superado o desafio de unir crenças e conhecimentos. Segundo Moscovici (2004),

quando os indivíduos se tornam membros ativos, existe o fortalecimento e a transformação das ações coletivas proporcionando mais vida a uma existência comum.

Um cuidado que precisa ser tomado está relacionado ao esvaziamento das possibilidades de participação, abrindo espaço para as atividades consideradas informais, casuais e aleatórias, convertendo a ação participativa em objetos de conhecimento, útil para o enfrentamento de conflitos em uma relação de poder que tende a menosprezar a população mais carente de recursos e bens (CAMPOS, 2011).

Ao direcionar as ações participativas, é preciso reconhecer as representações como formas de encontrar públicos que sejam capazes de legitimar ou recusar tal ação, vislumbrando possibilidades para a produção de significados mais expressivos em relação às experiências ora vividas, ora observadas, ou até mesmo conhecidas (CAMPOS, 2011). Para o autor, é preciso reconhecer as representações sociais para evidenciar os entraves que levam à falta de participação da população, podendo também avaliar a efetividade desta ação.

Tal perspectiva pode ser percebida nesta pesquisa, uma vez que se evidencia a falta de participação dos sujeitos por meio de relatos que demonstram dificuldade de expressar opinião sobre o tema. A abertura de espaços propícios à ação participativa é, também, um fator relevante e que pode estar interferindo na participação popular, tão necessário para garantia de direitos e da cidadania.

Esta dissertação, ao ser construída a partir do conhecimento dos usuários, encontra nas representações os significados referentes à sua participação e compara tal fenômeno ao ato de estar presente, de dar opinião, de reivindicar e de ter a possibilidade de falar. Um conhecimento que se associa ao acolhimento e ao bom relacionamento entre profissionais que atuam nas unidades de saúde e população, bem como a criação de relações apropriadas para o bom andamento dos serviços.

Ainda que o conhecimento sobre participação possa ser percebido, é preciso reconhecer que a atuação dos usuários se mostra deficitária, confirmando apontamentos feitos por Labra (2009), os quais consideram que o engajamento do cidadão em processos participativos se choca com as dificuldades enfrentadas com relação ao acesso a serviços e a baixa qualidade da atenção.

Entre os muitos problemas que precisam ser superados está a preocupação com as frustrações frente ao esforço de não produzir resultados que sejam capazes

de promover melhorias (LABRA, 2009). A realidade evidenciada demonstra que o tempo passa, mas a situação parece continuar igual ou pior, com cenários cada vez mais desafiadores para implementação de processos que remontem cada vez mais possibilidades de participar.

Diante das análises aqui realizadas e do levantamento das representações sobre a participação, percebe-se que não existem limites para as discussões e reflexões em relação a ação participativa. O conhecimento aqui desvelado desperta sentimentos, propondo que a atuação dos usuários se efetue para além das suas representações, trazendo ao mundo real o ideário de uma ação que seja capaz de promover transformações eficazes.

A inserção do cidadão por meio da participação, retorna as bases primordiais de um sistema de saúde que tem como objetivo fazer valer o conceito de cidadania, incorporando o usuário do sistema no processo de formulação de políticas públicas. Este ideário reconhece e afirma a essência de um pensamento que não impõe limites, mas que determina as condições para inclusão de todos na construção de novas ações voltadas para as pessoas e suas demandas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta dissertação conclui-se que os significados referentes à participação são diversos, com representatividade relacionada às possibilidades de atuação dos usuários junto aos serviços de saúde. Os espaços de fala em que cada indivíduo está inserido revelam a importância das reivindicações e reclamações na busca pela concretização do direito e da cidadania.

Com o primeiro capítulo, pôde-se elencar as principais características da participação em saúde e entender sua relevância para a implementação do SUS, bem como de estratégias que fomentam a qualidade de vida e a cidadania, como parte de políticas públicas capazes de atender a todos em igualdade. Ao refletir sobre o ato participativo, é preciso reconhecer as formas e maneiras de expressar opiniões, fazendo com que o formal se transforme em informal, tornando a participação um ato ou um fenômeno voluntário, que seja capaz de transformar vidas e propor mudanças consideráveis na situação de saúde de uma comunidade e população.

As relações existentes entre os serviços de saúde e as pessoas que o utilizam revelam a grandeza da comunicação diante da ação que reflete os ganhos e perdas em uma determinada sociedade. Com esta perspectiva, o segundo capítulo apresentou a experiência do município de Ponta Grossa, apontando para importância de se compreender o espaço local por meio de considerações em relação aos canais de participação disponíveis à população.

