



**MARINA MENDES MESQUITA**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS USÁRIOS NA  
GESTÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
FAMILIAR-12**

**LAVRAS - MG**

**2015**

**MARINA MENDES MESQUITA**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS USÁRIOS NA GESTÃO DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMILIAR-12**

Monografia apresentada ao Colegiado  
do Curso de Administração Pública,  
para obtenção do título de Bacharel  
em Administração Pública.

Orientador

Dra. Júlia Moretto Amâncio

Coorientador

Dr. Denis Renato de Oliveira

**LAVRAS - MG**

**2015**

**MARINA MENDES MESQUITA**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS USÁRIOS NA GESTÃO DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMILIAR-12**

Monografia apresentada ao Colegiado  
do Curso de Administração Pública,  
para obtenção do título de Bacharel  
em Administração pública.

APROVADA em 24 de junho 2015.

Prof. Dr. Patrícia Aparecida Ferreira

Prof. Dra. Júlia Moretto Amâncio

Orientador

Dra. Júlia Moretto Amâncio

Coorientador

Dr. Denis Renato de Oliveira

**LAVRAS - MG**

**2015**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. Aos meus pais que sempre me apoiaram e me incentivaram. Ao meu noivo, pela paciência e pelo carinho. A todos os meus amigos que estiverem comigo nesta caminhada, compartilhando as alegrias e tristezas. A minha orientadora Júlia, pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho. A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## **RESUMO**

O presente estudo tem por objetivo analisar os desdobramentos da participação social sobre a provisão de serviços de saúde pública em âmbito local. Desse modo, buscamos compreender de que forma ocorre a participação social, bem como a satisfação dos usuários na gestão da Programa Saúde da Família – PSF. Selecionamos uma unidade do PSF na cidade de Lavras e entrevistamos as pessoas que frequentam ou trabalham nesta unidade básica de saúde. Dessa forma, averiguamos o modo como ocorre a participação no que se refere à gestão dos serviços de saúde pública. Os resultados obtidos apontam que tanto os usuários, a gestão e os demais funcionários da Unidade Básica de Saúde – UBS possuem consciência da importância da participação social na gestão. No entanto, a prática da participação social e mecanismos que a possibilite, não acontecem na realidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Participação social. Controle Social.

## **ABSTRACT**

This study aims to examine the developments of social participation on the provision of public health services at the local level. We search to understand how social participation is, and the user satisfaction in the management of the Programa Saúde da Família - PSF. We select a unit of PSF in Lavras's city and we interviewed people who attend and work in this basic health unit. Thus, we ascertain how participation occurs with regard to the management of public health services. The results indicate that users, management, and other employees of the Health Unit have awareness of the importance of social participation in management. However, the social participation practice and mechanisms that enable it not happen in reality.

**Keywords:** Family Health Program. Social participation. Social control.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	9
2.1 Contexto e Concepção de saúde no Brasil .....	9
2.2 Programa Saúde da Família – PSF .....	14
2.3 Importância da participação social nas políticas públicas .....	17
2.4 A importância da participação social na política de saúde.....	20
3. METODOLOGIA .....	21
4. ANÁLISE DOS DADOS .....	24
4.1 Qualidade do serviço prestado.....	24
4.2 Participação Social .....	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE.....	34

## 1. INTRODUÇÃO

É notório que a saúde no Brasil sofreu muitas mudanças desde a colonização do País. Nesse período não havia um modelo sanitário eficaz que atendesse de forma adequada os problemas de saúde existentes. Assim, os cuidados com a saúde eram baseados, principalmente, nos conhecimentos de curandeiros. Com passar dos anos, os governos começaram a ter uma sensibilidade sobre aspectos que envolvem a saúde e como esta pode afetar a economia do Brasil. Foram apresentados durante décadas, vários modelos de atenção à saúde, criações de Ministérios e Departamentos que se debruçavam em discussões e tomavam medidas a fim de solucionar as mazelas da saúde. Não obstante disso, os governos dos últimos anos apresentaram programas e estratégias que procuram dar atenção à saúde de forma preventiva e curativa.

Neste presente estudo, investigamos a satisfação dos usuários que utilizam os serviços de saúde do Programa de Saúde da Família – PSF, por meio de questionários aplicados aos usuários e funcionários, em uma unidade situada no município de Lavras, cidade do interior de Minas Gerais.

Apesar de existirem estudos que avaliam o processo de participação social na gestão da saúde, infelizmente, são poucas as pesquisas que se debruçam na amplitude da gestão de programas de saúde, no âmbito municipal. Diante disso, este estudo, objetiva averiguar os instrumentos de participação, por meio de um questionário, o qual será aplicado a usuários, funcionários e gestor de uma unidade do PSF de Lavras, permitindo observar o que esta unidade de PSF promove para seus usuários, em questões que se relacionam com a participação social. Porquanto, compreendemos que a promoção de meios que permitam incentivar a participação dos usuários na gestão dos serviços prestados é de suma importância, visto que a opinião e a

interferência positiva desses sujeitos contribuem para uma melhoria contínua dos serviços prestados pelas instituições, sejam estas públicas ou privadas<sup>1</sup>.

Além de analisar a relação da participação social na saúde pública, este trabalho também se preocupa em identificar as formas de participação da população na gestão do PSF-12. É importante frisar que por se tratar de um nível municipal, propostas e soluções podem, de certa maneira, ser implementadas mais facilmente, trazendo benefícios à toda população.

