

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL DOUTORADO**

SABRINA PONTES BUZQUIA

OS ESPAÇOS PARTICIPATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA.

SÃO LEOPOLDO

2022

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL DOUTORADO**

OS ESPAÇOS PARTICIPATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA.

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

Co-orientadora: Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves

SÃO LEOPOLDO

2022

B992e Buziquia, Sabrina Pontes.
Os espaços participativos na atenção primária brasileira /
Sabrina Pontes Buziquia. – 2022.
78 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

Co-orientadora: Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves.

1. Participação social. 2. Conselhos de saúde. 3. Atenção
primária em saúde. 4. Democracia. 5. Covid-19. I. Título.

CDU 614

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

SABRINA PONTES BUZQUIA

OS ESPAÇOS PARTICIPATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA.

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

Co-orientadora: Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. JOSÉ ROQUE JUNGES - UNISINOS

PROFA. DRA. LAURA CECÍLIA LÓPES - UNISINOS

PROFA. DRA. CAROLINE FILLA ROSANELI - PUCPR

PROFA. DRA. CARMEN LUCIA MOTTIN DURO - UFRGS

AGRADECIMENTOS A CAPES/FAPERGS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul - Brasil (FAPERGS) - Código de Financiamento: 88887.177755/2018-00.

Dedico este trabalho à minha mãe Rosa Maria, ao meu pai Cláudio Antônio e ao meu esposo Raphael José, que sempre estiveram ao meu lado acreditando e apoiando incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que sempre me deram suporte e esperança para que eu nunca desistisse dos meus sonhos;

Ao meu esposo, meu porto seguro do dia a dia que sempre me confortou nos momentos mais difíceis;

Ao meu orientador Roque e seu vasto conhecimento da bioética, que sempre nos permitiu boas prosas;

À minha coorientadora Tonan e sua versatilidade dentro da pesquisa científica, que muito contribuiu para o meu crescimento acadêmico;

À Elisa e Cris, aguentando minhas perguntas frequente das burocracias administrativas da UNISINOS;

À Gisele, amiga que o doutorado me presenteou e que tenho grande admiração, uma guerreira pelas causas da justiça social.

RESUMO

Essa tese analisou a participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) brasileira. Para isso, buscou-se mapear os estudos empíricos brasileiros sobre as experiências formais de participação social na APS desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de compreender as experiências de participação social na APS de um município no sul do país. A pesquisa contou com dois momentos metodológicos e que deram origem a dois artigos científicos. O primeiro tratou-se de uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Lilacs, PubMed, PsycINFO e Sociological Abstracts, dentro do marco temporal de 1988 (criação do SUS) até novembro de 2020 (data da última busca), sendo localizados 20 artigos empíricos abordando a participação social e a APS. O segundo artigo foi uma pesquisa qualitativa, exploratória com uso de análise de conteúdo temática, realizada em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio de observação participante, entrevistas e diário de campo, sendo seus resultados discutidos a partir do conceito de sujeito social como articulador das ações participativas. Os artigos produzidos revelaram distintas experiências de participação social desenvolvidas nos territórios onde atua a APS, destacando-se as dificuldades enfrentadas no processo de implementação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). A partir dos estudos revisados, a maior parte de natureza qualitativa, se discutiu o perfil dos participantes e a competência para participar, o processo de participar e a construção de ações participativas, além da centralidade da educação permanente como forma de fortalecer a participação social em saúde. Já o segundo artigo descreveu distintos arranjos de participação em cada UBS estudada, principalmente no que tange aos planos de forças coletivas que se criavam, organizações sociais e parcerias e mesmo a ausência desses. Além disso, debateu-se a importância de representações legítimas dentro dos espaços dos CLS, o papel das equipes de saúde enquanto fomentadoras das ações participativas e as dificuldades enfrentadas na paralisação do funcionamento desses espaços no contexto da pandemia do Covid-19. As experiências de participação social no contexto da APS estudada apontaram para a relevância de um olhar que vá além dos espaços instituídos, que envolvam o cotidiano dos territórios e as micropolíticas que se constroem nessas relações sociais específicas e localizadas, sendo fundamental a continuidade de pesquisas que vão no sentido de repensar as práticas instituídas do SUS.

Palavras-chave: participação social; conselhos de saúde; atenção primária em saúde; democracia; covid19.

ABSTRACT

This thesis analyzes social participation in the context of Brazilian Primary Health Care (PHC), for this purpose, we sought to map Brazilian empirical studies on formal experiences of social participation in PHC since the creation of the Health Unic System (SUS), in addition to understand the experiences of social participation in PHC in a municipality in the south of the country. The research had two methodological moments that gave rise to two scientific articles. The first one was a systematic review of the literature in the Lilacs, PubMed, PsycINFO and Sociological Abstracts databases, within the time frame from 1988 (creation of the SUS) to November 2020 (last search date), with 20 articles being located empirical studies addressing social participation and PHC. The second article was a qualitative, exploratory research using thematic content analysis, carried out in three Basic Health Units (BHU) through participant observation, interviews and a field diary, with its results discussed from the concept of social subject as an articulator of participatory actions. The articles produced revealed different experiences of social participation developed in the territories where PHC operates, highlighting the difficulties faced in the process of implementing the Local Health Councils (LHC). Based on the studies reviewed, most of which were qualitative, the profile of the participants and the competence to participate, the process of participating and the construction of participatory actions were discussed, in addition to the centrality of continuing education as a way of strengthening social participation in health. The second article described different arrangements in each BHU studied, especially about the plans of collective forces that were created, social organizations and partnerships and even the absence of these. In addition, the importance of legitimate representations within the spaces of the LHC, the role of health teams as promoters of participatory actions and the difficulties faced in the stoppage of the functioning of these spaces in the context of the Covid19 pandemic were discussed. The experiences of social participation in the PHC context studied here pointed to the relevance of a look that goes beyond the established spaces, involving the daily life of the territories and the micropolitics that are built in these specific and localized social relationships, being fundamental the continuity of research that go in the direction of rethinking the established practices of the SUS.

Keywords: social participation; health council; primary health care; democracy; covid19.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
PARTE UM – PROJETO DE PESQUISA.....	14
PARTE DOIS – RELATÓRIO DE CAMPO.....	59
PARTE TRÊS – ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	76
ARTIGO ORIGINAL I - Participação social e atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão sistemática.....	77
ARTIGO ORIGINAL II - As experiências de participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde de um município.....	78

APRESENTAÇÃO

O tema da presente tese surgiu de um incômodo que veio ao final do mestrado, após pesquisar o tema da humanização em saúde utilizando-se das lentes teóricas da ética do cuidado e da bioética de proteção. A partir disso, veio a indagação sobre quais eram as experiências práticas da cogestão, do envolvimento dos sujeitos sociais do SUS na produção desse plano coletivo de forças que envolvem a participação social em saúde. Sendo assim, após trazer esses questionamentos ao orientador, foi escolhida como objeto desta pesquisa entender as formas de participação no contexto da APS, por envolver o cotidiano dos territórios e as micropolíticas que se constroem das relações sociais específicas e localizadas, possibilitando o compartilhamento de problemas e soluções no campo da saúde de forma menos burocratizada. Para isso, buscou-se, primeiramente, mapear as experiências de mecanismos formais de participação social brasileiras que envolviam a APS desde a criação do SUS, e posteriormente, acompanhar experiências vivenciadas nas UBS de um município do sul do país.

A tese está dividida nas seguintes partes:

Parte um – projeto de pesquisa: trata-se da fase que antecedeu a pesquisa, com a descrição dos planos de desenvolvimento da pesquisa, fundamentação teórica e percurso metodológico. O projeto passou pela banca de qualificação e foi aprovado pelo comitê de ética pesquisa da UNISINOS e pelo Comitê de Integração Ensino-serviço (CIES) da Secretaria de Saúde do município estudado.

Parte dois – relatório de campo: mostra a trajetória percorrida no campo de pesquisa, as modificações implementadas a partir da banca de qualificação e dos percalços ocorridos, os registros do pesquisador no diário de campo e traz informações pertinentes para se compreender o processo de construção da pesquisa.

Parte três – artigos científicos: Como parte das exigências para obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva, conforme Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS, a tese apresenta dois artigos científicos originais, descritos a seguir:

- **Artigo original I – Participação social e atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão sistemática:** artigo que teve como intuito compreender as experiências formais de participação social que têm sido desenvolvidas no contexto da APS brasileira desde a criação do SUS. O

artigo foi submetido à avaliação na revista Saúde e Sociedade (Qualis B1) em fevereiro de 2022 como exigência para encaminhar a banca de defesa da Tese, sendo que não houve retorno da revista ainda.

- **Artigo original II – As experiências de participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde de um município:** artigo que teve como objetivo compreender as experiências de participação social no contexto da APS de um município do sul do país.

PARTE UM

PROJETO DE PESQUISA

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFB88	Constituição Federal Brasileira de 1988
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
ESF	Estratégia Saúde da Família
MSS	Movimentos sociais em saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 JUSTIFICATIVA.....	21
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
4.1 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O DIREITO À SAÚDE	23
4.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL	26
4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM LÓCUS PARTICIPATIVO	32
5 METODOLOGIA	36
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	36
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	37
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	38
5.4 PRODUÇÃO DOS DADOS.....	38
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	39
5.6 DEVOLUÇÕES DOS DADOS.....	39
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
6 CRONOGRAMA	40
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DAS OBSERVAÇÕES DE CAMPO.....	51
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....	52
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	53
APÊNDICE 4 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE ÁUDIO	54
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	55
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	56

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1970, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surge como um movimento em meio à emergência da participação da sociedade na definição e implementação de políticas sociais e direitos de cidadania (PAIM, 2007). Precursora do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), teve seu desfecho principal ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e foi firmado na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB88), passando a considerar a saúde um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Para efetivar esse direito, partiu-se de uma concepção integral de saúde, sendo garantida a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a participação da sociedade nos processos deliberativos (BRASIL, 1988).

Na década de 1990, após legitimar o direito à saúde na Lei 8.080 e 8.142 e regulamentar o SUS, surgem os desafios da democratização na gestão da saúde. As estratégias de descentralização vão sendo implementadas, se estabelecem novas distribuições de funções e poderes entre os três níveis de governo e os Conselhos estaduais e municipais passam a ser condição de inclusão dos entes federados na gestão descentralizada do SUS (ARRETCHE, 2000; BRAVO, 2007; CORTÊS, 2009).

A Lei 8.142/1990 dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do SUS através dos Conselhos e Conferências de Saúde, que são instâncias de ação política com a finalidade de ampliar o controle social (BRASIL, 1990). Contudo, diversos estudos têm mostrado que a participação não se assegura apenas com a existência formal dos espaços de controle social, pois seu entendimento ficaria restrito às ações fiscalizadoras por parte da sociedade. Além disso, se questiona a qualidade dessa participação frente ao papel dominante do Estado na definição desses espaços (GUIZARDI *et al*, 2004; ESCOREL; MOREIRA, 2012; DALLARI *et al*, 1996; MATOS, 2006; LISBOA *et al*, 2016; BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2014; QUINTANILHA; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2013; MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017; OLIVEIRA; DALLARI, 2015).

Entretanto, o fato de incluir a dimensão societária nos espaços institucionais do SUS mostrou ser uma conquista irrefutável, o que estimulou a produção de estudos visando a participação a partir da relação entre atores

sociais e instituições, e como conciliar a participação direta e representativa. Além disso, expandir a participação dos diversos segmentos no processo de tomada de decisão fez com que muitas das temáticas antes ignoradas pudessem ser incluídas no sistema político, proporcionando um aumento da participação e o surgimento de novas identidades e vínculos, principalmente no nível local (BENEVIDES, 1994; SANTOS; AVRITZER, 2002; SCHERER-WARRER; LUCHMANN, 2002).

Sabe-se que as experiências localizadas têm vislumbrado possíveis caminhos para uma democracia mais participativa, ao incluir o destinatário das ações e dos serviços como participante e corresponsável dessa construção. No setor saúde, o pertencimento a determinadas realidades sociais é que tornam legítimas as reivindicações, a partir das experiências dos sujeitos que se expressam e se constroem na prática cotidiana e que não podem ser apropriadas por técnicos e gestores (STOTZ; ARAÚJO, 2004; GLOBEKNER, 2011).

Mas para que isso ocorra é necessário a participação dos sujeitos na definição do seu modo de caminhar a vida, por isso a relevância de estratégias que proporcionem a participação no dia a dia dos serviços de saúde e que isso seja valorizado, para que se construa no próprio encontro entre profissionais e usuários a garantia do direito à saúde (PINHEIRO; MATOS, 2005; STOTZ; ARAÚJO, 2004; GLOBEKNER, 2011; MENDES, 2015).