Diante de um cenário que envolve a realidade da vida cotidiana, buscou-se a inserção do indivíduo e suas particularidades no contexto da participação popular, em especial nas Unidades de Saúde Família, tendo em vista identificar como os serviços tem se estruturado e assumido seu papel na condução de processos participativos. Atendendo aos objetivos, os dois primeiros capítulos trataram de apresentar, de forma geral, as relações existentes entre o cidadão e os espaços participativos.

Ao analisar as representações sociais dos usuários sobre a sua participação, foi preciso reconhecer os empasses relacionados a um contexto que descaracteriza as pessoas em função de interesses próprios ou até mesmo da auto avaliação ligada ao atendimento oferecido nas unidades de saúde. Os resultados da pesquisa de campo apresentados no capítulo 3, demonstram que quando as pessoas são bem atendidas e ocorre a presença do vínculo, elas sentem que fazem parte do local e conseqüentemente demonstram vontade e interesse em participar.

De fato, essa participação pode ocorrer de diversas formas, até mesmo em uma conversa com o agente comunitário de saúde ou através de algum relato em uma consulta que retrate a realidade vivida, levando a equipe a ponderar sua conduta em relação ao caso. As diversas facetas da participação popular precisam ser percebidas pela equipe, a fim de tornar o trabalho mais leve e apropriado, recebendo as reclamações como sinais que apontam a necessidade de mudança na conduta e atenção prestada.

O que se revela são representações de uma realidade que pouco envolve as pessoas nos problemas do território. Cada vez mais se dissemina a ideia de que participar não é para todos, mas para uma pequena parcela da população que luta sozinha, “aqueles que só sabem reclamar” e nunca estão satisfeitos com o pouco que lhes é oferecido.

Outra condição que se atribui ao usuário participante é o fato que relaciona a participação àquele que gosta de falar, o que consegue se comunicar melhor e àquele que sempre está na unidade. O poder da comunicação é balizado pela influência que as pessoas exercem sobre o outro, o que acaba inserindo no contexto da Saúde da Família a condicionalidade para a ação participativa.

De fato, para o que tem uma dicção mais fluente ou que tem uma personalidade menos tímida e mais propensa à comunicação, a participação acontece de forma natural. Porém o que se percebe, é que nem mesmo os mais comunicativos conseguem ter espaço para expor suas opiniões. Em que pese o desenvolvimento e a atuação dos usuários na USF, somente com o incentivo e entendimento da equipe sobre participação será possível introduzir um pensamento libertador que impeça a coerção ao ato participativo e permita a ação nos serviços de saúde.

Com a realização desta pesquisa constatou-se que um grupo de pessoas tenta buscar, em suas lembranças mais remotas, os momentos ou situação em que se possibilitava a participação. Desta maneira, é possível identificar que as representações dos usuários em relação à sua participação carregam uma imposição de valores e relações de poder que se internalizam no interior dos serviços de saúde, impedindo que o cidadão seja atuante e presente nas decisões tomadas nos serviços pelas equipes de saúde do SUS.

A participação popular em seus significados mais essenciais remonta a necessidade de envolver as pessoas. Sendo assim, é primordial o reconhecimento

das deficiências a serem vencidas para efetivação continuada deste princípio constitucional. Apesar da possibilidade de atuação apresentadas nesta pesquisa, é possível perceber na fala de alguns usuários a imposição referente aos serviços, que nem sempre estão abertos e dispostos a ouvir.

Este é um problema que precisa ser superado, no sentido de envolver as pessoas no processo de gestão, como parceiros ativos em prol do bem estar de cada cidadão. Quando se fala de participação dos usuários, abre-se um leque de possibilidades, as quais precisam ser melhor avaliadas, no sentido de propor novos estudos para incrementar a ação participativa e desenvolver atividades relacionadas aos usuários em busca de serviços que garantam cada vez mais os direitos constitucionais.

Sugere-se com esta dissertação, que as representações sociais que os usuários apresentam sobre a sua participação é apenas uma discussão entre tantas outras que poderiam se levantar em prol da participação popular em saúde. Os possíveis estudos ligados à temática podem envolver questões relacionadas à importância dos canais de participação, à atuação do usuário, à relevância da participação para a efetivação do direito e até mesmo como colocar em prática a participação popular em saúde.

A percepção sobre a realidade é diversa e até mesmo a comparação entre os significados da participação podem estar contribuindo para o desenvolvimento de pesquisas de incremento ao ato participativo. A realidade dos serviços de saúde entra no rol de possibilidades, que ainda permite levantar questões relacionadas à inclusão, humanização, longitudinalidade do cuidado, tendo em vista imprimir nos serviços de saúde um novo modelo de atenção que seja capaz de proporcionar mudanças significativas no estilo de vida das pessoas, para que estas tenham mais saúde.

