
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Jacks Soratto², Regina Rigatto Witt³

¹ Este trabalho é um fragmento da dissertação intitulada - A participação e o controle social na percepção da equipe de saúde da família, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 2011.

² Doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil. E-mail: jackssoratto@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: witt@adufrgs.ufrgs.br

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que teve como objetivo analisar as percepções da equipe de saúde da família sobre participação e controle social em saúde. O estudo foi realizado com trabalhadores de uma Equipe de Saúde da Família do sul de Santa Catarina. As informações foram coletadas com o Método Criativo Sensível e analisadas segundo análise de conteúdo temática. Na participação em saúde foram identificadas duas categorias empíricas: a passividade da participação em saúde e o processo dialógico como participação na Equipe de Saúde da Família. Para o controle social em saúde as categorias foram: o espaço institucionalizado como controle social em saúde e o monitoramento da doença como controle social em saúde. Os resultados mostraram percepções relacionadas aos reflexos do modelo de saúde e outras que sinalizam a possibilidade do avanço das discussões com contribuição do nível local para a participação e o controle social em saúde.

DESCRIPTORES: Participação social. Políticas de controle social. Saúde da família. Sistema Único de Saúde. Direito à saúde.

PARTICIPATION AND SOCIAL CONTROL: PERCEPTION OF FAMILY HEALTH WORKERS

ABSTRACT: This is a qualitative, exploratory-descriptive study that aimed at analyzing the perceptions of a family health team regarding participation and social control in health. The study was developed with workers of a Family Health Team in southern Santa Catarina. Data were collected using the Sensitive Creative Method and analyzed through the process of thematic content analysis. Regarding participation in health, two empirical categories were identified: passive participant in health; and dialogical process as participation in the Family Health Team. As for social control in health, the categories identified were: institutionalized space as a social control in health; and disease monitoring as social control in health. The results showed perceptions related to the reflections on the health model and others that indicate the possibility of advancements in the discussions with local contribution for participation and social control in health.

DESCRIPTORS: Social participation. Policies of social control. Family health. National Health System. Right to health.

PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL: PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN: Se realizó una investigación para analizar las percepciones del equipo de salud sobre la participación de la familia y la salud social. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo. El estudio se realizó con los trabajadores en un Equipo de Salud de la Familia en el sur de Santa Catarina. Los datos fueron recolectados con el Método Creativo Sensible y se analizaron mediante análisis de contenido temático. Sobre la participación en salud se identificaron dos categorías empíricas: la pasividad de la participación en la salud y la participación en el proceso de diálogo como el Equipo de Salud de la Familia. Para el control social en las categorías de salud fueron: el espacio institucionalizado de control social en la vigilancia de la salud y la enfermedad como el control social en salud. Los resultados mostraron reflexiones relacionadas con la percepción del modelo de salud y otros que indican la posibilidad de avance de las conversaciones con el aporte local para la participación en la salud y el control social.

DESCRIPTORES: Participación social. Políticas de control social. Salud de la familia. Sistema Único de Salud. Derecho a la salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o movimento de Reforma Sanitária e seu ideário de direito à saúde, que culminaram com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi o marco de participação democrática dos atores sociais na luta por melhores condições de saúde.¹

Importante resultado deste amplo debate constitui-se na inscrição na Constituição Federal de 1988 de saúde como um direito de todos e dever do Estado e, conseqüente, homologação na sanção das Leis nº 8080 e 8142, incluindo na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação e controle social em saúde.¹⁻²

Atualmente, a participação e controle social têm sido exercidos de duas formas legais: nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde, sendo que em ambos os casos, as ações se verificam tanto no plano federal como nos planos estadual e municipal.³ Para estas ações contribuem as relações construídas no âmbito da ESF, cujo espaço, além de alimentar as discussões que ocorrem nos dois espaços legais constituídos, amplia o debate sobre elas.