Sendo assim, uma das discussões prementes sobre a participação social em saúde centra-se na potencialidade da Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto transformadora das relações sociedade-Estado, pois ao estimular a organização dos sistemas locais e aproximar os serviços à realidade da população é capaz de atuar como espaço de reflexão crítica e, também, de contra hegemonia, se pondo ao lado dos movimentos sociais e integrando em suas demandas novas correlações de força com a sociedade (PAIM, 2012; BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2014; MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

Nesse contexto, merece destaque a APS como locus facilitador da prática participativa, vinculando cerca de 60% da população brasileira às equipes de Saúde da Família (PAIM, 2018). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – sendo o termo atenção básica equivalente ao termo atenção primária-, adota a Saúde da Família como estratégia prioritária de expansão e consolidação nos

territórios, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais e suas dinamicidades (BRASIL, 2017).

Portanto, para além dos mecanismos de participação institucionalizada na figura dos Conselhos de saúde, a APS de cada município conta em sua rotina com diferentes espaços participativos e ações coletivas engajadas na construção do direito à saúde, tanto no âmbito da assistência, nas relações diretas das equipes com os usuários, como das atividades de promoção da saúde, que proporcionam o autocuidado e fortalecem a interação dos sujeitos sociais nos territórios (PAIM, 2012; MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

A participação social pode ganhar novos sentidos quando pensada a partir do cotidiano dos serviços de saúde, pois podem ocorrer nos diversos espaços que constituem o serviço de saúde. Denominada também como participação rizomática, caracteriza-se por não ter uma forma predeterminada de ocorrer e está relacionada às ações e movimentos praticados pelos atores sociais envolvidos em determinado contexto e, geralmente, ocorrem de uma forma menos burocratizada (QUINTANILHA; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2013).

O conceito de rizoma foi desenvolvido por Deleuze e Guattari (1995) e propõe um entendimento da vida de uma forma mais ampla, considerando a complexidade e a processualidade que lhe são inerentes. Assim, pensar os fluxos rizomáticos diz respeito aos movimentos e intensidades dos sujeitos que compõe determinados territórios existenciais e das múltiplas entradas e saídas que surgem ao longo dos processos de construção e/ou desconstrução de uma realidade específica, a partir das expressões dos sujeitos que ali vivem, dos encontros, dos gestos e das diversas narrativas e ações possíveis (ROLNIK, 1989; BAREMBLITT, 2002; BARRETO; CARRIERI; ROMAGNOLI, 2020).

Nesse sentido, tomando como campo de pesquisa as experiências produzidas na APS, a presente pesquisa parte da seguinte questão: *quais as experiências de participação social no contexto da APS brasileira desde a criação do SUS e como tem se dado a experiência de participação social na APS de um município?*

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a participação social no contexto da atenção primária brasileira desde a criação do SUS e compreender uma experiência municipal.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Mapear estudos empíricos brasileiros sobre a participação social no contexto da APS;
- b) Compreender as experiências de participação social no contexto da APS de um município do sul do país.

3 JUSTIFICATIVA

Na presente tese, partiu-se, inicialmente, do seguinte questionamento: como os sujeitos sociais da APS compreendem a participação social e quais experiências vêm sendo construídas nesse contexto?

Enfatizando a participação social como pedra angular da redemocratização do país e o aprofundamento da descentralização em direção à municipalização na década de 1990, após firmar o direito à saúde na constituição de 1988, inúmeras inovações na gestão do sistema de saúde surgiram, sendo capaz de produzir impactos positivos nas condições de acesso aos diversos níveis de atenção que permitiu novos desenhos das relações sociedade-Estado (ARRETICHE, 2000; BRAVO, 2007; CORTÊS, 2009).

Porém, embora o SUS disponibilize mecanismos de participação na figura dos conselhos e das conferências de saúde, regulamentados pela Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990), o que se observa é que há uma burocratização imposta que parece estar indo ao caminho inverso da participação democrática, transformando-se em um ambiente centralizador, restrito aos aspectos formais da representação e distante dos princípios políticos ideológicos antes propostos (MOREIRA; ESCOREL, 2009; COELHO, 2012).

Muitos estudos realizados em contextos municipais têm confirmado que os Conselhos vêm se transformando em estruturas formais subordinadas às rotinas administrativas das Secretarias de saúde, que nada fazem além de responder aos procedimentos de aprovação de contratos e prestação de contas, desvalorizando a potencialidade desses espaços na construção de projetos e ações de interesse coletivo (VAZQUEZ, 2003; LABRA, 2006; COELHO, 2012; MOREIRA; ESCOREL, 2009; BARROSO; SILVA, 2015; PESTANA; VARGAS; CUNHA, 2007; VALE; LIMA, 2015; VALE *et al*, 2017).

Além disso, a obrigatoriedade de participação da sociedade não tem contribuído para a participação popular espontânea, e o resultado tem sido espaços de participação vazios, Conselhos gestores inexistentes, Conselhos municipais que não atingem nem o número mínimo de delegados; e a justificativa, que geralmente é colocada para estas situações, é a falta de interesse da população (FLEURY; LOBATO, 2009)

A reflexão central aqui é de que o SUS deveria se apresentar como território a ser inventado por meio da ampliação da participação em espaços públicos inseridos no cotidiano, fortalecendo o sentido da participação como mecanismo de constituição e definição das políticas de saúde e tendo por horizonte a democratização das relações sociais (PINHEIRO; MATOS, 2005; GUIZARDI, 2009).

Não se propõe aqui debater sobre eliminar mecanismos institucionalizados de controle social das políticas de saúde, pois trata-se de uma conquista irrefutável, mas fortalecer a ideia de romper com a segregação entre a dimensão política e as relações sociais cotidianas, o que remete questionar as relações de poder das instituições e como se organizam e perpetuam (GUIZARDI, 2009).

O desafio que se vislumbra, é ser capaz de construir e entender como efetivamente ocorrem outras configurações de participação no SUS, pois os usuários não mostram suas vontades e indagações apenas nos espaços instituídos de participação. Assim, a ideia de participação rizomática traz para o debate a manifestação dos usuários nos espaços do próprio serviço de saúde também como uma forma de participação, que pode vir a somar ou produzir atritos, e que, embora siga em paralelo aos conselhos e conferências de saúde, deve ser visibilizada (GUIZARDI, 2009; QUINTANILHA; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2013).

Portanto, se enfatizou nessa pesquisa olhar para o contexto da APS como locus dessa prática participativa, atuando como articuladora dos espaços de participação social em saúde e se colocando ao lado dos usuários em seus territórios e integrando em suas demandas novos equilíbrios entre sociedade-Estado. Entende-se que, embora o cotidiano da APS como forma de participação se apresente de uma maneira muito específica e localizada, é justamente essa condição de singularidade que poderá desencadear novas configurações sociopolíticas (GUIZARDI, 2014).

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O DIREITO À SAÚDE

É na década de 1970, a partir do movimento de luta democrática pelo direito à saúde, com a união entre profissionais, intelectuais e o movimento popular, em prol de uma nova proposta de política de saúde para o país, que o chamado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira se tornou protagonista na construção do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS) (KUJAWA; CARBONARI, 2004).

Paim (2007), ao analisar a emergência e o desenvolvimento de uma Reforma Sanitária numa formação social capitalista e os desafios da práxis, aponta que, embora a proposta da RSB tenha surgido como uma reforma geral, com intuito de atingir uma transformação dos modos de vida, apresentou como desfecho uma reforma parcial, setorial e institucional.

Assim, aponta que a RSB se constitui em promessa não cumprida, pois o movimento da reforma sanitária se direcionou para o SUS, focando-se em questões de financiamento, organização e gestão. Sobre como se deu a RSB, enquanto um fenômeno histórico e social, Paim (2007) recorre a um ciclo no qual divide a RSB em momentos distintos: ideia-proposta-projeto-movimento-processo.

Como “ideia”, o pensamento inicial do desenvolvimento da consciência sanitária e do entendimento da saúde como direito social, que articularam proposições de mudanças na saúde sob diversas dimensões e mobilizou um bloco de forças políticas centrada, principalmente, na figura de Sergio Arouca e na criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 (PAIM, 2007).

Como “proposta”, o documento apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1979, no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na câmara federal, intitulado: “A questão democrática na área da saúde”, que sistematizou as proposições políticas relativas à reforma do sistema de saúde do país (PAIM, 2007).

Como “projeto”, o relatório final fruto da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tendo subsidiado a elaboração do capítulo relativo à saúde na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2007).

Como “movimento”, o movimento da democratização da saúde, na figura do ‘movimento sanitaria’ ou ‘movimento da reforma sanitária’; enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referência fundamental e que atravessa as diversas conjunturas políticas (PAIM, 2007).

E, por fim, como “processo”, o conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressaram as práticas sociais, visualizados principalmente pós VIII CNS. Como as iniciativas de implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), de instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), de promulgação da CFB88 e, especialmente, a partir da produção de fatos políticos-institucionais na conjuntura pós-88 (PAIM, 2007).

Para Fleury (1997), ao se configurar em um corpo legal, utilizando-se de princípios e estratégias organizativas, a RSB sobrevalorizou aspectos formais da democracia, que, ainda que fundamentais, são insuficientes para garantir a concomitância entre o mundo da norma legal e o mundo da vida, já comumente distanciados na experiência brasileira.

Fleury (1988), em um estudo anterior, faz uma reflexão histórica da evolução das políticas sociais e de saúde do Brasil durante o período de 1964 a 1974, abordando a questão da privatização do social e a implementação da lógica hegemônica de modernização capitalista do país. A análise tem o cenário político e econômico desse período como tema central, que tinha como objetivo manter uma proposta de desenvolvimento econômico nos moldes da modernização capitalista.

Para Milton Santos (1996), o crescimento econômico trouxe o apelo ao consumo, e a vida social passa a ser regulada em função do interesse privatista, surgindo um crescimento material acelerado e sem a elaboração de um projeto nacional mais consequente e preocupado com a realização cultural da sociedade. A cultura popular é substituída pela cultura de massa, enquadrando e limitando as expressões populares, transformando o cidadão em consumidor.

A produção e o consumo crescente de valores de troca provoca dependência aos bens produzidos, ao mesmo tempo em que paralisam a

capacidade autônoma dos sujeitos de se relacionarem com o ambiente em que vivem, portanto, a crescente articulação com as indústrias farmacêuticas e as empresas médicas, não cumprem funções apenas técnicas, pois além da relação dos sujeitos com os serviços de saúde, recolocam a questão de um contexto social mais amplo que se reflete nas condutas dos sujeitos face às normas sociais que definem a doença e suas condições de vida com as instituições de saúde (CORDEIRO, 1985).

Para Aciole (2006), o sistema de saúde brasileiro desenvolveu-se a partir da disputa de duas concepções distintas de Estado: uma social, assentada nas ideias da RSB, a qual deu sustentação ao projeto que instituiu o SUS, que contempla a saúde como um direito e um bem público; e outra liberal, a qual encontra respaldo na assistência suplementar à saúde, proposta fomentada pelos grandes grupos industriais e empresariais, os quais buscam transformar a saúde num bem de consumo negociável no mercado e acessível apenas àqueles que dispõem de capacidade financeira para tanto.

Assim, ao refletir criticamente sobre os caminhos tomados pela RSB, nota-se uma desarticulação dos movimentos sociais que deram apoio na fase inicial e a consolidação do projeto da RSB, que se apoiou nos entes técnico-institucional e legislativo-parlamentar, desprivilegiando a articulação orgânica com as classes populares através da trincheira sócio-comunitária (PAIM, 2007).

Para Amélia Cohn (1999), a restrição do direito à saúde, concretizado apenas no caráter institucional do SUS, contraria as ideias originais pretendidas pela RSB, além de retratar a precariedade do sistema de cidadania do país, constituído como direito a nível institucional e negado pela prática cotidiana a população, que fica à mercê das conjunturas e das indefinições políticas gerais e setoriais, fortalecendo a ausência de um enraizamento popular efetivo.

Ressalta a necessidade de fundamentar os direitos sociais no *status* de cidadania, pois a questão da saúde parte do processo de consolidação de uma cidadania democrática, portanto, só se concretizará no encontro da legitimidade das reformas com as expectativas e necessidades da população: “Sem estreitas relações com os setores populares, as melhores conquistas para o setor correm o risco de se perderem antes de fecundarem a vida social” (COHN, p.10, 1999).

Portanto, trata-se de pensar o direito à saúde em uma perspectiva maior da consolidação da democracia, dos sujeitos sociais implicados nesse processo

de construção, inseridos em espaços de decisões sobre as políticas e serviços de saúde. O próximo tópico pressupõe abordar aspectos que envolvem o tema da participação social de uma forma mais ampla, e posteriormente especificando qual tem sido essa trajetória no campo da saúde.