Os desafios evidenciados nesta dissertação são amplos e remontam a necessidade de implementar políticas públicas eficientes e eficazes, as quais envolvam as pessoas no processo de decisão para atender as demandas de saúde com mais qualidade. Propõe-se com esta pesquisa o direcionamento de novas orientações para o atendimento das pessoas, tendo em vista reconhecer a necessidade de promover cada vez mais a cidadania.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C.; SILVA, R. M. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN M.; DRUMOND JUNIOR, M. CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 845 - 902
- ARRECH, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. *In*: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J.M. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 285 - 306.
- BALESTRIN, M.F.; BARROS, S.A.B. A política de saúde no município de Ponta Grossa – PR a partir da constitucionalização do SUS. **Revista Emancipação**. Ponta Grossa, v. 1 n. 8, p. 105 - 117, 2008. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/issue/view/15>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2016. (Obra original publicada em 1977).
- BARREIRO, A. E. A.; HOSSNE, O.; SOBRINHO, F.S.P. Ética e Ouvidoria Pública. *In*: PEREZ, J. R. R.; BARREIRO, A. E. A.; PASSONE, E. (org.). **Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas-SP: UNICAMP/Ouvidoria, 2011. p. 59 - 76. Disponível em: https://www.ouvidoria.unicamp.br/Pdf/contruindo_ouvidoria_brasil_07102011_PUBLICATION_NEW_FILE.pdf. Acesso em: 08 dez. 2020.
- BARREIRO, A. E. A.; PASSONE, E.; PEREZ, J. R.R. Introdução. *In*: PEREZ, J. R. R.; BARREIRO, A. E. A.; PASSONE, E. (org.). **Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas-SP: UNICAMP/Ouvidoria, 2011. p. 17 - 28. Disponível em: https://www.ouvidoria.unicamp.br/Pdf/contruindo_ouvidoria_brasil_07102011_PUBLICATION_NEW_FILE.pdf. Acesso em: 08 dez. 2020.
- BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2003.
- BERGER, P. L.; LUCKMAN, T. **A construção social da realidade. Tratado de sociologia do conhecimento**. 25. ed. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2005.
- BENEVIDE, M.V. M. **Cidadania e democracia**. São Paulo: Lua nova, 1994.
- BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação?** São Paulo: Brasiliense, 1983 (Coleção Primeiros Passos).
- BOURDIEU, P. Economia das trocas linguísticas. *In*: BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu: sociologia**. Organizado por Renato Ortiz. São Paulo: Ática, 1983. p. 156 -183.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulga em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 29 de setembro de 1990.** Dispões sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistências.** Brasília: Ministério da saúde, 1997. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2020.

BRASIL. **Ementa Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998.** Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica. Programa Saúde da Família.** Caderno 1: Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 05 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 01 jun. de 2020.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização

da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 5839, de 11 de julho de 2006**. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde – CNS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm#art16. Acesso em: 04 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde da Família**. 2 ed. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o programa de Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso: 18 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 31 mai. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf. Acesso em: 01 jun. de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/atencao-primaria-e-promocao-da-saude/>. Acesso em: 27 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselho de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. 2. Ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf. Acesso em: 13 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. RELATÓRIO FINAL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília - DF, 17 - 21 mar. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorifinal.pdf. Acesso em: 05 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. RELATÓRIO FINAL. **9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília - DF, 14 ago. 1992. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_9.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. RELATÓRIO FINAL. **10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília - DF, 02 - 06 set., 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_10.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. RELATÓRIO FINAL. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília - DF, 15 - 19 dez., 2000. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_11.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. RELATÓRIO FINAL. **12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília - DF, 07 - 11 dez., 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_12.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. RELATÓRIO FINAL. **13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília - DF, 2008. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. RELATÓRIO FINAL. **14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília - DF, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/14_cns_relatorio_final.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Departamento de Saúde da Família (DESF). **Cobertura da Atenção Básica**. Período/competência: junho de 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde - 2019: Atenção Primária à Saúde e informações antropométrica**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. Acesso em: 05 set. 2021.

CAMPOS, G. A. G. Participação e representações não avaliativas: a produção de significados nas experiências participativas. *In*: PIRES, R. R. (org.) **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. v. 7, p. 53 – 64. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=10761&catid=162&Itemid=2. Acesso em: 17 mar. 2021.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. *In*: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN M.; DRUMOND JUNIOR, M. CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 719 – 738.