A efetivação deste sistema, no entanto, tem encontrado dificuldades. Entre os problemas enfrentados estão a manipulação política dos atores envolvidos, a existência de “micropoderes” fora das organizações, a falta de representatividade e legitimidade, o autoritarismo dos gestores, individualismo, defesa de interesses próprios, o pouco acesso da população a experiências exitosas e linguagem técnica de difícil compreensão.^{2,4-6}

Após a sua constituição, um espaço que ganhou projeção na relação participativa dos usuários com os setores político administrativos foi o espaço local. Diante disso, o Programa de Saúde da Família (PSF), mais adiante considerado uma estratégia pelo Ministério da Saúde, apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção básica, a partir de atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social.⁷

A proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de

desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo.⁷

Uma das situações que merece reflexão no fomento à participação e controle social em saúde no espaço local é a necessidade de compromisso dos trabalhadores da ESF com os sujeitos atendidos, sendo atribuição das equipes de saúde da família discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e a comunidade, condições para o exercício da cidadania, enfatizando os direitos à saúde e os aspectos que o legitimam.⁸

No entanto, na realidade dos serviços de saúde, há uma grande dificuldade entre os trabalhadores no sentido de mobilizar e incentivar a população, para juntos pensar na luta pelos seus direitos.⁹ Neste sentido, este estudo pretende responder à seguinte pergunta de pesquisa: qual a percepção dos trabalhadores da ESF sobre a participação e o controle social em saúde?

Entender a percepção de participação e controle social dos trabalhadores de saúde pode abrir caminhos para avaliarmos alguns nós teóricos e práticos que vem impedindo o avanço e a consolidação do SUS, dentre eles a fragilidade da ESF como política que veio para mudar o modelo de saúde e a atuação dos mecanismos de representação de interesse (conselhos e conferências).¹⁰

Considerando esta problemática, foi realizado um estudo que teve como objetivo analisar as percepções dos trabalhadores de uma equipe saúde da família sobre participação e controle social em saúde.

O ITINERÁRIO DA PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa de caráter exploratório-descritivo.¹¹ O estudo foi realizado em um município do sul de Santa Catarina. Foi escolhida uma das quatro Equipes de Saúde da Família ampliadas, que atenderam os critérios de inclusão: estar em funcionamento há mais de um ano e ter em sua área adstrita um Conselho Local de Saúde.

Os participantes do estudo foram os trabalhadores de saúde desta ESF ampliada, em número de quinze, oito agentes comunitários de saúde, três técnicos de enfermagem, uma enfermeira, um médico, um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário.

A produção de informações foi embasada no alicerce teórico do Método Criativo Sensível (MCS),¹² que se ancora no construtivismo crítico

de Paulo Freire¹³⁻¹⁴ e consiste na discussão grupal (oficinas) e em momentos de criatividade e sensibilidade, sendo estas as fontes primárias de obtenção de informações.

Neste sentido, foram realizadas três oficinas entre os meses de abril e maio de 2010, tendo uma duração de aproximadamente duas horas cada. Para cada oficina foi escolhida uma temática: a primeira foi sobre Estratégia Saúde da Família; a segunda sobre participação em saúde; e a terceira sobre o controle social em saúde, tendo sido escolhidas como “categorias operacionais”^{11:179} do estudo.

Essas oficinas foram desenvolvidas em cinco momentos, conforme proposto pelo MCS:¹² a preparação do ambiente e acolhimento do grupo, apresentação dos participantes do grupo, explicação da dinâmica e a atividade individual ou coletiva, apresentação das produções e a análise coletiva e a validação dos dados. Estes momentos foram designados de: introdução, produção, apresentação, discussão e avaliação.