4.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL

As democracias representativas têm se defrontado com o desprestígio de suas ideias, com uma população que se sente cada vez menos representada e interessada em outras formas de participação, que vão além da participação eleitoral (SANTOS, AVRITZER, 2002; ESCOREL, MOREIRA; 2012). A pluralização e redefinições das demandas e dos interesses dos representados, tem sido elementos centrais no processo de ampliação da participação, dando voz e presença aos atores sociais nos espaços de discussão e de decisão político-institucional (LUCHMANN, 2011).

Muito se tem discutido sobre a deliberação pública ser o meio mais apropriado para se produzirem decisões públicas, pois proporciona propostas de soluções para problemas coletivos, submetendo-as às razões e críticas e pretendendo acordos com base nos argumentos. A legitimidade política ancorada na ideia de que as decisões políticas devem ser tomadas por aqueles que estarão submetidos a elas, dialoga de forma direta com as perspectivas participativas e deliberativas (LUCHMANN, 2002; OLIVEIRA, 2011, FUNG; COHEN, 2007).

Fung e Cohen (2007) afirmam que expandir e aprofundar a participação dos cidadãos pode ser a estratégia mais promissora para desafiar as desigualdades que surgem da concentração assimétrica de interesses e das hierarquias sociais e políticas tradicionais. Para os autores, o desafio que se impõe, então, é desenvolver reformas que incorporem a democracia participativa e deliberativa. Entretanto, o grau de combinação da deliberação e da participação depende, em parte, do cenário institucional.

De acordo com Avritzer (2008), as instituições participativas podem se diferenciar de acordo com as formas que os cidadãos ou associações da sociedade civil interferem no processo de tomada de decisão política, sendo elas: no processo participativo de baixo para cima (como os orçamentos

participativos), no processo de partilha do poder (como os conselhos) e no processo de ratificação pública (como na elaboração de planos diretores). E sobre como analisar o desenho institucional propõe três aspectos: na forma como se organiza a participação, de como o Estado relaciona-se com a participação e de como a legislação atua sobre o governo na implementação ou não da participação. Para o autor, o êxito dos processos participativos está ligado a maneira como se articulam: o desenho institucional, a organização da sociedade civil e a vontade política de implementar desenhos participativos.

Caracteriza-se como instituições participativas, “as formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas” (AVRITZER, p. 45, 2008); e por desenho institucional, refere-se a um conjunto de regras, critérios, espaços, normas, leis, que visam promover a realização prática dos princípios democrático-participativos (LUCHMANN, 2002). No Brasil, em sua recente experiência democrática pós-constituente, surgem experiências de gestão de políticas públicas de caráter participativo, atuando como mecanismos capazes de aproximar o Estado e a sociedade. O que pressupõe a criação de desenhos institucionais diferenciados e que podem variar de acordo com o contexto no qual é instaurado (LUCHMANN, 2011).

Sendo assim, no setor saúde, junto aos movimentos que surgiam na década de 1970, diferentes concepções de participação começam a esboçar esse cenário. Inicialmente, a participação comunitária, ligada aos programas de cobertura fomentada pelas agências internacionais de saúde na América Latina; depois a participação popular, que, embora muitas vezes associada a uma parcela da população excluída de bens e serviços, surgiu reivindicando reformas sociais mais amplas no conjunto da sociedade, já na década de 1980. Por fim, a participação social, sendo adotada mais a partir da década de 1990, referindo-se à diversidade de interesse da sociedade, com ênfase na participação cidadã na construção da esfera pública e na luta pela ampliação dos direitos sociais (ESPERIDIÃO, 2014).

A participação social pode ser definida como um processo de aquisição de poder, no sentido de acesso e controle sobre os recursos considerados necessários para proteger os meios de vida, colocando no centro dessas decisões o saber e poder locais. Pode se dar junto às entidades, organismos, conselhos ou movimentos (ESPERIDIÃO, 2014).

A participação social em saúde já estava presente nos colegiados de gestão das Ações Integradas de Saúde (AIS), e previsto no SUDS, assim, com uma conjuntura favorável, o movimento da RSB avançou na estruturação de um controle social para o sistema de saúde, inserido na CFB88 (ESPERIDIÃO, 2014). Historicamente, o termo controle social era entendido apenas como o controle do Estado sobre às massas, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, a concepção de controle social trazido pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira e inscrito na CFB88 é o da participação da sociedade na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (BRAVO, 2007).

A criação do SUS se deu através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como organização e funcionamento dos serviços prestados. Logo em seguida, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do SUS através dos Conselhos e Conferências de Saúde, que são instâncias de ação política com a finalidade de ampliar o controle social. As Conferências de saúde devem ser realizadas a cada quatro anos, e tem como objetivo analisar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde; já os Conselhos de saúde, têm caráter permanente e deliberativo, e tem por objetivo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990).

A Resolução 453 do CNS de 2012 regulamenta a constituição e estruturação dos Conselhos de saúde, devem ter composição paritária dos integrantes, distribuídas em 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores. Além disso, reconhece outros formatos de conselhos: como os regionais, distritais e locais (BRASIL, 2012).

Os conselhos locais de Saúde (CLS) atuam como espaços menos burocratizados e buscam fortalecer as ações de saúde e o empoderamento da população local, geralmente, são implementados nas unidades básicas de saúde dos municípios como instâncias colegiadas e paritárias, e envolvem a representação dos profissionais de saúde e dos membros da comunidade (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2014; BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

Sabe-se que apesar da expansão dos Conselhos de saúde pelo país, sendo implantados na totalidade dos municípios, não se pode desconhecer as limitações dessa participação, dos grupos de interesse, e da própria agenda política dos gestores (DALLARI *et al*, 1996; MATOS, 2006; COELHO, 2012).

Outros estudos corroboram, mostrando que, por vezes, as motivações que levam alguns sujeitos a assumirem cargos nos conselhos de saúde estão ligadas aos interesses patrimonialistas e individualistas, com vistas à obtenção de benefícios para si ou para seus pares, o que acaba por não garantir a legitimidade e representatividade desses espaços (PESTANA; VARGAS; CUNHA, 2007; BARROSO; SILVA, 2015; BISPO JÚNIOR, MARTINS; 2014).

Esperidião (2014), destaca os principais problemas relativo à operacionalidade dos Conselhos de saúde:

- baixa visibilidade (pouca divulgação para a população);
- baixa representatividade (por parte dos conselheiros);
- burocratização (voltado para aprovação de relatórios, orçamentos, planos de saúde, etc.);
- precariedade da estrutura (comunicação, apoio financeiro, secretaria, etc.);
- baixa qualificação e informação dos conselheiros;
- fisiologismo (decisões por troca de favores);
- cooptação;
- autoritarismo;
- corporativismo;
- atuação de partidos políticos;
- insuficiência na formação de consciência cidadã e;
- falta de definição jurídica do caráter deliberativo.

Portanto, embora o SUS disponibilize dos conselhos e das conferências de saúde como formas de participar da construção das políticas de saúde, parece ter se afastado dos princípios ideológicos de sua origem, de uma participação democrática, transformando-se em um ambiente centralizador, restrito aos aspectos formais da representação (ESCOREL; MOREIRA, 2012; VAZQUEZ *et al*, 2003; LABRA, 2006; COELHO, 2012; BARROSO; SILVA, 2015; PESTANA; VARGAS; CUNHA, 2007; VALE; LIMA, 2015; VALE *et al*, 2017).

Visto essas fragilidades, a inclusão da gestão participativa vem como estratégia que objetiva agregar legitimidade às ações de governo, de forma a assegurar a inclusão de novos atores políticos por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade, mas requer práticas e dispositivos que efetivem o controle social, como os mecanismos de escuta permanente das opiniões e demandas da população, processos participativos de gestão, intersetorialidade e mecanismos de mobilização social (BRASIL, 2007; COELHO, 2012; BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, 2013).

Nesse sentido, em consonância com a Lei 8.142/90, políticas públicas surgem na tentativa de organizar a gestão participativa do SUS. Como o Pacto pela Saúde, em 2006, na dimensão do Pacto em Defesa do SUS, que tem como algumas de suas ações: a articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito; o estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; e a ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania (BRASIL, 2006).

Também a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS), aprovada em 2007, criada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS). Trata-se de um movimento que retoma a RSB e busca na mobilização social a questão da saúde como um direito, propondo o diálogo com a sociedade para a ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais. No intuito de orientar e aperfeiçoar a gestão democrática no âmbito do SUS tem entre suas ações: o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e a avaliação, a ouvidoria, a auditoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2007).

Além do Prêmio Sergio Arouca de Saúde e Cidadania, iniciativa do Ministério da Saúde em homenagem à memória do sanitarista idealizador no ParticipaSUS, um incentivo tanto à realização de experiências de gestão participativa quanto à produção de conhecimento sobre o tema. O objetivo do prêmio é promover o reconhecimento e divulgação de experiências exitosas de gestão participativa em saúde, nos serviços, organizações e movimentos sociais (MARINHO, 2015).

Gohn (2003) salienta a importância dos movimentos sociais, das ações coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam a criação de novas identidades e fortalecem o sentimento de pertencimento social em seus participantes. A autora traz a importância de outras formas de ações participativas não institucionalizadas, como denúncias, mobilizações, marchas, concentrações, passeatas, distúrbios à ordem constituída, atos de desobediência civil, negociações, entre outros.

No caso dos movimentos sociais no campo da saúde (MSS), representam uma força política importante sobre o acesso à saúde e a qualidade do atendimento e, geralmente, surgem como lutas por acesso aos serviços de saúde frente à uma condição de saúde específica ou contra alguma iniquidade (classe, etnia, raça, gênero, entre outros), sendo constituídos por um conjunto de organizações formais e informais, apoiadores e redes de cooperação (ESPERIDIÃO, 2014).

Portanto, a participação social em saúde deve ser pensada a partir das experiências dos sujeitos sociais que se expressam e se constroem nos cotidianos dos serviços de saúde. Entende-se que: “o sujeito é ativo, age no e sobre o mundo, e nessa ação se produz e, ao mesmo tempo, é produzido no conjunto das relações sociais no qual se insere” (DAYRREL, 2003, p.43 *apud* CHARLOT, 2000). Assim, o sujeito participativo associa a subjetividade do sujeito com as competências que lhe permitem intervir em espaços de participação e deliberação, e emerge um cidadão capaz de tomar decisões e emitir opiniões num processo coletivo de discussão e decisão (NUNES *et al*, 2018).

Nessa pesquisa, olha-se para a APS como possível lócus facilitador do engajamento dos diferentes sujeitos sociais envolvidos e da prática participativa. Assim, o próximo tópico irá abordar o processo de expansão da APS, principalmente a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), e de como esse novo modelo tem possibilitado a construção de novas relações sociais e da produção coletiva da saúde.

4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM LÓCUS PARTICIPATIVO

Na arquitetura do SUS, a proposta de trabalhar com foco na família e de pensar em áreas de cobertura foi iniciada em 1991, com a formulação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), tratava-se de uma mudança importante, uma experiência em nível nacional, não mais focada puramente na assistência individual, uma visão mais abrangente de saúde que incluía a necessidade de articulação com a comunidade (VIANA; POZ, 1998).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, deu-se após uma avaliação positiva do PACS, passando a ser elemento estratégico na consolidação do SUS. Entretanto, como foi inicialmente pensado como programa para a população mais pobre, atuava com serviços restritos e baixa articulação com o restante da rede assistencial (LAVRAS, 2011; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

É só a partir do reconhecimento da Saúde da Família como estratégia que a atenção primária ganha um caráter mais abrangente, permitindo uma maior articulação entre os níveis de saúde e reestruturação do sistema. Assim, a ESF se expande por todo o país ao longo dos anos 2000 e, a partir de incentivos financeiros do Ministério da Saúde, promove mudanças na dimensão organizacional da assistência em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo o termo atenção básica equivalente ao termo atenção primária, adota a Saúde da Família como estratégia prioritária de expansão e consolidação nos territórios, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e suas dinamicidades. Pressupõe um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. As ações são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. É considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Devendo ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com

suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

Esse novo formato de organização do trabalho, a partir da APS, modificou a forma de prestação da assistência, um modelo que teve como objetivo inovar por meio do estabelecimento de vínculos e corresponsabilização entre profissionais de saúde e população usuária dos serviços, compreendendo o processo de trabalho muito além do atendimento a doença, um trabalho social com as famílias e a comunidade, da apropriação de visões de mundo e da garantia de direitos (LAVRAS, 2011).

Nesse sentido, merece destaque a APS como locus facilitador da prática participativa, pois ao vincular mais de 60% da população brasileira às equipes de Saúde da Família (PAIM, 2018), pode atuar como importante articuladora dos espaços de reflexão crítica, se colocando ao lado dos usuários em seus territórios e integrando em suas demandas novas correlações de forças entre sociedade-Estado.