CANO, I. Nas trincheiras do método: o ensino da metodologia das ciências sociais no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 14, n. 31, p. 94 - 119, set/dez 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/soc/a/QC6rphm93gZgXmt6FSqWJys/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2019.

CANTOIA, I. L. **A participação da sociedade civil na gestão da saúde pública em Ponta Grossa-PR através do Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa-PR, 2007.

CARDOSO, A. S. R. Ouvidoria Pública como instrumento de mudança. **Texto para discussão nº 1480**. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1480.pdf. Acesso: 08 dez. 2020.

CARVALHO, G. **Participação da comunidade na Saúde**. 2. ed. Campinas: Saberes, 2014.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil. O longo caminho**. 13. ed. Rio de Janeiro: Civilizações Brasileiras, 2010.

CHIAZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. *In*: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (org.) **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102 - 128. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_particioacao.pdf. Acesso em: 01 dez. 2019.

COSTA, A. M., VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. *In*: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 235 - 270. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kjlw/pdf/noronha-9788581100173>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. *In*: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN M.; DRUMOND JUNIOR, M. CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 219 - 246.

CRUZ, P. J. S. C. C.; BRUTSCHER, V. J. Participação Popular e a Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. *In*: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 231 - 264.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. *In*: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 323 - 364.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. *In*: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 853 - 884.

SCOREL, 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. (org.) **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229 - 247. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_particioacao.pdf. Acesso em: 01 dez. 2019.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. *In*: GUARESCHI, P. JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1995. p. 31 – 59.

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. *In*: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (org.) **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24 - 46. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_particioacao.pdf. Acesso em: 01 dez. 2019.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 25 - 59.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 483 - 546.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; MEDINA, M. G.; LIMA, J. G.; FAUSTO, M. C.C.R.; SEIDL, H.M.; ANDRADE, G. C. L.; FACCHINI, L. A. Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. *In*: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 569 – 610.

GONDIM, G.M.G.C.; MONKEN, M. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. *In*: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.143 - 176.

GOHN, M.G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001.

GUARESCHI P. A.; JOVCHELOVITCH, S. Introdução. *In*: GUARESCHI, P. JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 1995. p. 17 - 24.

HERMAN, 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, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J.M. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 481 - 504.

IERVOLINO, A. C. L.; ARMADA, R. E. P.; MORAES, R. O. Ouvidorias na área da saúde pública: reflexão sobre a prática. *In*: PEREZ, J. R. R.; BARREIRO, A. E. A.; PASSONE, E. (org.). **Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas-SP: UNICAMP/Ouvidoria, 2011. p. 167 - 186. Disponível em: https://www.ouvidoria.unicamp.br/Pdf/construindo_ouvidoria_brasil_07102011_PUBLICATION_NEW_FILE.pdf. Acesso em: 08 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **População**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONOMICO E SOCIAL – IPARDES. **Perfil avançado do município de Ponta Grossa**. Disponível em: <<https://www.ipardes.gov.br/perfilmunicipal/MotaPerfil.php?codlocal=43&btOK=ok>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

JODELET, D. Ciências Sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. **Revista sociedade e estado**. v. 3, n. 2, mai. - ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/BzhBBK7NjwBZ7PgxSYH5tvR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2021.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: Dilemas, Avanços e Desafios. *In*: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J.M. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 353 -383.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. *In*: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (org.). **Participação, democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 176 - 203. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_participacao.pdf. Acesso em: 01 dez. 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

LANKSHEAR, C.; KNOBEL, M. **Pesquisa pedagógica: do projeto à implementação**. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. *In*: PIRES, R.R.C. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. v. 7, p. 33 - 42. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_dialogosdesenvol07.pdf. Acesso em: 01 dez. 2020.

LEVORATO, C.D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S.; NUNES, A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Revista ciência e saúde coletiva**. v. 19, n. 4, p. 1263 - 1274, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cp6H8fy9rSpQvGG3WcYXKB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 89 - 120.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, J. M; SOUSA SANTOS, B. **Demo-diversidade: imaginar novas possibilidades democráticas**. Belo Horizonte: Autêntica. 2018.

MENDONÇA, M. L.; GONDIM, R.; MATTA, G.C GIOVANELLA, L. Introdução. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária no Brasil. *In*: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 29 - 47.

MINAYO, M.C.S. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. *In*: GUARESCHI, P. JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1995. p. 89 – 111.

MORIN, E. **O método 3: conhecimento do conhecimento**. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MORONI, J.A. O direito a participação no governo Lula. *In*: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes 2009. p. 248

– 269. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_particioacao.pdf. Acesso em: 01 dez. 2019.