Na introdução foi realizada a apresentação e uma dinâmica inicial cujo objetivo era e a aproximação da temática. O momento de produção consistiu na realização da dinâmica de sensibilidade e de criatividade, intitulada Livre para Criar, tendo sido disponibilizado material de papelaria para os participantes representarem individualmente sua percepção sobre a temática proposta. A apresentação consistiu na socialização e apresentação das construções artísticas e os resultados da dinâmica inicial proposta na introdução. Na discussão os sujeitos foram instigados ao aprofundamento após as apresentações individuais sobre suas percepções. A avaliação consistiu no fechamento diário de cada encontro, pautada na seguinte pergunta: o que os participantes acharam da oficina?

As oficinas foram gravadas e as falas dos participantes transcritas. Na busca para atingir o significado manifesto nestas, realizou-se a análise de conteúdo temática em três fases: “pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação”,^{11:316-18} o que resultou nas categorias de ordem empírica.

Quanto aos procedimentos éticos foram respeitadas as diretrizes legislativas vigentes,¹⁵ com assinatura de todos os participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob o parecer n. 04/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A transcrição de três oficinas gerou cento e sessenta e seis (166) unidades de registro que foram classificadas em sete categorias empíricas e relacionadas às três categorias operacionais. Neste artigo serão apresentadas aquelas relacionadas somente às categorias operacionais de participação e controle social.

A percepção sobre a participação em saúde

Nesta categoria foram identificadas as categorias empíricas “A passividade da participação em saúde na ESF” e “O processo dialógico como participação na ESF”.

A passividade da participação em saúde na ESF

A primeira percepção sobre participação que identificamos nos depoimentos foi de certa forma a mais simplista: [...] *um monte de gente, que é a participação* (ESF15).

Talvez esta seja a definição mais lógica quando nos referimos à participação em saúde, aqui incorporada como um sentido de “expressão do desenvolvimento comunitário e participação popular”.^{16:297-8} Esta participação pressupõe o encontro com outras pessoas que estão em um determinado local, assim em uma análise racional, um quantitativo aglomerado de pessoas está intrinsecamente ligado ao sucesso da participação. O aspecto de coletividade ganha força para a solução de um projeto comum, até por que as singularidades existentes ampliam as possibilidades de conquistas.

No processo coletivo os sujeitos acreditam que os trabalhadores de saúde não devem estar sozinhos, mas há necessidade da *participação da comunidade e dos gestores* (ESF04). Esta afirmação reforça uma prerrogativa que já está prevista na composição dos conselhos de saúde, que é a participação da gestão, pois se a execução das decisões deliberadas nestes espaços dependem dela, nada mais correto que incluí-la no processo.

Neste sentido o resultado da participação deve ser incorporado pela gestão, tomando decisões de saúde do ponto de vista coletivo e para o coletivo, a exemplo das estruturas governamentais que, ao perceberem a necessidade do coletivo, se apropriaram da ânsia popular e incluíram as possibilidades participatórias na constituinte e nas leis da saúde.^{5,10}

A participação passiva é também fortalecida pelo reforço ao modelo de saúde predominantemente focado na doença (vacinas) este aplicado através de um processo pedagógico domesticante (palestras), que tem como objetivo assistir a determinados grupos no qual a ESF foca seu trabalho, sendo estes demonstrados através dos seguintes depoimentos:

[...] *participação em saúde, é participar das atividades de campanhas de vacina e palestras [...]* (ESF04).

[...] *um grupo educativo [palestra] para gestante, e os pais [...] participando também junto com as gestantes* (ESF08).

A participação nas palestras tem sua origem nas práticas de atenção primária em saúde sendo considerada fundamental para o êxito dos programas verticais propostos pela saúde pública.¹⁷

No entanto, atribuir à participação em saúde a simples presença em palestras que reforçam a não doença, na qual os trabalhadores de saúde esperam persuadir os sujeitos a assumir diferentes condutas pautadas em informações científicas de saúde as quais os trabalhadores julgam ser corretas, reforça no cotidiano das práticas um sentimento de “submissão” dos sujeitos.^{14,18}

Isto se manifesta na forma como são realizados os encontros: [...] *um pessoal ouvindo uma palestra com atenção e um homem explicando [profissional de saúde]* (ESF14).