Sabe-se que as experiências localizadas têm indicado possíveis caminhos para uma democracia efetivamente participativa, ao incluir o destinatário das ações e dos serviços de saúde como participante e corresponsável por essa construção, a partir das experiências dos sujeitos que se expressam e se constroem na prática cotidiana. Entretanto, é necessário a criação de estratégias que busquem garantir a participação dos sujeitos na definição do seu modo de caminhar a vida (PINHEIRO; MATOS 2005; STOTZ, ARAÚJO; 2004; GLOBEKNER, 2011; MENDES, 2015).

Assim, pensar na perspectiva do exercício de uma gestão participativa em saúde, é compreender que os sujeitos sociais não devem ser considerados tão somente sujeitos de direitos, mas sujeitos ativos e mantenedores dos sentidos das suas experiências, pois possuem saberes, sinalizam mudanças para os serviços e exteriorizam aquilo que esperam ou desejam (COSTA; LIONÇO, 2006; QUINTANILHA; SODRÉ; ARAÚJO, 2013). Desta forma, devem ser vistos como protagonistas das suas necessidades e demandas, a partir das realidades sociais que consideram e respeitam como modos de vida que determinam o bem-viver (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, o direito à saúde não se define apenas por aquilo que está explícito na constituição, isso inclui a participação social, que, para se efetivar

enquanto definição e gestão de políticas públicas de saúde, não deve ser pensada apenas nas instâncias formais de controle social e, sim, uma participação social que surge a partir do cotidiano dos serviços de saúde, no sentido de romper com a segregação entre a dimensão política e as relações sociais cotidianas (GUIZARDI, 2009).

Quintanilha, Sodr e e Ara ujo (2013) partem da ideia de que existem v arias formas de manifesta o da participa o al em daquelas j a instituídas, e denominam de participa o rizomática os movimentos de resistência que surgem na própria dinamicidade das rela o es sociais envolvendo os cotidianos dos serviços de saúde. Esse tipo de participa o se caracteriza por não ter uma forma preestabelecida de ocorrência, sendo a o es e movimentos empreendidos pelos usuários de forma espontânea e podendo se expressar de diversas formas, como elogios, sugestões e questionamentos sobre a dinâmica dos serviços e são manifestadas nos espaços do próprio serviço de saúde, como recep o, corredores, salas; entre outros.

Ao analisar como se dava a participa o rizomática no cotidiano de seis UBS's, os autores (QUINTANILHA; SODR E; ARA UJO, 2013) chegaram a tr s tipos de analisadores: os ditos, os mal-ditos e os n o ditos. O primeiro tratava-se de movimentos em que os usuários criaram modos de se relacionarem com o serviço, nos quais questionavam as rela o es estabelecidas e os protocolos impostos; o segundo observaram manifesta o es que não se constituíam em acontecimento (por exemplo, dos usuários se comunicando apenas entre si criticando o serviço ou ameaçando de chamar a m dia para resolver os problemas); e o terceiro surgiu do próprio incômodo do pesquisador observador pela não ocorrência de formas de participa o rizomática em alguns momentos. Cada um dos três analisadores expressaram uma forma única de manifesta o e de potência de transforma o, mostrando que a participa o rizomática pode ou não se efetivar.

O conceito de rizoma foi desenvolvido por Deleuze e Guattari (1995), remete-se a ideia de uma raiz que origina múltiplos ramos e se opõe   forma tradicional arborescente de pensar e conhecer de maneira organizada e centralizada, propõe um entendimento da vida de uma forma mais ampla, considerando a complexidade e a processualidade que lhe são inerentes. Trata-se das múltiplas entradas e saídas que surgem ao longo dos processos de

construção e/ou desconstrução de uma realidade específica, a partir das expressões dos sujeitos que ali vivem, dos encontros, dos gestos e das diversas narrativas e ações possíveis (DELEUZE; GUATTARRI, 1995; BARRETO; CARRIERI; ROMAGNOLI, 2020; ROLNIK, 1989; BAREMBLITT, 2002).

Embora a participação rizomática seja definida como uma forma de participação que vai além das instâncias participativas institucionalizadas, a presente pesquisa pretende aproximar esse conceito também às dinâmicas cotidianas no contexto dos CLS, do envolvimento dos participantes nos processos de criação e desenvolvimento desses espaços. Entende-se tais espaços como sendo menos formais e menos burocratizados e, por geralmente estarem vinculados à UBS e serem implementados pelos próprios usuários e profissionais, se articulam como espaços potentes de participação social e das diversas manifestações que implicam os sujeitos sociais da APS (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

Portanto, a participação social requer o envolvimento direto dos sujeitos e da apropriação de meios e instrumentos que permitam interferir nos processos de produzir saúde. No contexto da APS isso inclui debater no próprio cotidiano de funcionamento dos serviços sobre os problemas e as condições de saúde local, podendo acontecer pelos mecanismos formais já disponíveis, como o CMS e CLS, ou deixando emergir novas formas de manifestações.

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização do estudo

Neste estudo optou-se pela abordagem qualitativa, pois busca compreender melhor a trajetória do outro dentro de um contexto social mais amplo, por meio de olhar, apreender e interpretar a realidade que envolve a contextualização dos atores sociais, a partir da consideração das falas e dos “não ditos” e a apreensão não estática da realidade social (KNAUTH, 2010; MINAYO, 2010; BOSI, 2012).

Será usado o método da cartografia de Deleuze e Guattari (1995), que permite explorar e analisar, a partir da singularidade emergente das realidades, a micropolítica das relações de poder existentes, das relações sociais e institucionais. Para tanto, utiliza-se da ideia de desejo no sentido da produção, como força que impulsiona os sujeitos a tomarem iniciativas (ROLNIK, 1989; BAREMBLITT, 2002).

Deleuze e Guattari (1995) em seu livro “Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia”, inserem a cartografia como um dos princípios do rizoma, apropriam-se do conceito da botânica a fim de compreender as produções sociais. Para os autores, o rizoma deve ser visto como linhas e não como formas que possuem começo e fim, pois proporciona variedade de experimentações e é perpassado por outras linhas e intensidades. Neste sentido, a cartografia permite mapear as linhas que constituem os territórios existenciais e os processos de subjetividade que são produzidos (ROLNIK, 1989).

Kastrup, Escócia e Passos (2009), no livro intitulado “Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade”, afirmam que o sentido da cartografia está em acompanhar os processos e não representar objetos, e apresentam 8 pistas para guiar o cartógrafo na construção desse modo de pesquisar:

1. A cartografia como método de pesquisa-intervenção - propõe a indissociabilidade entre o conhecimento e a transformação, tanto da realidade quanto do pesquisador;
2. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo - sugere quatro gestos da atenção cartográfica: rastreio, toque, pouso e reconhecimento atento;

3. Cartografar é acompanhar processos - destaca a distinção entre a proposta da ciência moderna de representar objetos e a proposta de acompanhar processos;
4. Movimentos-funções do dispositivo no método da cartografia - aborda três movimentos-funções: referência, explicitação e produção e transformação da realidade;
5. O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica - explicita que ao lado dos contornos estáveis do que se denomina como formas, objetos ou sujeitos, coexiste o plano coletivo das forças que os produzem;
6. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador - conclui que objetivismo e subjetivismo são duas faces da mesma moeda;
7. Cartografar é habitar um território existencial - discute a importância da imersão do cartógrafo no território;
8. Por uma política de narratividade - pressupõe que a alteração metodológica proposta pela cartografia exige uma mudança das práticas de narrar.

5.2 Local do estudo

A pesquisa ocorrerá no município de Sapucaia do Sul (RS), localizado na região metropolitana de Porto Alegre, é um dos 14 municípios que compõe o Vale dos Sinos. Segundo IBGE (2019) possui uma população estimada de 141.075 habitantes, e é predominantemente urbano (99,63%).

Historicamente, conquistou vida administrativa própria em 14 de novembro de 1961, quando foi emancipada pelo então governador Leonel de Moura Brizola, no entanto, o dia 20 de agosto é a data comemorada pelos sapucaenses, que marca a vitória do plebiscito que resultou na emancipação política da cidade (SMS, 2019).

A estrutura de Atenção Básica no município está distribuída em 23 UBS, que conta, atualmente, com 19 equipes da ESF e 5 equipes Básicas de Saúde, resultando em uma cobertura populacional por ESF de 56,8%; além disso, tem o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) - Melhor em casa (SMS, 2019).

Os espaços físicos da própria UBS servirão como locais de pesquisa, aqueles que podem proporcionar o encontro com os usuários e que permitem

manifestações; como recepção, corredores, salas de reuniões, entre outros; também alguns espaços externos que podem estar vinculados à UBS, como aqueles utilizados para atividades de promoção da saúde, como, por exemplo, hortas comunitárias, academias ao ar livre, lugares de caminhada, entre outros. A seleção desses lugares se dará após entrada em campo, pois dependerá das atividades que são ofertadas/construídas e das peculiaridades do cotidiano de cada UBS.

Os CLS também serão campo de pesquisa, entretanto, devido as fragilidades de permanência desses espaços, serão selecionados após entrada em campo e confirmação do seu funcionamento. Embora a resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconheça os Conselhos locais como instrumento de participação, esses dependem de iniciativas locais.

5.3 Participantes do estudo

Os participantes foram organizados entre os dois locais acima descritos, são eles:

- Unidades Básicas de Saúde: usuários da assistência individual e participantes das atividades de promoção da saúde;
- Conselhos Locais de Saúde: usuários membro desse espaço.

5.4 Produção dos dados

Os dados serão produzidos utilizando-se dos seguintes instrumentos:

Análise documental: consulta de atas das reuniões dos conselhos e documentos públicos (legislações, regulamentações, normativas, planejamentos, informativos, cartilhas e fotos). A análise documental acessa conteúdo de diversos formatos de documentos e podem complementar informações obtidas por outros métodos, dando confiabilidade das evidências reunidas (BELL, 2008; GIL, 2009).

Observação participante: realizada nos locais de pesquisa; nas UBS (inclui espaços externos que tenham atividades ofertadas/construídas junto à UBS) e conselhos locais de saúde, e contam com um roteiro (APÊNDICE 1). Observar a dinâmica de funcionamento dos espaços pode servir de evidência sobre comportamentos ou condições ambientais importantes para a pesquisa, podendo ser relevante para descobrir relações daquilo que é dito nas entrevistas com o contexto real (YIN, 2015).

Diário de campo: será utilizado para o registro das observações e vivências feitas ao longo da pesquisa, no contexto das UBS, dos bairros e nos conselhos locais de saúde. O diário de campo é utilizado como forma de registrar os acontecimentos observados ou compartilhados a fim de produzir materiais para a pesquisa, pode-se observar os discursos, os comportamentos e as relações que vão sendo construídas entre o pesquisador e os pesquisados. Utiliza-se o diário de campo não apenas no intuito de descrever e analisar os fenômenos estudados, mas também a fim de compreender os lugares observados e o contexto das interações (WEBER, 2009).

Entrevistas individuais: serão realizadas com os usuários da assistência individual, participantes dos grupos de promoção da saúde e membros dos conselhos locais de saúde; terão um roteiro (APÊNDICE 2), serão gravadas e, posteriormente, transcritas, com consentimento dos sujeitos participantes e mantendo a fidedignidade do discurso de cada sujeito, bem como o sigilo em relação à sua identificação. As entrevistas fornecem ao pesquisador pistas para se buscar outras evidências, além de percepções e interpretações sob o assunto em questão. Entre as principais vantagens está sua adaptabilidade, permitindo acompanhar ideias, aprofundar respostas e investigar motivos e sentimentos, além de outras interpretações pela maneira como uma resposta é dada (o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, etc.), coisas que o questionário não permite (BELL, 2008; YIN, 2005).

5.5 Análise dos dados

Trata-se de uma análise-intervenção (LOURAU, 2004). O método cartográfico consiste em dar visibilidade às relações que irão se constituir nas realidades estudadas, e na qual o pesquisador se encontra enredado. A ideia é dar visibilidade à dinâmica instituído-instituente no contexto das instituições do campo de pesquisa da participação social na APS do município de Sapucaia do Sul, dos territórios e dos atores sociais envolvidos, incluindo a própria intervenção da pesquisadora nessa análise.

5.6 Devoluções dos dados

Para além das tradicionais devoluções através de publicações em periódicos científicos, a presente pesquisa pretende produzir um material em áudio. Trata-se da produção de um breve *podcast* com alguns dos participantes

2019												
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Comitê de ética										X		
Pesquisa de campo											X	X

2020												
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Qualificação					X							
Pesquisa de campo			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Elaboração do artigo 1							X	X	X	X	X	X

P: paralisação devido à pandemia de Covid19.

2021												
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pesquisa de campo*			S	X	X	X	F	F	X	X	X	X
Análise dos dados									X	X	X	X
Elaboração artigo 2									X	X	X	X

*Retomada da pesquisa de campo/ **S**: solicitação de retomada da pesquisa para a SMS/ **F**: período de internação de um familiar.