MOSOCOVICI, S. Prefácio. *In*: GUARESCHI, P. JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1995. p. 07 – 16.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365 - 394.

OLIVEIRA, A. M. C. **Participação social no contexto da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Orientador: Sueli Gandolfi Dallari. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

OMS. DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 06 - 12 set., 1978 Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2020.

OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31085/9275726981-por.PDF?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 20 jul. 2020.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 459 - 492.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **3ª Regional de Saúde – Ponta Grossa**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/3a-Regional-de-Saude-Ponta-Grossa>. Acesso em: 19 jul. 2021.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Trad. Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PONTA GROSSA. **Lei nº 4658/91**. Institui o Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/p/ponta-grossa/lei-ordinaria/1991/466/4658/lei-ordinaria-n-4658-1991-institui-o-conselho-municipal-da-saude-comsaude-e-das-outras-providencias-1991-12-06-versao-compilada>. Acesso em: 25 nov. 2020.

PONTA GORSSA. **Decreto nº 7227, de 09 de maio de 2013**. Institui a Ouvidoria municipal de saúde junto a estrutura da secretaria municipal de saúde, conforme

especifica. Disponível em:
https://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/controladoria/decreto_7227_2013_de_ponta_grossa_pr.pdf. Acesso em: 04 dez. 2020.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **RELATÓRIO FINAL. 10ª Conferência Municipal de Saúde**. Ponta Grossa-PR: Conselho Municipal de Saúde, 2015. Disponível em:
https://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/cms/relatorio_final_da_10a_conferencia_municipal_de_saude_de_ponta_grossa.pdf. Acesso em: 25 nov. de 2020.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **RELATÓRIO FINAL. 11ª Conferência Municipal de Saúde**. Ponta Grossa-PR: Conselho Municipal de Saúde, mar. 2019. Disponível em:
https://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/fms/relatorio_final_da_11a_conferencia_municipal_de_saude_26abr.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018/2021**. Ponta Grossa, 2017. Disponível em:
<https://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2019.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **2ª Ata da Reunião Ordinário do CMS**. Ponta Grossa, 2018. Disponível em:
https://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/cms/2aata_da_reuniao_ordinaria_do_conselho_da_saude_-06-03-2018.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **2ª Ata da Reunião Ordinária do CMS**. Ponta Grossa, 2020. Disponível em:
https://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/cms/2o_ata_da_reuniao_ordinaria_do_dia_04_de_fevereiro_de_2020.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.

PONTA GROSSA. **NOTA: Ouvidoria da saúde passa a atender em novo horário a partir de segunda-feira**. Ponta Grossa: Prefeitura Municipal, 10 jun. 2020. Disponível em:
<https://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/46592#:~:text=Os%20pacientes%20que%20utilizam%20o,reclama%C3%A7%C3%B5es%2C%20elogios%20e%20tirar%20d%C3%BAvidas>. Acesso em 09 set. 2021.

PONTA GROSSA. **ATENÇÃO: Unidades de Saúde exclusivas para atendimento de Covid estendem horário**. Ponta Grossa: Prefeitura Municipal, 21 jan. 2021. Disponível em: <https://pontagrossa.pr.gov.br/node/47403>. Acesso em: 10 set. 2021.

ROSEMBERG, B. Comunicação e participação em Saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN M.; DRUMOND JUNIOR, M. CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 795 - 826.

SÁ, C. P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In*: SPINK, Mary Jane P. (org.) **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19 - 45.

SERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: MAKRON books, 1996.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. *In*: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995. p. 117 – 145.

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

STOTZ, E. N. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. *In*: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (org.) **Educação, saúde e cidadania**. 2. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1996. p. 123 - 142.

VALLA, V. V. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. *In*: VALLA, V.V; STOTZ, E.N (org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 57 – 90.

VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. *In*: VALLA, V.V; STOTZ, E.N (org.) **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 91 - 104.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. Apresentação. *In*: VALLA, V.V; STOTZ, E.N (org.) **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 09 - 12.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. As respostas do movimento popular ao “estado de emergência permanente”. *In*: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (org.) **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1996. p. 99 - 122.

VALLA, V.V.; SIQUEIRA, S. A. V. O centro municipal de saúde e as necessidades de saúde da população trabalhadora – Encontro e desencontro? *In*: VALLA, V. V.; SOTOZ, E. N. (org.) **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1996. p. 87 - 98.

VASCONCELOS, C. M. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. *In*: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 270 - 288. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_participacao.pdf. Acesso em: 01 dez. 2019.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. *In*: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN M.; DRUMOND JUNIOR, M. CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 559 - 590.