A concepção de participação relacionada ao comparecimento às atividades propostas pela equipe de saúde e ao próprio tratamento foi identificada também em outro estudo, levando os autores a concluir que as concepções e práticas da equipe são atravessadas pela visão medicalizante, fator considerado limitante ao avanço da participação.⁵

A reação da população à forma prescritiva como são utilizados estes espaços de participação, na qual o trabalhador de saúde determina previamente o que vai acontecer, gera inúmeras reclamações proferidas sobre estes encontros, como no depoimento a seguir: [...] *sempre um profissional de saúde vem falar besteira aqui* (ESF03).

Estas falas caracterizam a passividade da participação pautada nas palestras bem como a fragilidade deste modo de atuação profissional no sentido de não gerar no sujeito assistido a capacidade de decidir, o tornando ator e protagonista de suas escolhas.

O processo dialógico como participação na ESF

Um aspecto importante nos resultados deste estudo foi saber que a percepção sobre participação em saúde não se restringiu somente a essa a qual acabamos de discutir como passiva.

Para tanto, esta categoria traz outra abordagem sobre a participação em saúde, as qual se pautou em duas, a saber: escuta, diálogo e todas interfaces que cercam tal discussão como podem ser observado no seguinte depoimento:

[...] *não é [apenas] participação [em palestras] da comunidade. É mais participação dos profissionais em ouvir e dar sua opinião [falar]* (ESF01).

A participação reduzida à palestra é superada pela participação enquanto possibilidade de escuta e de diálogo. Com esta afirmação, os sujeitos trazem um entendimento de certa forma contra-hegemônico, pois o que adiantaria os mecanismos de representação de interesse (conselhos e conferências) cumprir seu papel constitucional se no locus de atuação a participação não é efetivada, prevalecendo relações dialógicas verticalizadas e descendentes não levando em conta a “[...] construção de processos de escuta ativa”.^{16:304}

Neste sentido a reinvenção de espaços de participação é fundamental para “que as vozes da população sejam ouvidas, reconhecidas como provenientes de uma sabedoria prática e incorporadas às práticas profissionais na atenção à saúde”.^{16:304}

Entretanto, não basta apenas ouvir e falar é necessário [...] *saber ouvir e saber explicar da maneira que se possa entender* (ESF11). O saber escutar e dialogar é um dos saberes e condição necessária para o desenvolvimento de uma prática eminentemente democrática e emancipatória¹⁴. Dessa forma, entende-se que ninguém é superior a ninguém, exigindo-se uma postura do profissional ao modo que se aprenda a entender o diferente “respeitando às diferenças e obviamente aos diferentes”.^{18:76}

O depoimento a seguir enfatiza diversos aspectos, mas principalmente esta necessidade de participação como respeito ao diferente quando o profissional de saúde se permite ouvir as questões pessoais dos usuários:

[...] *será que eu posso chegar para o fulano e falar: ‘fulano vem aqui, essa cor de camisa não ficou legal para ti’. Será que ele vai gostar se eu falar que não ficou bem vestido com aquela cor? Então, para ter a participação a gente também tem que respeitar a vontade do outro* (ESF10).

Esta participação como respeito às diferenças, não significa omissão dos trabalhadores frente

aos problemas de saúde. Sobretudo, a participação como um processo comunicacional alicerçado na escuta e no diálogo, conduzidas por um processo de respeito ao próximo, além de estabelecer uma postura de empatia ao diferente, possibilita aos trabalhadores de saúde da ESF, superar a predominância deste modelo de saúde vigente, “respeitando as diferenças [...] entre os vários saberes técnicos e populares existentes”.^{16:303}

Neste sentido, para que a participação com vistas ao fortalecimento dessa prática e a superação do modelo de saúde tradicional sejam efetivadas, é necessária a contemplação de em outro modo de operar tais práticas, o que possibilita a intervenção em saúde para além da doença ou do corpo doente, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Apesar de acreditarem que o processo de diálogo e escuta são elementos fundamentais para o fomento à participação em saúde e também de superação do modelo de saúde centrado na doença, eles reconhecem que freqüentemente a ESF carece de espaço nas rotinas diárias e também os próprios trabalhadores não se motivam para gerar ações que favoreçam a comunicação, prova disso é que *muitas vezes o paciente vem falar para nós [profissional de saúde], a gente não quer escutar, mas faz parte* (ESF01).