2022			
	Jan.	Fev.	Mar.
Revisão de literatura	X	X	
Elaboração do artigo 2	X	X	
Entrega da tese			X
Defesa da tese			X

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hubitec; Campinas: Sindimed, 2006.

ARRETCHE, Marta. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. São Paulo, FAPESP, 2000.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opin. Publica*, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, Jun, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-62762008000100002>, acessado em: 20/08/2020.

BAREMBLITT, GREGORIO. Sociedades e Instituições. In: *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes. Teoria e Práticas*. 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guatarri; 2002.

BARRETO, Raquel de Oliveira; CARRIERI, Alexandre de Pádua; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O rizoma deleuze-guattariano nas pesquisas em Estudos Organizacionais. *Cad. EBAPE.BR*, v. 18, nº 1, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395174655>, acessado em: 20/06/2021.

BARROSO, Karen de Almeida; SILVA, George Sobrinho. O controle social na atenção primária e a atuação dos conselhos municipais. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 19, n. 3, p. 213-219, set./dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/argsaude.v19i3.2015.5551>, acessado em: 12/11/2020.

BELL, Judith. Projeto de Pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais. 4 ed. Artmed, 2008.

BENEVIDES, Maria Victória de Mesquita. Cidadania e democracia. *Lua Nova*, São Paulo, n.33, p.5-16, agosto,1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451994000200002>, acessado em: 10/04/2019.

BISPO JUNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.1, p.7-16, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002>, acessado em: 10/08/2020.

BISPO JUNIOR, José Patrício; MARTINS, Poliana Cardoso. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, set., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140042>, acessado em: 12/11/2020.

BOSI. Maria Lucia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.3, p.575-586,

2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>, acessado em: 24/05/2019.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Preireira (org.). Política social e democracia. 3 ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BUSANA, Juliano de Amorim, HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss, WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.24, n.2, p. 442-9, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>, acessado em: 12/11/2020.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Saúde soc., São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>, acessado em: 11/05/2019.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSH, Ursula. A saúde como direito e como serviço. 2 ed. São Paulo: editora Cortez, 1999.

CORDEIRO, Hésio. A indústria de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: editora Graal, 1985.

CORTÊS, Soraya Vargas (Org.). Participação e saúde no Brasil – Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2009. 208 p.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde soc.*, São Paulo, v.15, n.2, p.47-55, ago., 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200006>, acessado em: 21/10/2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; FARIA, Mara de Mello; SHUQAR, Nur Shuqaira Mahmud Said Abdel Qader; TREWIKOWSKI, Solange. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, dez., 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000400012>, acessado em: 30/09/2019.

DAYRELL. O jovem como sujeito social. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 24, p 40-52, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782003000300004>, acesso em 10/11/2021.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1, Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro, ed. 34, 1995, 94 p.

SCOREL, Sarah, MOREIRA, Marcelo Rasga. *Participação Social*. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2012.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. *Controle Social do SUS: Conselhos e Conferências de Saúde*. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Orgs.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

FLEURY, Sonia. *A reforma sanitária brasileira*. In: Berlinguer, Giovanni; TEIXEIRA, S; CAMPOS, G. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: editora Hucitec/CEBES, 1988.

FLEURY, Sonia (Orgs.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (org.) *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. Disponível em: <https://cebes.org.br/participacao-democracia-e-saude/10947/>, acessado em: 17/06/2019.

FUNG, Archon; COHEN, Joshua. Radical Democracy. *Swiss Journal of Political Science*, v.10., n.4, p. 23-34, 2004. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.689.4710&rep=rep1&type=pdf>, acessado em: 10/03/2020.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projeto de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2012.

GLOBEKNER, Osmir Antônio. A construção social do conceito de saúde e de direito à saúde. Boletim Científico ESMPU, Brasília, n. 34, p. 83-122, jan./jun., 2011. Disponível em: <http://boletimcientifico.escola.mpu.mp.br/boletins/boletim-cientifico-n-34-janeiro-junho-de-2011/a-construcao-social-do-conceito-de-saude-e-direito-a-saude>, acessado em: 20/06/2019.

GOHN, Maria da Glória (Orgs.). Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais. 2 ed. Petrópolis: vozes, 2003.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; SANTANA, Ana Débora; MATTA, Gustavo da; PINTO, Márcia Constância; GOMES, Aderne. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, jun., 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100003>, acessado em: 25/11/2020.

GUIZARDI, Francini Lube. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 9-34, mar./jun., 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000100002>, acessado em 25/11/2020.

GUIZARDI, Francini Lube. Considerações epistemológicas sobre democracia, poder e representação política. In: GUIZARDI, Francini Lube (Org.). Políticas de participação e saúde. 1 ed. Recife: editora universitária - UFPE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/sapucaia-do-sul.html>, acessado em: 10/06/2019.

KNAUTH, Daniela. A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: SCHUCH, P.; VIERIA, M.S. E PETERS, R. (orgs.) Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2010.

KNAUTH, Daniela Riva; MEINERZ, Nádia Elisa. Reflexões acerca da devolução dos dados na pesquisa antropológica sobre saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2659-2666, Set., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.04672015>, acessado em: 20/05/2019.

KUJAWA, Henrique; CARBONARI, Paulo (Orgs.). Luta pelo direito humano à saúde: experiência de Passo Fundo. Passo Fundo: editora Méritos, 2004.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde. Visões “macro” e “micro”. Civitas - Revista de Ciências Sociais, v. 6, n. 1, p. 199-221, dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2006.1.29>, acessado em: 10/05/2019.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc.*, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, Dez, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>, acessado em: 09/05/2019.

LISBOA, Edgar Andrade; SODRÉ, Francis; ARAÚJO, Maristela Dalbello; QUINTANILHA, Bruna Ceruti; LUIZ, Sara Gonçalves. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 679-698, set./dez., 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00013>, acessado em: 13/11/2020.

LOURAU, René. Analista institucional em tempo integral. ALTOÉ, S. (Org.). São Paulo: Hucitec, 2004.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiencia do orçamento participativo de Porto Alegre. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas. São Paulo. 225p. 2002.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. Associações, participação e representação: combinações e tensões. *Lua Nova*, São Paulo, n.84, p. 141-174, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64452011000300006>, acessado em: 20/09/2020.

MARINHO, Paulino da Silva. Gestão participativa nas políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde: principais componentes e desafios. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, Brasília, v.4, n.1, jan/mar., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v4i2.177>, acessado em: 11/12/2020.

MATOS, Aécio Gomes de. Democracia, Pobreza e Participação. In: FONTES, Breno; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs.). *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife: editora universitária da UFPE, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conass; 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12ª edição. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MIWA, Marcela Jussara; SERAPIONI, Mauro; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v.26, n. 2, p. 411-423, jun., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170049>, acessado em: 10/11/2020.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 795-806, Jun., 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300015>, acessado em: 11/03/2019.

NUNES, João Arriscado; COSTA, Daniel Neves; CARVALHO, Antônio; MATOS, Ana Raquel. A emergência do sujeito participativo: interseções entre ciência, política e ontologia. *Sociologias*, Porto Alegre, v.20, n.48, p.162-187, ago., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-020004811>, acessado em: 20/04/2019.

OLIVEIRA, Raimundo N. da Cruz. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas. *Serviço Social e Sociedade*, n. 106, p. 267-283, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000200005>, acessa em: 17/04/2019.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p. 1059-1078, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400002>, acessado em: 12/11/2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2007. p. 69-149.

PAIM. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JYWNGPwpd8wnc97Zdz8H65N/?format=pdf&lang=pt>, acessado em: 28/05/2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) por 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, junho de 2018. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sistema-unico-de-saude-sus-aos-30-anos/16737?id=16737>, acessado em: 7/04/2019.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa- intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 92-108.

PESTANA, Carlos Luiz da Silva; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.485-499, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000300005>, acessado em: 14/11/2020.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaço público*. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO, 304 p., 2005.

QUINTANILHA, Bruna Ceruti; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. *Movimentos de resistência no SUS: a participação rizomática*. Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v.17, n.46, p.561-73, jul./set., 2013.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000018>, acessado em: 10/11/2020.

ROLNIK, Suely. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SANTOS, Milton. O espaço do Cidadão. 3 ed. São Paulo: editora Nobel, 1996.

SANTOS, Boaventura de Sousa; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Souza (Org.) Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul. Disponível em: <http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/atencao-basica-2/>, acessado em: 03/07/2019

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAUJO, José Wellington Gomes. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saude soc., São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, ago., 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000200002>, acessado em: 08/05/2019.

SCHERER-WARREN, Ilse; LUCHMANN, Lígia Helena Hahn, (org.) Movimentos sociais e engajamento político: trajetórias e tendências analíticas. Florianópolis: ed. UFSC, 2015.

VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do; FREITAS, Aline Macedo Carvalho; NERY, Givanildo Da Silva; CARVALHO, Silas Santos; CARVALHO, Letícia Falcão; LIMA, Maricelia Maia de. Movimento social de bairro: potencialidades e limites da participação em conselhos locais de saúde num município de interior no nordeste brasileiro. Saúde em redes, Porto Alegre, v.3, n.3, p.230-41, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n3p230-241>, acessado em: 14/11/2020.

VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do; LIMA, Maricelia Maia de. Ser conselheiro local de saúde em Feira de Santana, Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública, Fortaleza, v. 39, n.4, p.723-739, out./dez., 2015. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1825/html1825>, acessado em: 14/11/2020.

VAZQUEZ, María Luisa et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.579-591, Abr., 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200025>, acessado em: 08/06/2019.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, Dez. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311998000200002>, acessado em: 08/10/2019.

WEBER, Florence. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p.157-170, jul./dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832009000200007>, acessado em: 20/04/2020.

YIN, Robert. Estudo de Caso: planejamento e método. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DAS OBSERVAÇÕES DE CAMPO

(PARTICIPANTES DOS GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE)

Nome do grupo: _____

Local/data/horário: _____

Participantes: _____

Ver, ouvir e sentir:

- Como as atividades ocorrem (observar o antes/durante/depois).
- Iniciativas do grupo.
- Descrição do ambiente.
- Modos de vida/traços culturais/historicidade.
- Condutas/códigos/comportamentos.
- Expressões/gestos/sensações.
- Contato visual.
- Característica da voz.
- Organização do grupo.
- Interações entre as pessoas do grupo.
- Consensos/dissensos dos assuntos do grupo.

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**(PARTICIPANTES DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE)**

Data: __/__/__

Local: _____

Nome: _____ Idade: ____

Ocupação: _____

Escolaridade: _____

Tempo no CLS: _____

Eixos temáticos:**1. FUNCIONAMENTO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE**

- a. Origem/construção/organização/regulamento.
- b. Escolha dos representantes.
- c. Temáticas das reuniões.
- d. Divulgação das reuniões.
- e. Relação conselho local – comunidade.
- f. Relação conselho local – conselho municipal.
- g. Relação conselho local – UBS.

2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

- a. Significados da participação social.
- b. Acesso à informação.
- c. Canais de participação.
- d. Divulgação dos espaços participativos.
- e. Envolvimento em espaços de participação.
- f. Relação conselho local – gestão.
- g. Relação UBS – comunidade.

3. PARTICIPAÇÃO E PANDEMIA DA COVID19

- a. Funcionamento durante o isolamento social.
- b. Fiscalização das ações.
- c. Retomada desses espaços.

**APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO –
TCLE (PARTICIPANTES DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE)**

Sabrina Pontes Buziquia, aluna da pós-graduação em Saúde Coletiva da Unisinos, orientanda do prof. José Roque Junges está propondo a pesquisa intitulada “**Os espaços participativos na atenção primária brasileira**”. O objetivo do estudo é analisar o que as pessoas entendem por participação social e como tem sido a experiência de participar do Conselho Local de Saúde. É importante estudar esse tema, porque pode ajudar a desenvolver formas de participação para melhorar os serviços de saúde.

Você, como participante do conselho local de saúde, está sendo convidado a fazer parte dessa pesquisa. Sinta-se livre, porque sua participação tem que ser voluntária. Você será entrevistado(a) sobre questões referentes as formas de participação no seu bairro para melhorar o serviço de saúde. As questões poderão lhe trazer algum desconforto ou constrangimento, mas serão tomadas todas as medidas para que isso não aconteça. O benefício da discussão será criar consciência sobre o direito à saúde e as formas de participação. A entrevista será gravada e depois transcrita, mas seu nome nunca vai aparecer, quando os resultados da pesquisa forem publicados. Sua identidade será sempre preservada. Você pode pedir todos os esclarecimentos necessários para entender a sua participação na pesquisa. Esse documento será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra com a pesquisadora.