Desse modo, o trabalho empreendido apresenta, além desta seção introdutória, mais seis seções. A primeira intitulada “Contexto e Concepção da saúde no Brasil”, explanará de forma clara e sucinta o contexto da saúde do país. Na seção seguinte, “Programa Saúde da Família – PSF” abordará como se criou e como se instituiu esse programa por todo o território brasileiro. Posteriormente, trataremos da “Importância da Participação Social nas Políticas Públicas”, nesta seção nos desdobraremos sobre a importância da avaliação dos clientes, consumidores e/ou usuários de instituições públicas. Em seguida, vamos descrever a “Metodologia” empregada nesta pesquisa, para posteriormente nos determos na seção de “Análise e Discussões dos Resultados”. Por fim, trataremos as “Considerações Finais” deste estudo.

## **1.1 Objetivos**

Busca-se aqui, compreender todo o processo de participação e controle social no âmbito municipal. Pretende-se, além disso, de forma específica:

- Identificar os instrumentos de participação social;
- Analisar o processo de participação social na gestão do PSF-12;
- Propor soluções a fim de ampliar a participação social.

---

<sup>1</sup> Neste trabalho nos desdobraremos somente nos serviços públicos de saúde prestados pelo ESF.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Contexto e Concepção de saúde no Brasil

O período do colonialismo português vigente no Brasil no período de 1500 a 1822 é caracterizado pelas explorações de matérias-primas e comerciais, e pelo controle de todo o contexto político, econômico e cultural do país colonizado. Apesar de todo esse controle, a questão da saúde era frágil nesse contexto histórico, pois existia uma carência imensa de um modelo sanitário que se limitava apenas à capital do país, onde residia a corte, enquanto que o restante da população sofria por não ter condições sanitárias mínimas para habitação, contribuindo, principalmente, para o surgimento de doenças pestilenciais. Além disso, Portugal não havia interesse e nem modelo de atenção à saúde -que inicialmente era baseada em conhecimentos empíricos, em que os famosos curandeiros utilizavam recursos naturais como ervas e plantas para tratar e curar enfermidades - para as pessoas que aqui habitavam, exceto para a corte e os nobres portugueses (PAIM *et al*, 2011).

Diante do descaso da corte portuguesa com a saúde no Brasil, o aparecimento de epidemias era inegável, especialmente no Rio de Janeiro, cidade capital da colônia portuguesa em 1763. Com a grande movimentação da então capital, que teve um crescimento desenfreado após a instalação da monarquia portuguesa, e dos portos, onde muitos navios com escravos e produtos eram atracados, a epidemia de febre amarela e varíola trouxe graves consequências para a saúde coletiva. Tais epidemias são transmitidas pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti*, que foram trazidos pelos navios vindos do continente africano. Nesse sentido, cientes da tragédia que estava ocorrendo no país, surge então o primeiro modelo de intervenção no país, conhecido como *campanhista* que, de forma sucinta, utilizava intervenções militares a fim de se reduzir a epidemia no Brasil (POLIGNANO, s/d).

Além disso, como a sociedade nesse período estava totalmente influenciada pela economia agroexportadora cafeeira, o modelo *sanitarismo campanhista* predominou em busca de combater doenças que poderiam afetar as exportações (MENDES, 1992). Dessa maneira, Silva (1996, p.13) afirma que

A intervenção nesse quadro sanitário, como uma responsabilidade herdada pelo Estado do período imperial, coube aos agentes governamentais que, através de órgãos centrais, buscavam intervir nessas doenças coletivas ou da população. O quadro sanitário apresentava situações que precisavam ser contidas. A conjugação de doenças pestilentas (cólera, varíola, febre amarela, peste bubônica etc.) com as doenças de massa (infecciosas e parasitárias como a febre tifóide, tuberculose e lepra) gerava um grave quadro de morbidez, a tal ponto que passou a intervir nas possibilidades de desenvolvimento da economia cafeeira. Apesar de todos os esforços, o interesse pelo combate às doenças, muito mais que uma preocupação com as condições de vida da população, estava relacionado às incertezas com os prejuízos econômicos decorrentes do progressivo abandono dos portos brasileiros pelos navios cargueiros que desviavam seus carregamentos para portos menos "perigosos".

Como podemos perceber na citação acima, a situação econômica do Brasil foi prejudicada e o país começou a ter uma perspectiva diferente a respeito da ligação entre saúde e economia. A partir disso, entre os anos de 1920 a 1980 foram criados fundação, ministério e departamento que tinham como discussão central as questões que se referem à saúde no Brasil. Posteriormente, com a evolução do controle das epidemias, esse modelo se estendeu também às regiões rurais, e passou a ser incorporado na Fundação Nacional de Saúde. Todas essas criações e adequações serão exploradas a seguir.

Na década de 1920 uma reforma sanitária foi proposta por Carlos Chagas que sugeriu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que tinha o objetivo de realizar “propaganda sanitária, serviços de higiene infantil, higiene industrial e profissional, saneamento urbano e rural, fiscalização hospitalar, supervisão de hospitais públicos federais e combate

às endemias e epidemias rurais” (POZ, 1980, p. 51 apud SILVA, 1996). Apesar dessa iniciativa se apresentar de forma positiva, na prática não foi bem executada, pois o departamento não tinha autonomia de decisões e também não havia recursos suficientes para sua execução (SILVA, 1996).

Em seguida, com a consolidação do capitalismo, a partir dos anos de 1930 começou-se a discutir a redefinição do papel do Estado, as políticas sociais e o processo de industrialização na sociedade brasileira. Não havia no Brasil mão-de-obra qualificada, naquele período, voltada para o desenvolvimento industrial, e houve incentivo público-privado para a ampliação do processo imigratório no país, o que favoreceu o aparecimento de novos problemas de saúde.