VISMONA, E. L. A evolução das Ouvidorias no Brasil. *In*: PEREZ, J. R. R.; BARREIRO, A. E. A.; PASSONE, E. (org.). **Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas-SP: UNICAMP/Ouvidoria, 2011. p. 29 - 42. Disponível em: https://www.ouvidoria.unicamp.br/Pdf/contruindo_ouvidoria_brasil_07102011_PUBLICATION_NEW_FILE.pdf. Acesso em: 08 dez. 2020.

VOLPI, E. L.; FORNAZARO, M. I.; SAMPAIO, F. S. P. Mediação e Ouvidoria. *In*: PEREZ, J. R. R.; BARREIRO, A. E. A.; PASSONE, E. (org.). **Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas-SP: UNICAMP/Ouvidoria, 2011. p. 77 - 104. Disponível em: https://www.ouvidoria.unicamp.br/Pdf/contruindo_ouvidoria_brasil_07102011_PUBLICATION_NEW_FILE.pdf. Acesso em: 08 dez. 2020.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO *GOOGLE FORMS*

19/10/2021 16:53

Questionário para identificação e caracterização das Unidades de Saúde

Questionário para identificação e caracterização das Unidades de Saúde

Olá! Você é convidado à participar da pesquisa sobre "Representações Sociais dos usuários sobre sua participação na unidade de saúde com Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa- PR", desenvolvida por Fabiane Karine Pinheiro e orientada pela Profª Drª Lislei Teresinha Preuss, do curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG. Este questionário tem como objetivo identificar e caracterizar a unidade de saúde, e ainda levantar informações referentes aos canais de participação popular disponíveis aos usuários. Sua participação é voluntária e os dados coletados terão sigilo garantido, sendo utilizados somente para fins acadêmicos.

Você poderá tirar dúvidas com o pesquisador (tel. 42.991246556 ou email:fabianekapi@gmail.com) e até mesmo retirar-se do estudo a qualquer momento. Por se tratar de uma pesquisa online, você poderá receber uma via do termo de consentimento informando seu e-mail no final deste questionário.

*Obrigatorio

Sección sin título

Questionário para identificação e caracterização das Unidades de Saúde

Consentimento

1. Li as informações e expresseo que... *

Marca solo un óvalo.

aceito participar *Salta a la pregunta 2*

não aceito participar

Perguntas

19/10/2021 16:53

Questionário para identificação e caracterização das Unidades de Saúde

2. Qual a sua formação profissional? *

3. Informe o nome da Unidade de Saúde. *

4. Qual região está localizada a unidade? *

5. Quantas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) existem nesta unidade? *

Marca solo un óvalo.

- 1 equipe
- 2 equipes
- 3 equipes
- mais de 3 equipes
- Otro: _____

19/10/2021 16:53

Questionário para identificação e caracterização das Unidades de Saúde

6. Qual o tempo de implantação da ESF nesta unidade? *

7. Quais bairros são atendidos nesta unidade? *

8. Qual a quantidade de população atendida nesta unidade? *

9. Com relação a estrutura esta unidade possui: *

Selecciona todos los que correspondan.

- sala de vacina
 consultório odontológico
 consultório médico
 consultório de enfermagem
 farmácia

Otro: _____

19/10/2021 16:53

Questionário para identificação e caracterização das Unidades de Saúde

10. Assinale as atividades realizadas nesta unidade. *

Selecciona todos los que correspondan.

- vacinação
- entrega de medicamentos
- atendimento odontológico
- consulta médica
- consulta de enfermagem
- coleta de exames
- visita domiciliar

Otro: _____

11. Assinale os grupos educativos realizados nesta unidade. *

Selecciona todos los que correspondan.

- Diabetes
- Hipertensos
- Obesidade
- Gestante
- Crianças/Mães
- Adolescentes
- Planejamento Familiar

Otro: _____

12. 4) Assinale os usuários que mais frequentam esta unidade. *

Selecciona todos los que correspondan.

- mulheres
- homens
- adultos
- jovens/adolescentes
- crianças

Otro: _____

19/10/2021 16:53

Questionário para identificação e caracterização das Unidades de Saúde

13. 5) Marque os profissionais que atuam nesta unidade. *

Selecciona todos los que correspondan.

- assistente social
- agente comunitário de saúde
- auxiliar ou técnico de enfermagem
- auxiliar ou técnico em saúde bucal
- dentista
- educador físico
- enfermeiro
- farmacêutico
- fonoaudiólogo
- médico
- terapeuta ocupacional
- recepcionista

Otro: _____

14. 6) Com relação a participação popular marque o canal de participação que existe na unidade disponível aos usuários *

Selecciona todos los que correspondan.