Sapucaia do Sul, de de

Nome do participante	Assinatura
-----------------------------	-------------------

Assinatura da Pesquisadora
Contato telefônico: (41)996382330

APÊNDICE 4 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE ÁUDIO

AUTORIZO a produção de áudio referente à minha participação especial na pesquisa “**Os espaços participativos na atenção primária brasileira**”, da pesquisadora Sabrina Pontes Buziquia da pós-graduação em saúde coletiva da Unisinos (contato telefônico: (41) 996382330), da qual já tomei parte na forma de entrevista, tendo assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Eu,....., declaro que autorizo o uso do meu áudio para fins de divulgação dos resultados da pesquisa.

Sapucaia do Sul, de de

Assinatura do(a) participante

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

**Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria Municipal de Saúde**

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Venho por meio desta autorizar a pesquisadora **SABRINA PONTES BUZQUIA**, da instituição **UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS** a realizar a pesquisa de doutorado intitulada “**DIREITO À SAÚDE E OS PROCESSOS PARTICIPATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**” com período de coleta de dados previsto para 2019.

Sapucaia do Sul, 10 de Setembro de 2019

Leonardo Rodrigues Piovesan
SMS Sapucaia do Sul
Mat. 6266

Leonardo Rodrigues Piovesan
GT de Educação Permanente
Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIREITO À SAÚDE E OS ESPAÇOS PARTICIPATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Pesquisador: sabrina pontes buziquia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22549519.8.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.642.627

Apresentação do Projeto:

O projeto o "Direito à Saúde e os Espaços Participativos na Atenção Primária", está sendo desenvolvido no PPG Saúde Coletiva/UNISINOS, pela doutoranda Sabrina Pontes Buziquia, sob orientação do Prof. Dr. José Roque Junges. O objetivo é analisar os significados sobre o direito à saúde na perspectiva dos usuários em diferentes espaços participativos da APS no município de Sapucaia do Sul (RS). Abordagem qualitativa do tipo estudo de casos múltiplos, que ocorrerá na APS do município em estudo, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Conselhos Locais e Municipal de Saúde. Participantes serão usuários das UBSs e integrantes dos Conselhos. Coleta de dados por meio de entrevistas, grupos focais, observação e análise das atas das reuniões dos Conselhos. A técnica de análise será a síntese cruzada dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são exequíveis. Os quais são descritos a seguir,

Objetivo Primário: Analisar os significados sobre o direito à saúde na perspectiva dos usuários em diferentes espaços participativos da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Sapucaia do Sul (RS).

Objetivo Secundário: a) descrever o funcionamento dos diferentes espaços participativos da APS do município; b) compreender os significados sobre o direito à saúde na perspectiva dos usuários que estão inseridos nesses espaços; c) relacionar os efeitos produzidos pelos espaços participativos na construção desses significados.

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 3.642.627

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa aos participantes são mínimos, podendo haver constrangimento por parte do entrevistado durante a entrevista ou discussão em grupo. Está previsto interromper imediatamente a entrevista ou a discussão em grupo, caso aconteça algum constrangimento.

Os benefícios estão relacionados com a possibilidade de maior conscientização dos usuários sobre seu direito à saúde, bem como, feedback aos profissionais de saúde e gestores da APS em relação as reivindicações dos usuários quanto à qualidade e acesso ao serviço de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa analisa um tema relevante para o campo da Saúde Coletiva. Está bem estruturado com descrição detalhada das etapas do método. O cronograma é exequível e os resultados poderão contribuir para a qualificação da conscientização dos usuários sobre seu direito à saúde e suas reivindicações acerca da qualidade e acesso aos serviços de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão devidamente assinados e a redação do TCLE atende a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1359898.pdf	29/09/2019 17:33:02		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia.pdf	29/09/2019 17:23:27	sabrina pontes buziquia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉs1.docx	29/09/2019 17:16:16	sabrina pontes buziquia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Sabrina_Buziquia_CEP.doc	29/09/2019 17:11:43	sabrina pontes buziquia	Aceito

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 3.642.627

Investigador	Projeto_Sabrina_Buziquia_CEP.doc	29/09/2019 17:11:43	sabrina pontes buziquia	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/09/2019 15:41:37	sabrina pontes buziquia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SabrinaPontesBuziquia.pdf	15/10/2019 16:35:40	José Roque Junges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 15 de Outubro de 2019

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

PARTE DOIS
RELATÓRIO DE CAMPO

RELATÓRIO DE CAMPO

Esse relatório descreve as etapas desenvolvidas ao longo da pesquisa intitulada: “Os espaços participativos na atenção primária brasileira”.

A pesquisa buscou responder a seguinte questão:

- Quais as experiências de participação social no contexto da APS brasileira desde a criação do SUS e como tem se dado a experiência de participação social na APS de um município?

1 INTRODUÇÃO

No mestrado estudei o tema da humanização em saúde, e pude compreender que humanizar em saúde vai além das relações interpessoais entre profissionais e usuários, trata-se de horizontalizar as relações de poder, pensar em formas mais amplas da democracia, incluir gestores, profissionais e usuários na construção dos processos de produzir saúde.

Quando ingressei no doutorado, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, conversei com os orientadores e expus um pouco das minhas indagações advindas do mestrado, do meu anseio de fazer uma pesquisa de campo que envolvesse a participação dos usuários do SUS nos serviços de saúde e processos decisórios. Portanto, escolhi como tema de pesquisa o direito à saúde e a participação social e comecei a elaborar o projeto de pesquisa. A APS, como campo de pesquisa, veio da sugestão de um dos orientadores, também o município a ser estudado em função das relações que o grupo de pesquisa já mantinha lá.

Durante a construção do projeto de pesquisa, optei pelo método cartográfico, pois permitiria acompanhar os processos, as diversas formas de participação social que poderiam emergir da APS, do cotidiano dos territórios e das micropolíticas que se constroem nas relações sociais específicas e localizadas. Como estava construindo a revisão bibliográfica nesse período, encontrei o conceito de participação rizomática e que me serviria como ponto de análise dos meus achados, trata-se de uma forma de participação que se dá por manifestações espontâneas dos usuários no cotidiano dos serviços de saúde, e

que vão além dos mecanismos institucionalizados de participação, como os conselhos de saúde.

Infelizmente, a pandemia de Covid-19 trouxe muitas limitações para aquilo que havia sido proposto no projeto inicial junto aos orientadores, também discutido com a banca durante a qualificação, principalmente no que tange ao processo metodológico escolhido. Embora eu tenha conseguido acompanhar no período de 1 mês (novembro de 2019) algumas experiências de participação social na APS do município (reuniões do CLS e atividades de promoção da saúde), essas foram insuficientes para a contemplar as especificidades do método cartográfico com qualidade, o qual exigiria uma participação e convivência mais intensa e extensiva nos territórios estudados. Frente ao contexto de isolamento social e das reuniões e atividades de grupo suspensas nos serviços de saúde, não me restava outra solução a não ser a busca de novos métodos para executar a pesquisa.

Portanto, optou-se por produzir o artigo 1 a partir de uma revisão sistemática sobre o tema da participação social no contexto da APS brasileira, e o artigo 2 empregou-se a análise de conteúdo para analisar as entrevistas individuais realizadas com os conselheiros locais que atuavam no ano de 2019 nos CLS do município, buscando entender quem são os sujeitos sociais que participam, quais os interesses envolvidos e as relações sociais que os conselheiros construía nos territórios. As observações e atividades vinculadas à UBS em que havia participado antes das paralisações pelo Covid-19 foram incluídas de modo complementar no artigo 2, no sentido de enriquecer a discussão.

Por fim, visto que o CLS passou a ser a figura central do artigo 2, o conceito de participação rizomática, teoria de análise que me propus inicialmente a fazer, acabou perdendo sua centralidade, pois não foi possível mapear formas de participação não institucionalizadas, das manifestações espontâneas que ocorriam no cotidiano do serviço de saúde e que definem esse conceito. De qualquer forma, as reflexões em torno do conceito de participação rizomática foram utilizadas no sentido de discussão alguns dos achados, mesmo que de modo secundário.

2 EXPLORANDO O CAMPO DE PESQUISA

Minha primeira exploração de campo deu-se ao participar das Conferências de Saúde de 2019, no âmbito municipal (Sapucaia do Sul/RS) e estadual (Porto Alegre/RS). Sendo a primeira vez que participava, essa foi uma importante experiência pessoal e de aproximação com os sujeitos que viriam a ser parte do meu trabalho de campo e do próprio tema de pesquisa, experienciando um mecanismo formal de participação. Já o segundo momento de exploração, também no ano de 2019, foi minha participação nas reuniões do Conselhos locais de saúde e nas atividades dos grupos de promoção da saúde do município. Ambas as experiências serão mais bem detalhadas nos tópicos que seguem.

2.1 Participação nas Conferências de saúde

O período de pré-conferência busca aprofundar a discussão antes do dia da conferência, com o objetivo de proporcionar maior participação das instituições e das comunidades. No município de Sapucaia do Sul, a pré-conferência se deu em quatro etapas preparatórias, de acordo com os eixos temáticos da conferência, e foram realizadas nas diferentes regiões de saúde para que tivesse uma maior adesão da população. Foram elas:

- 26/03/2019: “Saúde como direito”, ocorreu na associação dos moradores da Cohab;
- 28/03/2019 “Consolidação dos princípios do SUS”, ocorreu na Escola Walmir Martins;
- 01/04/2019: “Gestão que unifique o SUS”, ocorreu na Escola João de Barros;
- 04/04/2019: “Financiamento adequado e suficiente para o SUS”, ocorreu na Igreja São José.

Sobre as impressões que tive ao participar desses encontros, é que havia uma forte interferência da gestão nesse processo. Parecia ser mais uma palestra que os gestores estavam dando para a população sobre cada uma das temáticas abordadas, fazendo o uso de linguagens muito técnicas e voltadas para as Leis e diretrizes do SUS. Por outro lado, quando os usuários pediam a vez de fala, pareciam não entender a conferência como construção das políticas de saúde de uma forma ampliada, trazendo como pautas demandas muito específicas da

comunidade, como se quisessem utilizar aquela oportunidade de encontro com a gestão para expor dificuldades individuais ou dos seus pares no acesso aos equipamentos e atenção em saúde.

A 6ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema "Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS", ocorreu no dia 13/04/2019, das 8h às 17h, no Auditório da Escola Vanessa Ceconet, promovido pela Prefeitura, através da Secretaria de Saúde. Houve grande participação da população e ocorreu de forma organizada, tanto o debate como a votação dos delegados. Porém, pareceu apenas reproduzir a dinâmica que havia acontecido nos encontros da pré-conferência, só que dessa vez com direito a voto.

Por se tratar de um evento municipal, foi possível observar demandas do cotidiano, por exemplo, uma pauta de votação que me chamou a atenção, e que gerou divergência entre profissionais e usuários, foi a questão dos atendimentos por agendamentos. Os profissionais, de maneira geral, pareciam não querer lidar com o atendimento por demanda espontânea. Já a população parecia muito insatisfeita com a demora do atendimento via agendamento.

Já a 8ª Conferência Estadual de Saúde ocorreu em 24/05/2019, no auditório Araújo Vianna contou com a participação de mais de 3 mil pessoas (Figura 1).

Figura 1. 8ª Conferência Estadual de Saúde, Auditório Araújo Vianna, Porto Alegre (RS), 2019.



Fonte: <https://saude.rs.gov.br/>.

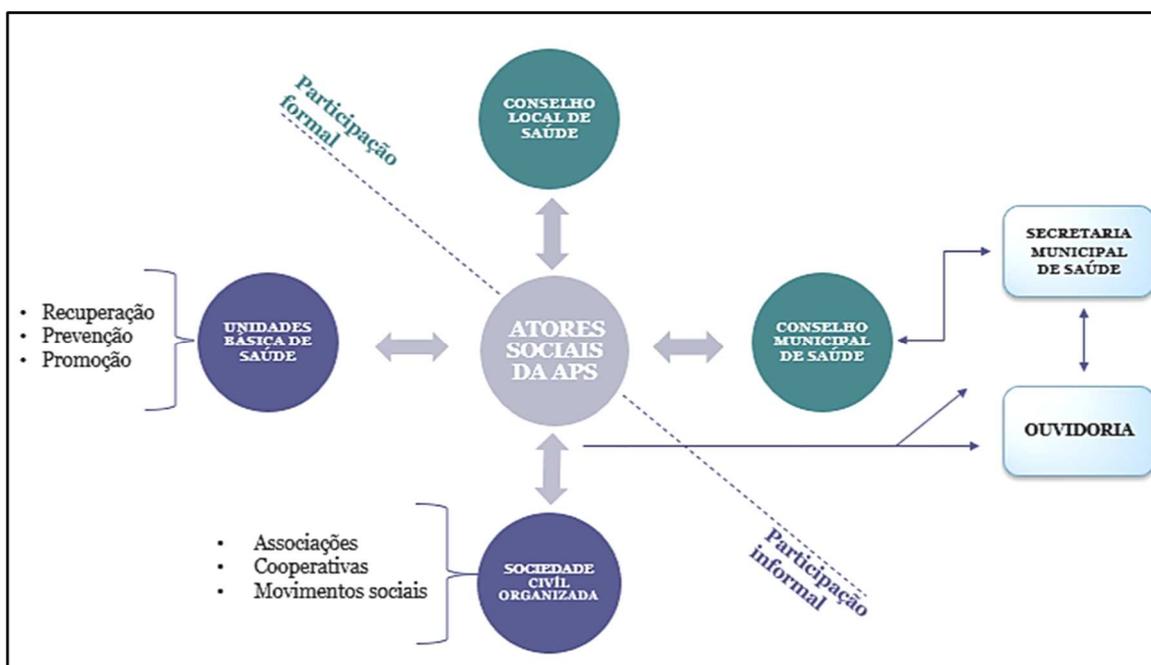
Sobre as impressões que tive da Conferência em seu nível estadual, é que se tratava de um evento de grande amplitude e, portanto, parecia se afastar daquelas relações sociais do cotidiano das pessoas, de suas realidades específicas e passíveis de modificações. Além disso, os interesses políticos estavam escancarados, pois quanto maior a amplitude de um evento, mais visibilidade se dava aos sujeitos que queriam se promover de alguma forma.