Em função da crescente modernização da indústria, do Estado e da sociedade neste período, criou-se o Ministério da Educação e Saúde, órgão esse, que foi um marco na institucionalização da saúde pública no Brasil, ligado ao governo federal, que buscou fornecer condições sanitárias mínimas para o desenvolvimento da massa trabalhadora (SILVA, 1996).

Nos anos de 1940, o Departamento Nacional de Saúde ganhou característica de órgão normativo, cujo objetivo era regular as práticas de assistência hospitalar e sanitária. Além disso, era responsável também pelo controle de doenças transmissíveis e de problemas que se referem a nutrição e condições físicas de instituições de saúde.

Percebe-se que nas décadas de 1930 a 1940 houve uma preocupação com os problemas de saúde vigentes no país, o que contribuiu para reformas, ações e criações de serviços na saúde pública como, por exemplo, os postos de saúde que hoje nós conhecemos. Apesar dessas políticas públicas atingirem boa parte da população brasileira, muitos cidadãos não tinham sido contemplados, principalmente, aqueles que moravam em zonas rurais (FINKELMAN, 2002).

Vale ressaltar que as políticas de saúde dos Estados estavam diretamente ligadas ao Departamento Nacional de Saúde, este, que por sua vez, estava ligado ao Ministério da Educação e Saúde. Essa centralização,

segundo Finkelman (2002), propiciou conhecer melhor as enfermidades que pairavam sobre o Brasil, por meio da verticalização das doenças, que eram classificadas em grupos, e cálculos estatísticos.

A extinção do Departamento Nacional de Saúde (DNS) deu lugar ao Ministério da Saúde (MS), no ano de 1953. Apesar de sua extinção, toda estrutura do DNS foi mantida no novo ministério, cabendo apenas algumas reformulações nas ações de saúde. Como podemos constatar, houve o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, pois ambas as áreas sentiam necessidade de se ter autonomia para discutir e criar soluções e medidas, paliativas ou não, para tornar os sistemas mais eficazes (LIMA; PINTO, 2003).

Nos anos de 1970 verifica-se a disputa de duas posições político-ideológicas por um novo modelo de saúde: a conservadora, que defendia uma organização dos serviços de saúde baseado no produtor privado, e a reformadora, que preconizava a constituição de uma rede básica de serviços de saúde descentralizada que atendesse a população em geral. A Reforma Sanitária significou uma derrota definitiva da proposta conservadora, pois esta propunha um amparo específico aos trabalhadores que contribuíam para a previdência, enquanto que o segundo modelo propunha uma universalização do atendimento às pessoas que fazem parte ou não da cobertura da previdência social (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Vale explorar aqui que, antes das discussões sobre a reforma sanitária, a atenção à saúde era destinada apenas aos trabalhadores registrados formalmente, isto é, trabalhadores que tinham suas carteiras assinadas. Tal formalização era importante, pois a assistência prestada a esses trabalhadores, que contribuíam para ter esse direito, era realizada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que de certa forma, buscava restringir e vigiar os cidadãos, “prevalecendo a lógica contraprestacional e cidadania vigiada” (FIOCRUZ, s/d). Apesar dessa restrição, percebe-se que existia uma universalização ao atendimento ambulatorial para aqueles que faziam parte do INPS.

O movimento para a reforma sanitária propunha adequar e ampliar os direitos à saúde. Para tanto, propostas como o direito de todo cidadão, trabalhador ou não, morador da zona urbana ou não, a ter oportunidade de cuidar de sua saúde, podendo esta ser realizada de forma preventiva ou curativa. Além disso, a necessidade de uma descentralização da gestão, da administração e das finanças propicia mais autonomia para tomadas de decisões de acordo com a necessidade e a realidade da região. Todas essas propostas influenciaram os princípios doutrinários e organizativos que o Sistema Único de Saúde se fundamentou (FIOCRUZ, s/d).

Com o fim da ditadura militar e a busca incessante pelos direitos dos cidadãos e pela redemocratização do Brasil tem se como resultado a Constituição de 1988, que trouxe um novo marco para as questões relacionadas a saúde no Brasil. Essa nova constituição previu a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) como elemento essencial na política brasileira e procura (re)afirmar a responsabilidade dos Governos em busca de sua promoção e melhoria (BRASIL, 2006).

Dessa forma, Sícoli e Nascimento (2003) elucidam que a saúde é um direito social e universal garantido na Constituição Federal. Sendo assim, a perspectiva apresentada pelos autores é de que esse novo sistema de saúde é uma conquista dos cidadãos dessa sociedade, e não um presente do Estado aos seus cidadãos, isto é, o Governo não criou o sistema do nada, e sim, por meio da reivindicação dos cidadãos por melhorias no sistema de saúde, levando-se então, a criação do SUS<sup>2</sup>.

No artigo 196 dessa constituição, institui-se a saúde como direito de todos e é dever do Estado garanti-la, seja por meio de políticas sociais ou econômicas. Além disso, a adoção de determinadas políticas devem reduzir o “risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às

---

<sup>2</sup> Devemos mencionar aqui, que o Movimento Popular de Saúde e o Movimento Sanitarista, que ocorreram em meados da década de 1970, contribuíram com suas discussões, ideias e soluções para a criação do SUS. O item 2.4 vem detalhando melhor o que foi esses movimentos e de que forma contribuíram para a sociedade.

ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art. 196).

Portanto, é dever do Estado fomentar cada vez mais a igualdade e qualidade na saúde pública. Para isso, cabe a ele escolher e/ou criar os melhores mecanismos para serem usados, buscando o alcance desse objetivo.