A não escuta virou um hábito no dia a dia dos serviços de saúde, e não atentar para as necessidades repetidas que os sujeitos possuem indica certa fragilidade na efetivação da participação na ESF. Até por que “a concentração de informações e a restrita circulação da mesma configuram mecanismos de exclusão”.^{19:234}

Ao mesmo tempo em que o profissional não quer escutar, está automaticamente ignorando os aspectos históricos culturais do sujeito, e ao excluí-los de sua história, através da não escuta, o profissional nega os direitos constitucionalmente garantidos e também aos sujeitos a participação nos itinerários que irá tomar sua saúde.

Esta não escuta é gerada pelas diversas idas e vindas dos sujeitos aos serviços de saúde, perguntando assuntos óbvios para os trabalhadores, mas de grande interesse para população, e a resposta se materializa na assistência ao sujeito tratando-o [...] *igual a um robzinho, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, do mesmo jeito, atendendo todo mundo na mesma situação* (ESF06).

Desta forma, estas percepções relacionam a participação à assistência à saúde. Neste contexto, para que ela se dê de forma dialógica na prática

da ESF, tem-se que abrir possibilidades para o sujeito externar seus questionamentos e anseios. Se por um lado existe no cotidiano a luta para que as idéias e preconizações dos trabalhadores e da gestão sejam incorporadas, por outro há indagações de como os anseios dos usuários serão realmente validados.

A percepção sobre controle social em saúde

Nesta categoria foram identificadas as categorias empíricas “O espaço institucionalizado como controle social em saúde” e “O monitoramento da doença como controle social em saúde”.

O espaço institucionalizado como controle social em saúde

Ao refletirem sobre o controle social em saúde, os trabalhadores manifestaram um entendimento relacionado às instâncias legais constituídas, como na fala *participação da comunidade através dos conselhos de saúde* (ESF04). Esta afirmação sustenta o que diversos autores contemporâneos defendem com respeito ao controle social em saúde.^{1-2,5} Para eles, nos conselhos de saúde, o controle social se dá mediante as relações entre população e Estado, atrelando-se a um mecanismo de fiscalização e participação da população no controle ou monitoramento das ações das políticas sociais do Estado.

Deve também existir uma vinculação da ação estatal dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios e centralizada na participação da sociedade civil na representação dos interesses populares das decisões políticas.²⁰

Este espaço institucionalizado legitima constitucionalmente os interesses do povo, que se dá mediante uma *participação ativa da comunidade na saúde, através do conselho e conferências de saúde* (ESF09); pois é *através dessas reuniões, que os problemas vão ser resolvidos* (ESF13).

Esta participação ativa da sociedade faz-nos refletir que mesmo dentro de um local formativo, que configura um mecanismo de representação de interesse,^{10,22} tem-se a necessidade de nos apropriarmos das relações dialógicas e principalmente fazer deste local um campo de decisão que leve em conta também os interesses populares, e seja um espaço de aprendizagem e avanço do setor saúde.

O controle social em saúde enquanto inclusão nestes fóruns não se restringe somente

a participação da população, mas também *ter a participação de todos: população, profissionais de saúde e gestão* (ESF12).