Por outro lado, a grandiosidade do evento também permitiu o encontro de diversos sujeitos que compunham as redes de saúde nos diferentes municípios, dos gestores, profissionais, usuários e das organizações sociais, permitindo o compartilhamento das distintas experiências. Também se observou esse compartilhamento por meio de algumas apresentações que aconteceram durante o evento, intervenções artísticas como danças e teatros, mostrando diferentes valores culturais. Além disso, tiveram algumas dinâmicas de grupo, com o objetivo de mostrar a força do coletivo quando são capazes de se organizar.

2.2 Participação nas reuniões dos CLS e grupos de atividade de promoção da saúde

No segundo semestre do ano de 2019 foi o período de delimitar o campo de pesquisa. Para tanto, elaborei um fluxograma (figura 2) no intuito de visualizar quais seriam os possíveis canais participativos que os atores sociais da APS poderiam estar acessando.

Figura 2. Fluxograma dos possíveis canais participativos da APS visualizados pela pesquisadora.



Fonte: o autor, 2019.

Para entrar em campo, primeiro fiz contato com o coordenador da APS do município, o qual foi muito solícito e me informou quais UBS que possuíam CLS ativos, visto que esse era um dos critérios de inclusão do estudo. Além de me fornecer a carta de anuência para que eu pudesse entrar efetivamente em campo.

Após ter essa informação busquei fazer contato com os atores sociais daquelas UBS indicadas. Liguei para cada uma delas, me apresentei enquanto pesquisadora e expliquei os objetivos da pesquisa, houve então o aceite de participação. Depois me informei com alguns dos trabalhadores quais eram os dias das reuniões do CLS e quais grupos de promoção da saúde tinham naquela unidade e se eu poderia frequentá-las.

A ideia era que ao frequentar esses grupos por vários meses, o que me permitiria observar/participar dos encontros entre os sujeitos e ir além das reuniões mensais dos CLS. O objetivo era vivenciar experiências formais e informais de participação social que aconteciam naquele determinado tempo-espço, proporcionando aproximação e intimidade entre o pesquisador e o que estava sendo pesquisado. Segue abaixo uma breve descrição das experiências que tive ao longo de 1 mês (novembro de 2019) em cada UBS e minhas impressões enquanto pesquisadora/participante:

❖ **UBS 1:**

Reunião do CLS: participavam 5 usuários, 1 médica, 1 recepcionista, 1 estagiária e 1 apoiadora institucional. No dia em que estive presente, havia uma pauta sobre a aprovação do orçamento de um projeto a ser enviado para a Secretaria Municipal de Saúde. O projeto em questão tratava da construção de um herbário vertical para uso da comunidade e de um espaço de convivência para a equipe SF (com mesa, bancos e um pergolado), ambos a serem construídos em uma área externa nas dependências da UBS. O projeto foi aprovado com unanimidade pelos integrantes ali presentes. O orçamento dos materiais necessários para a execução desse projeto foi feito a partir de um projeto arquitetônico elaborado pela filha de uma das integrantes do CLS. Observou-se engajamento nas ações propostas e foram colaborativos na elaboração da pauta da próxima reunião.

Dois pontos me chamaram a atenção, o primeiro foi a presença da médica da unidade, pois não era comum os profissionais médicos participando dos CLS. O segundo ponto foi o envolvimento da filha de uma usuária, que é arquiteta, se disponibilizando a realizar o projeto de forma voluntária.

❖ **UBS 2:**

Observou-se nessa UBS muitas atividades de promoção de saúde sendo ofertadas, e que havia um grande engajamento das ACS, pois participavam das atividades junto com a comunidade, não só das atividades ofertadas na própria UBS, mas também dos outros espaços, como na associação de moradores do bairro.

Reunião do CLS: participavam 4 usuários, 1 dentista e 3 ACS. No dia dessa reunião as pautas surgiram de forma espontânea, observou-se que, dessa forma, os usuários tinham bastante abertura para expressarem suas insatisfações. Dentre as pautas, a que recebeu apoio unânime foi a necessidade da presença do apoiador institucional nas reuniões do CLS. Também se destacou a proposta de elaboração conjunta de um documento que pedisse cadeiras novas para a UBS a ser enviada para a Secretaria Municipal de Saúde (observou-se muitas cadeiras quebradas, tanto na sala de espera como na sala de reuniões).

Relatos após a reunião do CLS: uma das ACS relatou que, após levarem a solicitação pedindo a presença de um representante da gestão nas reuniões do CLS, a data de reunião foi trocada para que um apoiador institucional viesse participar. Também a dentista relatou que estava participando do CLS ativamente, pois o aparelho de sucção estava quebrado por volta de 2 meses e, por isso, não conseguia exercer sua atividade na odontologia.

Grupo de artesanato: participavam 6 usuárias e 1 ACS. Em meio as conversas que tive com as mulheres do grupo, quando confeccionávamos guirlandas de Natal, elas me relataram que o grupo de artesanato surgiu a partir do grupo de saúde mental, onde as integrantes se conheceram e sugeriram para a equipe SF essa mudança. Foi possível observar que as usuárias organizavam as atividades de forma independente. A ACS apenas dava o acesso ao espaço da UBS. Pude notar boa relação entre as participantes, pois conversavam bastante e faziam brincadeiras, o que transmitiu uma sensação de estarem à vontade de ocupar aquele espaço.

Aula de Zumba: participavam 10 usuárias e 3 ACS. A aula de zumba aconteceu na Associação de moradores e eram realizadas uma vez na semana, conduzidas por 2 estagiárias do curso de Educação Física, uma parceria entre a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde. As mulheres que fizeram a aula relataram se sentir bem com a prática de exercícios físicos, que gostariam de manter as aulas de zumba sempre ativas, pois já a tinham como rotina. As ACS faziam a divulgação das aulas de zumba dentro da UBS, além de participarem ativamente das aulas, mantendo bons vínculos com os membros da comunidade que frequentam o espaço.

Horta comunitária: uma ACS me levou para visitar a horta que fica no terreno ao lado da UBS; ela era responsável pela horta comunitária. Relatou que o terreno teve que ser adquirido junto a prefeitura e depois, em parceria com o EMBRAPA. conseguiu materiais necessários para o manejo e que eles ofereceram oficinas práticas de como construir a horta. Além disso, foi feita uma parceria com o CRAS para organizar a utilização do espaço, de forma que tivesse uma rotatividade das famílias interessadas e respeitando aquelas mais carentes que precisariam do alimento produzido. O acesso aos canteiros é livre, para que cada família responsável cuide do seu canteiro da forma como lhe convém, sendo concedido um canteiro por família.

Academia ao ar livre: entre a horta e a UBS notou-se que havia uma academia ao ar livre. Porém, a ACS relatou que não havia um profissional educador físico para instruir a comunidade na prática de atividade física.

Grupo de Saúde Mental: participavam 3 usuárias, 1 dentista e 1 estagiária. Uma das participantes relatou sofrer violência física e psicológica em casa pelo filho, que era usuário de drogas, e diversas vezes trouxe à tona sua vontade de cometer suicídio.

Após o encontro do grupo de saúde mental: a dentista relatou que o grupo de saúde mental era composto por usuários encaminhados pela médica da equipe, mas que cada vez estava tendo menos participantes porque o profissional psiquiatra que organizava esses encontros não trabalhava mais naquela UBS.

Observou-se que havia um esforço da profissional dentista em manter o grupo ativo, pois mesmo não sendo sua área de atuação entendia a importância daquele espaço. Contou que buscava, por conta própria, aprender técnicas

adequadas, mas relatou a dificuldade de não contar com um profissional especializado para lidar com as situações que eram trazidas ali. Não houve um esclarecimento maior sobre como se dava a relação UBS-CAPS.

❖ **UBS 3:**

Reunião do CLS: participavam 8 usuários, toda a equipe e a apoiadora institucional. Essa visita ocorreu em um dia de votação para representantes do CLS (a reunião ocorreu na sala de espera). Não havia usuários interessados em se candidatar para os cargos de representante titular e suplente de forma espontânea. Os profissionais e a apoiadora institucional começaram a incentivar certos usuários a se candidatar, aqueles que eles julgavam ter maior capital social. Ao final alguns usuários cederam ao pedido da equipe e aceitaram o cargo de conselheiro do CLS. Outras pautas também surgiram ao longo da reunião, como a necessidade de copos plásticos nos bebedouros e ar-condicionado na sala de espera.

Observou-se, no aparente desinteresse da população em participar, que muitos dos usuários ali presentes foram na reunião com a intenção de apenas votar, e não de se candidatar a conselheiro. Ou seja, embora não quisessem assumir a responsabilidade de ser um representante da comunidade, notava-se que estavam ali interessados em participar da votação. Também foi possível observar que as ACS não demonstraram nenhum interesse em participar, pareciam estar ali apenas como uma obrigação, não sei se devido a presença da gestão no local. Diversas vezes saíram durante a reunião e ficavam do lado de fora da UBS.

Após a reunião do CLS: a equipe relatou um caso de violência que aconteceu na UBS após negarem o atendimento a uma mulher, pois chegou 1 hora depois do horário agendado. Contaram que passaram a receber ameaças do filho dessa mulher (e dos amigos do filho) e de que entrariam armados na UBS. A partir disso, começaram a rondar a rua da UBS. Diante do ocorrido os profissionais que ali trabalhavam pediram à Secretaria Municipal de Saúde remanejamento para outros setores, e houve então a contratação de novos profissionais em caráter temporário.

A partir desse relato foi possível observar que, por se tratar de um momento de tensionamento, com o episódio ocorrido e a entrada de uma nova equipe, poderia estar havendo certa dificuldade em se estabelecer novos vínculos com

a comunidade. Também serviu para pensar sobre a dificuldade nos vínculos dos novos profissionais e os ACS, pois foram os únicos da equipe anterior que permaneceram trabalhando naquela UBS.

Grupo de artesanato: participavam 4 usuárias e 1 enfermeira. Como se aproximava da data natalina confeccionávamos enfeites para a árvore de Natal (figura 3). Enquanto isso, em conversa com as mulheres, elas relataram melhora na qualidade de vida após participarem desse grupo. Antes tratava-se do grupo de saúde mental oferecido pela UBS (que não estava mais ativo), ali se conheceram e sugeriram para a equipe utilizar aquele espaço para um grupo de artesanato. As participantes usuárias eram quem organizavam as atividades que seriam realizadas ali, sendo que uma delas, a enfermeira, atuava mais como uma mediadora. Transmitem a sensação de estarem à vontade de ocupar aquele espaço, com boas conversas e brincadeiras.

Figura 3. Artesanatos feitos por mim junto ao grupo de artesanato, 2019.



Fonte: a autora, 2019.

3 CAMPO DE PESQUISA E AS IMPLICAÇÕES DA COVID-19

Embora o ano de 2019 tenha permitido essa breve aproximação com o campo, o cronograma da pesquisa tinha o primeiro semestre de 2020 como período de realização da coleta de dados, que aconteceria nas ações que envolviam o cotidiano das UBS, nas reuniões dos CLS e das entrevistas individuais. Então, em conversa com os orientadores, e como não se sabia as proporções da pandemia do Covid-19, em um primeiro momento, decidimos

aguardar todo o primeiro semestre de 2020, ainda otimistas que a entrada em campo aconteceria naquele ano.