Visando a diminuição da desigualdade nesse âmbito, foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família<sup>3</sup> (PSF) pelo Governo Federal, com vistas a alcançar o princípio que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização de acesso e integralidade da atenção – e, também como uma estratégia da política nacional da saúde de levar a saúde para mais perto das famílias, a fim de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros tanto no aspecto preventivo quanto curativo (BRASIL, 2006).

Devido a ação de prevenção do SUS ser pouco solidificada, a atuação do PSF busca, principalmente, atuar sobre os aspectos da prevenção. Não obstante, na próxima seção, abordaremos com profundidade como o PSF tornou-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade.

## **2.2 Programa Saúde da Família – PSF**

O Programa Saúde da Família (PSF), assumido pelo Ministério da Saúde, é uma das estratégias mais recentes para o acompanhamento da saúde familiar. Esse programa busca priorizar ações de prevenção, promoção e

---

<sup>3</sup> Por questões de nomenclatura, podemos encontrar como Programa Saúde da Família – PSF ou Estratégia Saúde da Família – ESF. Este último, é mais adotado Governo Dilma. Apesar dos nomes serem distintos, a proposta dos programas é a mesma. Segundo o Ministério da Saúde (2012), “A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”. Percebe-se que há uma similitude entre o que o PSF e a ESF propõem.

recuperação da saúde dos integrantes de uma família. Segundo o próprio Ministério da Saúde (2000), o PSF é definido como

Uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial. Respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2000e, s/p).

Este programa da saúde brasileira seria constituído de um modelo assistencial de atenção cujas bases seriam, especificamente, a promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em consequência, os resultados dessa implantação seriam diretamente dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.

Dessa forma, percebemos que esse programa busca, principalmente, prevenir doenças, não deixando de lado a assistência à saúde daqueles que estão doentes. Esse amparo, segundo o próprio Governo, é capaz de diminuir em até 85% os problemas de saúde da população, reduzindo o fluxo de atendimentos em hospitais (BRASIL, 2004a). O PSF trabalha de uma forma preventiva, pois não espera as pessoas chegarem para serem atendidas, visto que as equipes visitam as famílias e/ou agendam atendimentos regularmente em postos de saúde localizados em seus bairros. Assim, o PSF, de acordo com o Ministério da Saúde (1997), detém uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, estabelecendo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Entendemos que esse novo modelo de assistência tem como principal objetivo reorganizar a prática da atenção à saúde existente até então, fazendo uso de novas bases e levando a questão da saúde para mais perto da família, melhorando, portanto, a qualidade de vida do povo brasileiro (SANTANA; CARMAGNANI, 2013).

Desse modo, é possível perceber que o PSF, na verdade, propõe uma nova dinâmica na forma de se estruturar os serviços de saúde oferecidos à população, com vistas a promover uma relação dos profissionais envolvidos com seus pacientes. É importante frisarmos que as equipes que acompanham as famílias são constituídas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e até 12 agentes de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Além disso, as equipes podem ter outros profissionais de saúde incluídos de acordo com a avaliação do setor responsável.

Segundo o próprio Ministério da Saúde (2002), a quantidade de agentes de saúde fica a cargo de cada município. No entanto, esses agentes devem residir nas suas áreas de atuação, como garantia de se estabelecer um vínculo e uma identidade cultural com as famílias assistidas.

No que diz respeito a participação social no PSF, o Ministério da Saúde (1997) deixa claro que

As ações desenvolvidas no PSF devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação no que se refere à participação popular. Muito mais do que apenas segui-las, o PSF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população (BRASIL, 1997, p. 23).

E acrescenta que a participação social mesmo acontecendo nas

Instâncias formais (como Câmaras de Vereadores e Associação de Moradores) e informais, os profissionais de saúde devem facilitar e estimular a população a exercer o seu direito de participar da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor (BRASIL, 1997, p. 24).

Portanto, o PSF ou ESF são tidos como uma estratégia com o enfoque em atender o indivíduo e toda a sua família, de maneira adequada, integral e contínua. E, para alcançar seus objetivos, desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, visando a reorganização política-assistencial, passando a focar a família em seu ambiente físico e

social. Além, é claro, de estimular a participação dos cidadãos nesse programa.

### **2.3 Importância da participação social nas políticas públicas**

Como mencionamos anteriormente, a constituição de 1988 é um marco no reconhecimento dos direitos e deveres dos cidadãos e na inclusão da participação social em questões políticas nas diversas esferas da administração pública (DAGNINO, 2004).

Não obstante disso, Faleiro *et al* (2006) destaca a importância do reconhecimento dos direitos e da participação social como elementos que contribuem para uma boa gestão e, conseqüentemente, a possibilidade de uma garantia de vida com qualidade aos cidadãos. Dessa forma, os referidos autores nos dizem que

O direito à saúde implica o reconhecimento de que todas as cidadãs e todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde. Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos (FALEIRO *et al*, p.18).

Diante disso, Dagnino (2004) e Faleiro *et al* (2006) sugerem que a própria palavra “cidadã” está carregada de um sentido semântico que diz respeito a um ser social ativo na sociedade em que ele vive. Dessa forma, o papel participativo dos cidadãos é fundamental para combater “visões estreitas, reducionistas e excludentes da política e da democracia” (DAGNINO,2004, p.109). Esses novos olhares contribuem para uma política participativa, atenta e zelosa.

É importante deixarmos claro que entendemos como participação social a cooperação de “cidadãos e organizações cívicas para atuarem como atores políticos da gestão pública” (MILANI, 2008, p. 553). Além disso,

Milani (2008) pautado em Teixeira (2002) ressalta que essa participação pode acontecer em diferentes dimensões.