O conselho é tido como espaço de voz da comunidade, pois este fórum distribui paritariamente os representantes que os constitui, não sendo formado apenas pela população usuária dos serviços da área geográfica da ESF, mas também dos demais grupos que os compõem como: profissionais de saúde, representantes do governo municipal, entre outros.^{2,10,21}

Os trabalhadores de saúde e principalmente a gestão ganham ênfase neste processo participatório, e os sujeitos, ao mesmo tempo que reforçam a ideia de que o controle social está diretamente relacionado à participação por parte dos diversos grupos que compõem os conselhos, anseiam pela inclusão "(...) do gestor municipal, pois é essencial no sentido de estimular a participação cidadã e reforçar o compromisso ético com o conjunto de seus moradores (...)"^{22:356}.

Mesmo diante de um depoimento que enfatiza a necessidade da participação de outros autores nos fóruns, vale ressaltar que não foi possível apreender nos depoimentos deste estudo, os trabalhadores como membros nestes mecanismos de representação de interesse (conselhos e conferências). O fato dos trabalhadores não se enxergarem dentro dos conselhos pode nos indicar que um dos pilares para um SUS melhor está fragilizado, ou seja, a luta por melhores condições de trabalho nos serviços. Até porque se a população participa com vistas aos seus interesses, quem defenderá os interesses dos trabalhadores?

Ao mesmo tempo em que os mecanismos de controle social através dos conselhos são resultados do processo de democratização, ainda há necessidade de avanço quanto à legitimidade e coletividade das decisões que transitam por este local.²¹ Neste sentido os sujeitos desta pesquisa vislumbram a necessidade de [...] *fortalecer mais este espaço [conselho]* (ESF03), exigindo [...] *uma participação intensa e com responsabilidade. [...] para que todos possam ter direito, desde pacientes até gestores* (ESF10).

A necessidade do fortalecimento desse espaço, através de uma participação ativa e com responsabilidade exigida de todos os envolvidos para com este órgão colegiado, traz a tona a forma como são conduzidos estes espaços e também a necessidade de lutar para que a garantia dos anseios e indagações sejam legitimadas nos fóruns, levando em conta a totalidade do grupo e não

simplesmente submeter interesses de uns em detrimento de outros.

O monitoramento da doença como controle social em saúde

Outra forma dos atores deste estudo perceber o controle social está na inter-relação da fiscalização com o modelo de saúde predominante da ESF, sendo percebido como controle de doenças e prática de hábitos de vida saudável conforme os depoimentos:

[...] *são estratégias que visam prevenir as doenças e promover a saúde no indivíduo* (ESF01);

[...] *exercício [atividade física] e controle de qualquer doença como a escovação correta no controle da saúde bucal, o controle da obesidade, enfim, o controle de várias doenças* (ESF14).

O fato de uma política de saúde ser incorporada desta forma pelos trabalhadores de uma ESF nos mostra a herança nas práticas vigentes de saúde.^{1,23} Ao se adotar uma postura de controle, típica subordinação de um e exaltação de outro,^{14,18} por conseguinte, atribuir o controle social em saúde ao monitoramento de doenças pensamos o quanto o modelo de saúde biomédico está enraizado nas práticas da ESF.²³⁻²⁴

O controle social em saúde que em princípio neste estudo foi entendido por alguns sujeitos como uma possibilidade de conquista do direito à saúde por meio dos fóruns bem como pelo exercício da fiscalização, é percebido como controle de doenças e prática de hábitos de vida saudável.

Talvez esta percepção se dê em virtude da familiaridade gramatical, entretanto, os depoimentos denotam uma fragilidade teórica por parte dos trabalhadores acerca do termo, podendo esta percepção refletir numa postura mais passiva dos sujeitos que são assistidos pelos trabalhadores e condicionada na medicalização ao invés de luta por seus direitos como conceito mais ampliado de saúde.