Entretanto, ao passar o mês de julho, e visto que algumas disciplinas exigiam como método avaliativo o ‘avançar’ da pesquisa, optamos por produzir um dos artigos como estudo teórico. O objetivo desse primeiro artigo foi buscar na literatura estudos empíricos que traziam as experiências de participação social envolvendo o contexto da APS brasileira, com foco nos mecanismos formais de participação. Fizemos então uma revisão sistemática, trata-se de um tipo de investigação focada em questão bem definida que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis sobre o tema. A seleção dos estudos foi feita em duas etapas por três pesquisadoras de modo independente: a primeira para a seleção de resumos e depois a seleção dentre os artigos lidos na íntegra. Em caso de discordâncias, uma quarta juíza foi consultada. A produção desse primeiro artigo ampliou meu referencial teórico e me ajudou a compreender quais experiências de participação no contexto da APS estavam acontecendo em outros municípios e as reflexões produzidas sobre o assunto no país.

Ainda otimistas em executar o método cartográfico na produção do segundo artigo, seguimos esperando. Porém, em 2021, a pandemia persistiu impondo restrições e as reuniões dos CLS não estavam ocorrendo, com o processo de vacinação que levou quase todo ano para atingir a população adulta. Então, tivemos que pensar novos desenhos metodológicos para executar o segundo momento da pesquisa. Infelizmente, dada as circunstâncias de paralisação das atividades coletivas e do isolamento social, não foi possível retornar ao campo para vivenciar mais o cotidiano das relações sociais nos territórios, de como se davam os processos de participação e se produziam modos de subjetivação nesses espaços. Assim, os processos que envolveriam executar o método cartográfico foram afetados e não puderam ser realizados em toda sua complexidade conforme gostaríamos.

Além da vivência de apenas um mês que tive em campo, as entrevistas passaram a ser o único instrumento de coleta de dados possível, pois poderíamos fazê-la por vias não presenciais (telefone, WhatsApp ou videoconferência) ou presencialmente, respeitando as medidas sanitárias que garantissem a segurança dos participantes. Porém, não seria possível observar

ou convidar para a entrevista os usuários do cotidiano do serviço, nas salas de espera ou nos grupos de promoção de saúde, como era a intenção inicial do projeto. Portanto, como um dos locais de pesquisa já seria o CLS, buscamos encontrar os conselheiros que atuavam nos CLS em 2019 e convidá-los para as entrevistas.

4 AS ENTREVISTAS

Para convidar os conselheiros a participar da entrevista, liguei de novo para o coordenador da APS e, para minha surpresa, como havia sido trocado a e gestão, ele já não estava mais nesse cargo. Mesmo assim, ele foi solícito e me passou os novos contatos dos responsáveis pela APS na SMS.

Os primeiros para quem liguei convidando a participar da pesquisa foram os apoiadores institucionais, que eram representantes da gestão nas UBS 1, UBS 2 e UBS 3, todos os três aceitaram participar e foram eles que forneceram os contatos de profissionais e usuários que atuavam nos CLS daquelas UBS. Dos quatro usuários que consegui fazer contato por telefone, três aceitaram participar, dois da UBS 2 e um da UBS 3. Já com os profissionais, tentei contato com diversos, e senti certa resistência, acredito que por estarem sobrecarregados pelo aumento de fluxo devido a pandemia Covid-19. A única UBS em que os profissionais se mostraram interessados foi a UBS 2, e lá dois profissionais aceitaram participar. Na UBS 1 apenas uma ACS aceitou, mas me relatou que nenhum outro profissional queria participar e por isso ela ia me ‘ajudar’. Já na UBS 3 nenhum profissional aceitou participar, relataram não gostar de falar sobre assuntos que envolviam o CLS e que só participavam das reuniões em 2019 porque os gestores lhes pediam.

Ao final, nove conselheiros locais, entre gestores, profissionais e usuários, aceitaram participar das entrevistas. A fim de resguardar o sigilo dos participantes, atribuímos como nomenclatura: U1, U2, U3, P1, P2, P3, G1, G2 e G3. Segue a tabela (tabela 1) com as características dos participantes do estudo: sexo, idade, escolaridade, ocupação e tempo de atuação no CLS.

Tabela 1. Características dos Conselheiros locais de saúde do município, 2019.

Participantes	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Tempo de CLS

U1	M	45	Médio completo	Porteiro	1 ano
U2	F	62	Médio completo	Comerciante	4 meses
U3	M	63	Fund. Incompleto	Aposentado	N/A
P1	F	51	Médio completo	ACS	3 anos
P2	F	52	Médio completo	ACS	1 ano
P3	F	30	Superior completo	Dentista	1 ano
G1	F	37	Superior completo	Enfermeira	1 ano
G2	F	44	Superior completo	Dentista	4 anos
G3	F	39	Superior completo	Psicóloga	1 ano e 6 meses

Fonte: os autores, 2021.

As entrevistas ocorreram presencialmente, respeitando as medidas sanitárias que garantissem a minha segurança e a dos participantes. As entrevistas com gestores e profissionais ocorreram nos locais de trabalho deles, já as entrevistas com os usuários, as UBS forneceram uma sala para que eu pudesse realizá-las.

Setembro de 2021: a entrevista foi realizada com duas conselheiras na UBS 2, tratava-se de uma ACS (P2) e uma usuária (U2). Cheguei na unidade e elas estavam conversando sentadas na área externa, já me aguardando, e me pediram para fazer a reunião juntas. Foram solícitas e alegres, estavam muito dispostas a contribuir com a pesquisa. A entrevista durou cerca de 50 minutos.

Outubro de 2021: a entrevista foi realizada em uma outra UBS, que não fazia parte do estudo, pois no período da entrevista a então gestora (G2) da época já havia sido realocada para voltar as atividades da assistência (por conta da troca da gestão de governo). A equipe estava retornando do horário de almoço e fui bem recebida por todos, aguardei ela guardar a bolsa e escovar os dentes, entramos em uma sala para dar início a entrevista. Foi muito solícita, mostrou boa desenvoltura nas falas, a entrevista durou cerca de 40 minutos.

Outubro de 2021: tentei realizar essa entrevista na UBS 3, mas como o entrevistado (U1) havia se atrasado e já estava perto das 17h (horário de

fechamento da UBS), a equipe não nos permitiu ficar lá. O entrevistado disse que poderíamos realizar a entrevista em uma das salas da escola pública que ficava perto. Fomos no meu carro, era próximo, mas tinha que atravessar uma lomba e a pé seria complicado. Quando descemos do carro, já no portão da escola, 3 pessoas vieram falar com ele. Não ouvi o que conversavam, mas notei que era muito bem-quisto por todos do bairro. O entrevistado tinha acesso a escola pois faz projetos sociais lá. Entramos em uma sala para a entrevista, durou cerca de 1 hora, ele foi muito solícito. Após a entrevista, me levou para ver um grafite (desenho) feito na parede do ginásio da escola, contou que quem faz a arte é um cadeirante que ele sempre procura ajudar indicando projetos. O desenho envolvia uma cultura hip hop, a parede foi dividida ao meio, de um lado estava desenhado o bairro Brooklyn e do outro o próprio bairro.

Outubro de 2021: a entrevista foi realizada na UBS 2, quando cheguei na recepção os trabalhadores me receberam de forma muito acolhedora. A entrevistada (P3) me chamou para ir a uma sala e, durante a entrevista, tive a impressão de que ela estava com pressa, pois falava rápido e de forma pontual sobre os temas, mas sempre muita educada comigo. Talvez o jeito mais pontual de expressar suas ideias pudesse ser apenas uma característica da personalidade dela, pois o próprio conteúdo das falas mostrava certo pragmatismo. A entrevista durou cerca de 20 minutos.

Outubro de 2021: a entrevista foi realizada em uma outra UBS, que não fazia parte do estudo, pois também essa gestora (G1), do período de 2019, havia sido realocada para voltar as atividades da assistência. Fui bem recebida pela recepcionista e me conduziram até uma sala onde a entrevistada estava trabalhando no computador. Ela me recebeu muito bem, foi solícita, mostrou boa desenvoltura nas falas, a entrevista durou cerca de 40 minutos.

Outubro de 2021: a entrevista foi realizada no CAPS, pois essa gestora (G3) também havia sido realocada para a assistência. Fui bem recebida pela recepcionista, aguardei cerca de 10 minutos na sala de espera. A entrevistada me chamou para uma das salas, a entrevista durou cerca de 1 h. Às vezes, a entrevistada parecia insegura quanto aquilo que deveria falar, principalmente ao criticar algo da UBS 1 que atuou como apoiadora institucional. Por diversos momentos me pediu para não incluir determinadas falas.

Outubro de 2021: a entrevista ocorreu na UBS 2, quando cheguei encontrei o entrevistado (U3) estava me aguardando do lado de fora, falamos com uma ACS sobre qual local poderíamos utilizar para a entrevista, e logo ela nos providenciou uma sala. A entrevista durou cerca de 30 minutos, o usuário tinha falas um tanto quanto confusas, não articulava muito bem as palavras e por isso tive muita dificuldade de compreender algumas coisas. As falas sempre tinham um tom de revolta e indignação, mesmo quando falava de suas conquistas se mostrava pessimista. Durante a entrevista uma profissional entrou pedindo para falar com ele, pediu para que ele avisasse um outro usuário para ir pegar a receita na UBS.

Outubro de 2021: a entrevista ocorreu na UBS 1, tratava-se de uma ACS (P1). Quando cheguei falei com um recepcionista, que não me atendeu com muita simpatia, pedi para que ele chamasse a minha entrevistada, mas senti como se minha presença estivesse incomodando ali. Após uns 15 minutos ela veio e me levou para uma das salas da UBS 1. Ao iniciar a entrevista e ligar o gravador senti uma certa timidez, falava baixo e não desenvolvia muita os assuntos que abordava, parecia não poder falar aquilo que queria dizer. Após cerca de 20 minutos de entrevista ela me pediu para desligar o gravador para se sentir mais à vontade, depois disso começou a falar com mais desenvoltura, por cerca de 15 minutos. Suas falas apontaram algumas críticas quanto ao ambiente de trabalho, talvez por isso não estava se sentindo a vontade no início quando o gravador estava ligado.

5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Já com as entrevistas gravadas, parti para o processo de transcrição. Tratava-se do início da análise, um trabalho que demanda tempo e paciência. Mas foi nesse processo de transcrever as falas dos entrevistados que consegui me aproximar de detalhes daquilo que foi dito e que, por vezes, passou despercebido durante as entrevistas. Após as transcrições estarem finalizadas, fiz a impressão do material e sua leitura completa por várias vezes. Conforme ia lendo fazia grifos e anotações, buscando encontrar consensos e dissensos nas falas e refletindo sobre as peculiaridades que envolviam as características de cada sujeito entrevistado e seu território. Após uma análise de todo o material e

da perspectiva teórica que inspirou as reflexões e planos iniciais da tese, as principais características foram agrupadas em categorias, temas-eixos das entrevistas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever o relatório de campo me permitiu olhar para a trajetória da pesquisa e entender o processo como um todo, desde as inquietações iniciais que me levaram a escolher determinado objeto de pesquisa, até as dificuldades que me fizeram ter que me reinventar enquanto pesquisadora. Para os pesquisadores sociais, as dificuldades advindas da pandemia do Covid-19 se refletiram justamente na impossibilidade de vivenciar o campo e, ainda, tratando-se do espaço da assistência em saúde, maior ainda a dificuldade.

Entretanto, ter tido a oportunidade de ter minha primeira aproximação com o campo participando das Conferências municipal e estadual, e que findaram na 16ª Conferência Nacional de Saúde, e ainda com o tema Saúde e Democracia, foi muito além das minhas expectativas, pois além de uma experiência pessoal que levarei para a vida, me proporcionou o primeiro contato com os sujeitos e as realidades do município que depois viriam a fazer parte da pesquisa.

Posteriormente, nas vivências das UBS do município, nas reuniões dos CLS, nos grupos de promoção da saúde e nos encontros das entrevistas, me possibilitaram, mesmo que por um breve momento, construir relações de afeto, e, às vezes, desconforto, mas acima de tudo me permitir ser pesquisadora e vivente que se afeta.

Em suma, apesar das dificuldades do contexto pandêmico para o andamento da pesquisa, foi possível produzir dois artigos inéditos, sendo um deles um artigo teórico intitulado “Participação social e atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão sistemática”, que teve como intuito compreender as experiências formais de participação social que têm sido desenvolvidas no contexto da APS brasileira desde a criação do SUS, e um artigo empírico intitulado: “As experiências de participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde de um município”, que teve como objetivo compreender as experiências de participação social no contexto da APS de um município do sul do país. Ambos não serão anexados nesta tese, pois aguardam publicação.

PARTE TRÊS
ARTIGOS CIENTÍFICOS

ARTIGO ORIGINAL I

Participação social e atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão sistemática.

ARTIGO ORIGINAL II

**As experiências de participação social no contexto da Atenção Primária
em Saúde de um município.**