Na sua dimensão pedagógica (por exemplo, segundo os princípios de uma educação para a emancipação política e por uma cidadania ativa); como controle social da gestão das políticas públicas (sem necessariamente participar da sua implementação); na sua dimensão simbólica (e aqui, participar contribui, por exemplo, para construir uma identidade coletiva de um movimento social); e como conquista política que, nesse caso, significa conquistar direitos, uma vez que as políticas sociais distribuem não somente bens, mas igualmente poder (TEIXEIRA, 2002 apud MILANI, 2008, p. 558).

Tal envolvimento com a gestão pública pode se mostrar benéfica para os cidadãos, pois muitas vezes eles têm outras perspectivas, em relação a adoção de políticas públicas e sociais, que são condizentes com suas necessidades.

No que se refere às necessidades dos cidadãos, é importante que a gestão pública descubra e avalie melhor as demandas da comunidade, a fim de proporcionar melhores condições e benefícios. Para tanto, é necessário que esta realize pesquisas (estas podem ser feitas de diversas formas, seja por telefone, caixinhas de sugestão, etc.), com intuito de proporcionar melhorias a seus usuários. Essa ideia de os cidadãos exercerem ações de forma direta na gestão pública é denominada de controle social, isto é, o controle dos cidadãos sobre o governo (CORBARI, 2004). O controle social deveria ser tomado como um hábito e, se constituir de forma sistemática, uma vez que esta é uma importante ferramenta de gestão e tomada de decisões (CONSTANDRIOPOULOS, 1999).

Outros autores que se detém neste assunto são Gomes *et. al.* (1999), os quais argumentam que a alta satisfação que os usuários apresentam pelo serviço, pode estar ligada ao fato destas pessoas sentirem ameaçadas em perder o direito de utilizar aquele serviço. Assim, de forma geral, mesmo o serviço prestado ser de baixa qualidade, o resultado de uma pesquisa pode apresentar outro desfecho.

Concomitantemente, entendemos que o controle social se faz pela capacidade que a sociedade tem de intervir nas políticas públicas, sendo que o mesmo ocorre quando a sociedade interage, de fato, na definição de prioridades, assim como na elaboração dos planos e ações do município, do estado ou do governo federal. Por isso, é dever da instituição ou empresa realizar pesquisas de satisfação para averiguar o seu desempenho perante seus usuários e dessa maneira, tomar decisões para melhorias (CORBARI, 2004).

O controle social pode ser realizado em diversos e variados momentos, ou seja, pode se dar no momento da definição das políticas a serem implementadas, assim como no momento de se realizar a fiscalização, o acompanhamento e a avaliação das condições apresentadas na gestão, na execução das ações e na aplicação dos recursos financeiros, para que a mesma se realize de forma equilibrada e consciente (CORBARI, 2004).

Não obstante, é preciso frisar que essa participação deve se dar de maneira efetiva e coerente, buscando alcançar os resultados esperados em prol de um objetivo coletivo comum. No entanto, para isso, é preciso que se busque maiores informações sobre a melhor maneira de se efetivar essa participação social nas políticas públicas. Caracteriza-se assim, como uma forma de compartilhamento de poder de decisão entre Estado e sociedade sobre as políticas, um instrumento e uma expressão da democracia e da cidadania (OLIVEIRA, 2002).

Em suma, a percepção dos usuários sobre a prática do PSF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo, e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo então, a democracia na saúde. A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita (TEIXEIRA, 2004).

#### **2.4 Importância da participação social na política de saúde**

Ainda sob o regime da ditadura militar em meados da década de 1970, a sociedade civil demonstrou-se insatisfeita com a pouca atenção destinada à área da saúde. A insatisfação da população corroborou para que a sociedade se organizasse em movimentos que ansiavam por procedimentos alternativos e mais naturais, e em movimentos reivindicativos que buscavam a abertura de postos médicos nos bairros, melhorias no atendimento dos médicos e na aquisição e atualização de equipamentos da área medicinal. Esse movimento reivindicativo culminou na formação organizada de *conselhos de saúde*, a fim de se controlar e fiscalizar os serviços da saúde. Além dessa organização, movimentos ligados a sindicatos, pastorais, médicos ativistas e a líderes de seus movimentos locais, que discutiam sobre a saúde, uniram forças e criaram o Movimento Popular da Saúde (MOPS), em 1981 (DOIMO; RODRIGUES, 2003).

Doimo e Rodrigues (2003) afirmam que o MOPS está edificado na proposta de que o Estado deve prover o direito à saúde aos cidadãos. Além dos mesmos anseios do movimento reivindicativo, o MOPS lutava pela ampliação do saneamento básico, pela mobilização social e pressionava o Estado pelo direito a saúde. Tal movimento atingiu grandes proporções e alcançou todo o Brasil, para ampliar a participação popular na gestão dos serviços públicos de saúde.

Paralelo a criação do MOPS, o Movimento Sanitarista agregava trabalhadores da área da saúde, estudantes e professores universitários, representantes sindicais, associações e militantes partidários para refutar a ideologia de que as ações médicas devem apenas ser vistas como curativa, mas disseminar a ampliação do conceito de saúde para a ação preventiva, de forma que as melhorias, como o saneamento básico, por exemplo, sejam partes desse processo (BUAIZ apud DOIMO & RODRIGUES, p. 102).

Além disso, o surgimento desses movimentos impulsionou também a criação do Movimento Médico que lutava por melhores condições de trabalho e por salários mais dignos. Consequentemente, houve respingos desse movimento nas Associações Médicas, que logo se posicionaram contra o monopólio e a regulação dos preços dos remédios e equipamentos hospitalares no Brasil.