Além de fortalecer o modelo de saúde pautado num ideal fragmentado e curativista,²³⁻²⁴ o depoimento nos reporta a refletir também na carência de discussões que oportunizem o avançar teórico sobre as políticas e leis que norteiam o SUS bem como em mecanismos de aprendizagem que possam agregar isso na prática cotidiana dos serviços. Os resultados desta categoria nos indicam que precisamos pensar em outros meios com vista à ampliação e revisão deste entendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções dos trabalhadores da equipe saúde da família sobre a participação em saúde se mostraram relacionadas às experiências que os mesmos têm com o sistema de saúde. Estas, de um lado fortalecem o modelo de saúde vigente por meio da exigência da passividade na participação nas palestras, que visam atender às solicitações dos serviços de saúde e por outro entende a participação como um modo de trabalho que considera o diálogo e escuta.

A elucidação da coexistência destas duas formas de perceber a participação em saúde nos espaços da saúde da família contribui, de um lado, para que os trabalhadores possam refletir a respeito das atividades que são oferecidas aos usuários de forma vertical e cuja organização pode ser transformada, a partir do diálogo e da escuta.

Já com relação à percepção sobre controle social em saúde, este foi relacionado aos mecanismos de representação de interesse, principalmente as relacionadas aos conselhos de saúde, com participação da comunidade e dos gestores, porém sem manifestação de como os trabalhadores se percebem enquanto membros desta instância.

Outra percepção se mostrou atrelada ao monitoramento de doenças, relacionada ao seu controle, o que denota uma certa fragilidade teórica sobre a temática, sinalizando às instituições formadoras, a necessidade de reforçar estruturas teóricas de ensino desta temática nos seus currículos e na educação permanente.

Com isto, mesmo sendo a participação e controle social em saúde temas efervescentes nas discussões sobre saúde no campo teórico, existe a necessidade de maior discussão nos cotidianos dos serviços de saúde, com participação das instâncias formadoras, a fim de contribuir para a mudança do modelo de atenção à saúde que a Estratégia de Saúde da Família se propõe.

REFERÊNCIAS

1. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC, organizadores. Saúde e a Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005. p.59-81.
2. Córtez SM. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública. 2009 Jul; 25(7):1626-33.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Geren-
- ciamento de Investimentos. Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília (DF): MS; 2002.
4. Brodersen G. Participação e controle social: concepções teóricas na saúde [tese na internet]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006 [acesso 2010 Jun 17]. Disponível em: <http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0553.pdf>
5. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Abr-Jun; 16(2):271-79.
6. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. Texto Contexto Enferm. 2007 Jul-Set; 16(3):470-8.
7. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília (DF): MS; 2001.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997.
9. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. Physis. 2010 Out-Dez;20(4):1227-43.
10. Guizardi FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidades formativa das relações institucionais. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro (RJ): Cepesc; 2006. p.369-84.
11. Minayo MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
12. Cabral IE. Uma abordagem criativa e sensível de pesquisa a família. In: Althoff CR, Elsen I, Nietschke RG, organizadores. Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-livros; 2004. p.127-40.
13. Gadotti M. Lições de Freire. Rev Fac Educ. 1997 [acesso 2010 jan 19]; 23(1-2): Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-25551997000100002&script=sci_arttext
14. Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2001.
15. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [online]. Brasília (DF): MS; 1996 [acesso 2009 Mar 12]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res196/96.htm>.
16. Acioli S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: Pinheiro R,

- Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Cepesc/UERJ, Abrasco; 2010. p. 299-300.
17. Ferreira ITRN, Veras MASM, Silva RA. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*[online]. 2009 [acesso 2010 Jan 20]; 25(12):2683-94. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n12/15.pdf>
18. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 36ª ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1997.
19. Guizardi FL, Pinheiro R, Machado FRS. Vozes da participação: Espaços, resistências e o poder da informação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 227-40.
20. Correia MVC. Que controle social: os conselhos de saúde como instrumento. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2000.
21. Côrtez SMV. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Cepesc; 2006. p.401-25.
22. Dornelles S, Locks MT. Controle social: De quem? Para o quê? *Saúde em debate*. 2003; 27(65):348-57.
23. Luz M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
24. Nogueira RP. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. *Interface - Comunic., Saúde Educ*. 2003; 7(12):185-90.