- caixa de sugestão e reclamação
- conselho local de saúde
- ouvidoria (telefone disponível e visível)
- não existe nesta unidade canal de participação disponível.

Otro: _____

19/10/2021 16:53

Questionário para identificação e caracterização das Unidades de Saúde

15. 7) Teria mais alguma informação sobre participação dos usuários que considera relevante e que não tenha sido abordado com as questões anteriores? Utilize este espaço para colocar suas observações. *

16. Gostaria de receber o termo de consentimento via e-mail. *

Marca solo un óvalo.

- sim *Salta a la pregunta 17*
- não

e-mail

17. Informe aqui seu e-mail. *

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA – USUÁRIOS**ROTEIRO PARA ENTREVISTA - USUÁRIOS**

Nome Usuário: _____

Identificação na pesquisa: _____

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome da unidade: _____ Bairro/região _____

Idade: _____ Sexo: _____ Grau de escolaridade: _____

Tipo de acompanhamento que faz na unidade: _____

PARTE II - Roteiro de perguntas:

- 1) Quanto tempo frequenta essa unidade de saúde?
- 2) Costuma utilizar os serviços desta unidade com que frequência?
- 3) Já ouviu falar ou vivenciou alguma forma de participação popular?
- 4) Nesta unidade você percebe se existe alguma forma de participação popular disponível aos usuários?
- 5) Para você o que significa a participação popular na saúde?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UEPG
Av. Carlos Cavalcanti, 4748 CEP: 84030-900 Bloco M, Sala 100
Campus Uvaranas Ponta Grossa- PR Fone: 32203108
E-mail: proesp-cep@uepg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

Declaro, por meio deste termo, que eu _____, portador do RG _____, concordei em participar na pesquisa referente ao estudo intitulado, provisoriamente, de "Representações Sociais dos usuários sobre a sua participação na unidade de saúde com Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa- PR", desenvolvida por Fabiane Karine Pinheiro e orientada pela Profa Drª Lislei Teresinha Preuss, do curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG.

O objetivo geral da pesquisa é analisar as representações sociais dos usuários sobre a sua participação na unidade de saúde com Estratégia de Saúde da Família no município de Ponta Grossa-PR.

Afirmo que aceitei participar desta pesquisa voluntariamente, sem receber qualquer incentivo financeiro e compreendo que minha colaboração será de conceder entrevista, a ser realizada por meio de roteiro de perguntas abertas semiestruturadas e que serão gravadas com sua autorização. Estou ciente que os dados pessoais terão sigilo garantido e que não serão utilizados em nenhum momento para divulgação da identidade do entrevistado, ficando o pesquisador autorizado a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos, os depoimentos e informações coletadas.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desta pesquisa a qualquer momento, sem apresentar justificativas, que será garantido o livre acesso a informações referentes a pesquisa, podendo ainda esclarecer dúvidas em relação a minha participação a qualquer momento. As dúvidas poderão ser esclarecidas pessoalmente ou através dos contatos disponibilizados com o pesquisador ou com o comitê de ética e pesquisa da UEPG. Os resultados desta pesquisa serão disponibilizados para consulta na unidade de saúde em que realiza acompanhamento.

Pesquisador responsável: Fabiane Karine Pinheiro
Endereço residencial: Rua Carneiro Ribeiro, 290 – Uvaranas. Ponta Grossa – PR.
CEP 84030-140. Tel. (42)99125-8558

Ponta Grossa, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do(s) convidado(s)

Assinatura do pesquisador – Fabiane Karine Pinheiro

ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

16/03/2020

SEI/PMPG - 0459433 - Carta de Autorização-NEP



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, CARLOS EDUARDO CORADASSI, coordenador do NEP-SMS, autorizo a realização do projeto: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE COM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA, PR, realizada pela UEPG que será desenvolvida pela pesquisadora FABIANE KARINE PINHEIRO, sob orientação do Prof.: **NÃO INFORMADO PELA AUTORA NOME DO PROFESSOR ORIENTADOR EM PROJETO ANEXO.**

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa deverá conter logo da instituição e respectiva citação.

Ponta Grossa, 11 de março de 2020.

Carlos Eduardo Coradassi
Coordenador NEP-SMS-PMPG

Ponta Grossa, 11 março
de 2020.

Documento assinado eletronicamente por CARLOS EDUARDO CORADASSI, Coordenador, em 11/03/2020, às 13:22, horário oficial de Brasília, conforme o Decreto Municipal nº 14.369 de

ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO COEP UEPG

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE COM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PR.