Devido às grandes proporções alcançadas pelos diversos movimentos no país e o fim do regime militar, não há como negar que, nesse novo período democrático, questões ligadas a participação na gestão e a melhoria das condições na saúde foram requisitos básicos para a composição da nova Constituição e o surgimento do Sistema Único de Saúde.

É necessário frisar que não existe somente a participação de movimentos, associações, sindicatos para questionar e/ou propor melhorias na saúde. Existem outras ferramentas que são muito utilizadas atualmente, como por exemplo conferências, orçamentos participativos, ouvidoria e caixinhas de sugestão/reclamação. Todas essas formas podem ser utilizadas pelos cidadãos para se discutir, apontar e propor soluções que melhorem a saúde da população.

### **3. METODOLOGIA**

O presente trabalho se estenderá por dois eixos de pesquisas: o primeiro de cunho qualitativo e o segundo de cunho descritivo, visto que iremos averiguar como ocorre a participação social na gestão da política de saúde no âmbito local.

No que tange às colocações de Kaurk, Manhães e Medeiros (2010), a pesquisa qualitativa “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números”. Enquanto que, pesquisas descritivas têm como principal finalidade descrever,

compreender e analisar, tendo em vista o reconhecimento de peculiaridades nas descrições.

Triviños (1987, p.22) afirma que

“O estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade, de modo que o estudo descritivo é utilizado quando a intenção do pesquisador é conhecer determinada comunidade, suas características, valores e problemas relacionados à cultura”.

Fundamentado nos estudos de Triviños (1987, p. 146), utilizaremos neste estudo a entrevista semiestruturada, uma vez que esta tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. As possíveis respostas e questionamentos poderiam resultar em novas questões, passando assim o foco principal para o entrevistador.

Assim, para a realização desta pesquisa, selecionamos a Unidade Básica de Saúde onde há o funcionamento da equipe número 12 do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Lavras. Desse modo, coletamos os dados por meio de questionários semiestruturados, onde as entrevistas foram gravadas e logo transcritas. Assim, com a aplicação destes questionários, investigamos como ocorre a participação social nesta unidade de atendimento à saúde, isto é, procuramos identificar quais os mecanismos existentes para a efetivação da participação social neste estabelecimento público.

Neste sentido, aplicamos o questionário com a enfermeira chefe, responsável pela gestão da UBS, três agentes de saúde e três usuários atendidos pelo PSF Unidade de Saúde. Esses sujeitos foram escolhidos pelo fato dos agentes terem contato diretamente com os cidadãos e perceberem suas satisfações e demandas, e com a enfermeira chefe por ser a responsável pela gestão da unidade. Os usuários foram escolhidos de forma aleatória, tendo sido entrevistados aqueles que se encontravam próximos à localização do PSF-12. Na entrevista com o gestor e com os demais funcionários citados

acima, identificamos como se faz a participação social neste local e aprofundamos a compreensão de como esta participação realmente acontece.

Ademais, observamos se existe um Conselho Gestor em funcionamento nesta Unidade Básica de Saúde e como ele funciona. A importância do conselho gestor se justifica pelo de que essa forma de organização se configura como órgão representativo paritário entre sociedade civil e poder público.

No que se refere ao questionário dos usuários, objetivamos capturar as percepções e expectativas em relação à participação social e se ela acontece em torno dos serviços prestados neste equipamento público.

Para a realização da pesquisa utilizamos a análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de métodos que tem por objetivo a procura um sentido para o material coletado. Para Berelson (1952, p. 13) análise de conteúdo é:

Uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

A entrevista com a enfermeira chefe e com os agentes de saúde foram realizadas na própria Unidade de Saúde

Conforme o objetivo estabelecido, analisamos a participação social na saúde pública em âmbito local, e tentamos explorar o máximo possível do conteúdo das entrevistas, para que fosse possível uma análise crítica das concepções de participação social ali praticadas.

Para que esta pesquisa se torne viável e esteja dentro dos parâmetros do Comitê de Ética, os entrevistados assinaram os termos de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização das entrevistas.

As entrevistas com o gestor e com os agentes de saúde do PSF- 12 foram realizadas dentro da própria Unidade e foram gravadas para melhor aproveitamento do tempo e respostas. As entrevistas com os usuários também foram gravadas, porém não ocorreram na própria UBS e sim próximas a ela. Todas as gravações foram autorizadas pelos participantes.

A análise dos resultados das entrevistas foi feita de acordo com os conceitos abordados no referencial teórico e procurando sempre identificar se existe a participação social na gestão da UBS e como essa, realmente, acontece.

#### **4. ANÁLISE DOS DADOS**

##### **4.1 Qualidade do serviço prestado**

A primeira parte do questionário abordou questões relacionadas ao funcionamento da UBS. O objetivo desta seção era identificar como se organizava a Unidade, quais serviços eram oferecidos, como eram discutidos os problemas que surgem e como eram tomadas as decisões, e se essas passavam em algum momento por um conselho gestor da unidade, conforme prevê a legislação.

Iniciaremos analisando as respostas dos funcionários da UBS, que são os responsáveis pelas visitas aos domicílios atuando na promoção e prevenção na saúde e encaminhamento das pessoas à Unidade. As participantes souberam explicar de forma clara seu funcionamento, que basicamente é trabalhar na promoção e prevenção de saúde por meio de visitas domiciliares, agendamento de consultas, atendimentos médico, realização de pré-natal, dentistas, nutricionista, saúde da mulher através realização de preventivos e puericultura. Os agentes enfatizaram a total satisfação em seu trabalho e na atual gestão da unidade. Para um dos agentes, o funcionamento do programa ocorre da seguinte maneira:

*[...]Jaqui cada um tem a sua função, e nós somos coordenadas pela enfermeira chefe, então ela é, como se diz, administradora. Nós somos seis agentes e divididos em micro áreas, cobrimos os bairros Jardim Glória, Campestre I e II e damos suporte ao III, as pessoas que vem até nós, a gente acolhe. Nós fazemos as visitas de casa em casa, olhamos assim, do quê que as pessoas estão precisando e muitas vezes as pessoas precisam mais é de orientação, um problema pequeno pode se*

*tornar grande por falta de informação, então o que nós mais fazemos é instruir as pessoas, informar a cuidar de si mesmo.*

Questionados sobre a existência de reuniões do conselho gestor, um agente de saúde afirma que a equipe mantém

*Reuniões semanalmente. A gente se reuni, toda a equipe, discutimos os problemas que as vezes está acontecendo, o que está dando certo ou não, o que pode ser melhorado, o que a gente deve manter, idéias novas para o melhor funcionamento. Então há uma discussão sobre como anda o andamento do PSF.*

Foi possível constatar a existência de Conselho Gestor na UBS, formado por toda a equipe de trabalho daquela Unidade. As reuniões deste conselho são realizadas semanalmente com o intuito de se discutir melhorias no atendimento aos usuários e questões do seu próprio funcionamento. No entanto, foi possível constatar, por meio da afirmação de um funcionário, que não há participação social nas reuniões do conselho gestor, sendo estas realizadas, exclusivamente, com a presença de funcionários e gestores, ou seja, os usuários não estão representados efetivamente nesta instância, o que limita as perspectivas apresentadas nas reuniões

Tal fato, nos leva a refletir sobre a questão do controle social, pois há uma contradição com o que é proposto na legislação, que visa o direito de participar sob instâncias formais e informais de políticas públicas do setor, e o que se faz na prática. Percebe-se que se tratando de instâncias formais como a participação no conselho gestor do PSF-12, esta não se efetiva em sua totalidade, já que as reuniões deste conselho são restritas aos funcionários. Apesar disso, a participação dos usuários não está impedida de acontecer através de outros meios, como as caixinhas de sugestões/reclamações que são comumente utilizadas na UBS, e até mesmo a própria ouvidoria municipal.

A opinião geral dos usuários referente aos serviços prestados pela Unidade é satisfatória, porém há sempre reclamações na demora em

agendamento de consultas e exames. E quando questionados sobre a ocorrência de algum problema sobre o oferecimento dos serviços de saúde, os participantes afirmaram que, primeiramente, procuram resolver entre usuários e funcionários para depois, recorrer a coordenadores e diretores, sendo a maioria destes problemas resolvidos pela própria responsável da UBS.

#### **4.2 Participação Social**

Na seção seguinte do questionário, acerca da participação social, o objetivo era avaliar a importância da mesma para os funcionários da UBS e para os usuários. Procurou-se também identificar se existe participação social, quais os mecanismos usados para seu alcance e qual contribuição ela pode acarretar para a gestão pública.

A enfermeira chefe e os agentes de saúde foram enfáticos afirmando que existem mecanismos de participação social na gestão pública. Questionadas sobre quais mecanismos são esses, eles afirmam que são as caixinhas de elogios, reclamações e sugestões, a ouvidoria da prefeitura municipal e até mesmo questionamentos aos funcionários sobre determinadas ações e/ou atitudes. Além disso, apontam para a importância dessa participação social como forma de atender as reais necessidades do público, mas que na realidade a participação não é bem exercida pelos usuários e pelos gestores. Aqueles, muitas vezes, não participam por se sentirem intimidados com o corte de serviços. Estes, não partilham o poder de decisão com os usuários por adotarem, de forma inconsciente, práticas tradicionais e autoritárias, reduzindo a participação social. No entanto, reclamações e questionamentos dos usuários são levados para as reuniões com intuito de solucionar esses problemas. Mas quando se trata de assuntos e/ou medidas que não dependem da UBS, esses são encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde para tomar medidas cabíveis.

Em relação às opiniões dos usuários sobre a participação social, esses estão conscientes de sua importância e de seus direitos, porém nem todos exercem de maneira efetiva. Primeiro, porque sentem-se intimidados de participarem e haver alguma represália da administração. E, segundo, porque admitem a falta de tempo para participar ativamente do processo de gestão partilhada.

Questionados sobre a ocorrência de algum problema no oferecimento dos serviços de saúde, os participantes afirmaram que, primeiramente, procuram resolver entre usuários e funcionários para depois, recorrer aos coordenadores do PSF. Perguntados sobre a importância da participação social na gestão, um dos usuários tem pleno conhecimento dos seus direitos de participação e ressalta ainda a importância para buscar o controle social e fazer valer esses direitos. Ele ainda acrescenta, que na medida do possível, participa das reuniões quando autorizado, pois a abertura da gestão é mínima. Esse posicionamento se mostra consciente e preocupado com a melhoria da saúde. Já outros usuários reconhecem a importância, mas afirmam que por falta de tempo não participam. Essa apatia é preocupante, pois o usuário não procura fazer valer os seus direitos e nem participar da gestão de um programa que beneficia não apenas ele, mas também todas as pessoas que o cercam.

Para Avritzer *et al* (2004) apud Amâncio (2013), essa não participação pode ser justificada pela (in)capacidade de reunir os recursos necessários para efetivar a participação, ou seja, não basta a escolha de participar do sujeito, mas também o conjunto de recursos como tempo, material e até mesmo conhecimento, para facilitar a participação. Além disso, Ricci (2004) citado por Amâncio (2013), afirma que a não participação pode estar associada a descrença política e nas organizações e também nos mecanismos de participação.