Pesquisador: FABIANE KARINE PINHEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31530620.0.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.062.449

Apresentação do Projeto:

A participação é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que ao ser concebida apresentou-se como possibilidade à sociedade de decidir sobre seu futuro no processo de elaboração de ações de saúde, e assim contribuir e colaborar com a melhoria das condições de vida e situação de saúde individual e/ou comunitária. A Estratégia Saúde da Família (ESF), entra neste contexto como um modelo de atenção capaz de atender as demandas de saúde em território previamente estabelecido, mais próximo das pessoas e em conformidade com princípios e diretrizes do SUS. A temática deste estudo foi construída sobre as perspectivas da participação em saúde, da estratégia Saúde da Família, tendo como base a teoria da Representação Social, considerando a participação enquanto fenômeno a ser explorado e compreendido, no sentido de buscar a essência do pensamento e do conhecimento dos usuários sobre a sua participação. Tem como objetivo geral, analisar as representações sociais dos usuários sobre a sua participação na unidade de saúde com Estratégia de Saúde da Família no município de Ponta Grossa-PR. Trata-se de pesquisa qualitativa de natureza exploratória e o percurso metodológico tem início com um levantamento bibliográfico e documental sobre participação em saúde para verificação de como o tema em estudo vem sendo abordado e discutido no contexto do SUS. Optou-se pela realização deste estudo em unidades com ESF no município de Ponta Grossa-

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG 

Continuação do Parecer: 4.062.449

PR, que possui ao todo 49 unidades de saúde, sendo apenas uma sem a estratégia. Pretende-se realizar a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com 26 usuários em 13 unidades de saúde, uma unidade por região geográfica do município, participarão ainda do estudo o responsáveis de cada unidade de saúde selecionada. A análise dos dados se dará por meio de técnica de análise de conteúdo e os resultados esperados com esta pesquisa se relacionam ao estímulo e valorização do processo participativo por meio dos usuários, tendo em vista uma melhor qualidade de vida individual e coletiva. Leis, estatutos, diretrizes e princípios fazem parte de um processo que considera a participação e estudar esta temática se torna importante pois permite a inserção do pesquisador em um universo que considera as pessoas e valoriza as comunidades.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as representações sociais dos usuários sobre a sua participação na unidade de saúde com Estratégia de Saúde da Família no município de Ponta Grossa-PR.

- Identificar os canais de participação disponíveis aos usuários em unidades de saúde da família no município de Ponta Grossa - PR;
- Compreender qual o entendimento do usuário sobre participação na unidade de saúde da família no município de Ponta Grossa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos podem estar relacionados a possibilidade de constrangimento por parte do entrevistado e pela falta de local apropriado para entrevista. Manter sigilo em todas as fases da pesquisa

Benefícios:

Produção de conhecimento sobre a participação do usuário e contribuição para o desenvolvimento de novas práticas de estímulo e valorização do

processo participativo por meio dos usuários, tendo em vista uma melhor qualidade de vida individual e coletiva; compreensão do cidadão e das comunidades onde vivem, considerando os aspectos culturais e sociais; e aproximação com a realidade das pessoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relacionada a um programa de pós-graduação, sendo que o projeto apresenta objetivos claros e totalmente exequível de acordo com a metodologia apresentada

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**



Continuação do Parecer: 4.062.449

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatórias estão corretamente apresentados e anexados no processo

Recomendações:

- Verificar prazos futuros para apresentação de relatórios nos órgãos envolvidos,
- Manter sigilo em todas as fases de execução da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Verificar prazos futuros para apresentação de relatórios nos órgãos envolvidos

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1527013.pdf	06/05/2020 17:13:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/05/2020 17:07:23	FABIANE KARINE PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	06/05/2020 17:07:04	FABIANE KARINE PINHEIRO	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_responsavel_unidade.pdf	06/05/2020 17:03:23	FABIANE KARINE PINHEIRO	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_usuarios.pdf	06/05/2020 17:02:10	FABIANE KARINE PINHEIRO	Aceito
Outros	carta_nep.pdf	06/05/2020 16:59:15	FABIANE KARINE PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_equipe.pdf	06/05/2020 16:57:02	FABIANE KARINE PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_reponsabiliade_pesquisador.pdf	06/05/2020 16:56:43	FABIANE KARINE PINHEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/05/2020 16:31:59	FABIANE KARINE PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	06/05/2020 16:31:33	FABIANE KARINE PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG 

Continuação do Parecer: 4.062.449

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 01 de Junho de 2020

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br