Não obstante, o PSF-12 toma como participação as caixinhas de sugestão, em que a gestão do equipamento, juntamente com os demais funcionários, procura avaliar e melhorar seus serviços. Quando as

reclamações extrapolam a autonomia da gestão do posto de saúde, estas são encaminhadas à ouvidoria municipal para que sejam apuradas e solucionadas as questões que lhes foram questionadas.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs, como objetivo geral, analisar a participação social na saúde pública, em especial à Unidade Básica de Saúde ESF-12, em âmbito local. Com a pesquisa realizada foi possível constatar pontos positivos e pontos negativos.

Sobre a UBS do PSF-12, verificou-se que seu funcionamento atende suas reais expectativas conforme a exigência do Ministério da Saúde, com uma proposta de reorganização da atenção básica e com uma linha de reorientação do modelo assistencial. Ou seja, uma concepção de saúde voltada para promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a coloca em risco. Tendo uma visão preventiva e não mais curativa.

A proposta feita pelo Ministério da Saúde em promover uma relação dos profissionais envolvidos com os pacientes, também foi identificada quando os agentes afirmaram que possuem ligação direta com a população do bairro durante a realização das visitas domiciliares, e que muitas vezes eles são a ponte entre a UBS e a sociedade, além de estar sempre os orientando para a prevenção. Todos os entrevistados, funcionários da Unidade e usuários enfatizaram o reconhecimento de seus direitos relacionados à participação social e a importância da mesma para melhorar a gestão de saúde pública, conforme afirma Faleiro *et al* (2006). Além de todos estarem cientes dos resultados que a efetiva participação social traz para os serviços prestados.

Os mecanismos identificados para a participação social na pesquisa foram apenas a caixinha de elogios e/ou sugestões que foram apontadas apenas pelos funcionários da UBS. Os usuários, no entanto, não viram esses mecanismos como formas de participação e nem apontaram, de forma clara,

outros mecanismos. Esse fato pode ser justificado pela facilidade do diálogo com os funcionários do PSF-12, que buscam levar o problema/sugestão às instâncias superiores. Vale ressaltar que apesar de não mencionarem explicitamente os mecanismos de participação, os usuários deixam claro que, quando necessário, recorrem a coordenação do PSF e a Secretaria Municipal de Saúde para resolver as adversidades.

Para que as necessidades dos usuários sejam atendidas da melhor maneira é preciso avaliar as demandas por parte deles e criar melhores mecanismos para a participação dos mesmos na gestão. Essa participação visa também o controle social, uma ação direta da população na gestão pública como enfatiza Corbari (2004).

Para que a melhoria dos serviços prestados seja alcançada, as pesquisas de satisfação em relação a esses serviços são uma alternativa. Corbari (2004) argumenta ser dever da empresa ou instituição realizar pesquisas de satisfação para apurar o seu desempenho perante seus usuários e dessa maneira, tomar decisões para melhorias. Seria interessante para a população e para a UBS realizar essas pesquisas, pois assim é possível identificar as reais necessidades dos usuários e traçar as melhores estratégias junto à sociedade para atender essas demandas de maneira eficiente e eficaz.

É importante esclarecermos, que quando a participação social não se realiza em sua totalidade, a pesquisa de satisfação se torna um artifício dos gestores para compreender os anseios e os problemas dos usuários. No entanto, a participação social se mostra muito mais ampla, pois busca compartilhar o poder de decisão com os usuários, reconhecendo então, sua posição cidadã. Esse posicionamento participativo atende o que a Constituição propõe. Mas é necessário que as instâncias superiores busquem divulgar e incentivar a participação dos usuários no cotidiano do PSF, construindo assim, um programa que inclua usuários e partilhe decisões.

## REFERÊNCIAS

- AMÂNCIO, J. M. **Dinâmicas políticas microterritoriais: organizações comunitárias e acesso às políticas públicas na periferia de São Paulo.** Tese. Campinas, SP: 2013.
- BERELSON, B. **Content analysis in communication research.** Glencoe: Editora The Free Press; 1952.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Coletâneas e normas para o controle social no sistema único de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Ministério da Saúde, s/d. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia\\_ESF1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_ESF1.pdf) Acessado em: 23/05/2015.
- BRASIL. Instrução normativa número 01/97, de 15 de maio de 1997. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do distrito federal as condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96. Brasília, Diário oficial da união de 15/05/97.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1.** Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica;2000.
- CONSTANDRIOPOULOS, A. P. **Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice?** Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15(2):253-256.
- CORBARI, E. C. 2004. Accountability e controle social: desafio à construção da cidadania. **Cadernos da Escola de Negócios**, Curitiba, n.2, p. 99-111.

DAGNINO, E. “Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?”. IN: MATO, D. (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidade Central de Venezuela, 2004.

DOIMO, A. M.; RODIGUES, M. M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatística e uma concepção societal de atuação política. **Política & Sociedade**. v. 3 (n. 3), p. 95-115.

FALEIROS et al. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org> Acessado em: 15/04/2015.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Assistência farmacêutica em foco no Estado do Rio de Janeiro: normas e documentos para ação**. 2009. Disponível em:<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf> Acessado em: 04/06/2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6, ed. São Paulo: Atlas, 2008. 197 p.

KUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da Pesquisa**. Itabuna: Via Litteratum, 2010.

LIMA, A. L. G. S. de e PINTO, M. M. S.: Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol. 10(3): 1037-51, set.-dez. 2003.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. **Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro**. Cad. Saúde Pública, 9(2):177-184, 1993.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, Maio/Junho: 2008. ISSN: 0034-7612.

OLIVEIRA, Arildo da Silva, “Perspectivas para o controle social e a transparência da administração pública”, in: **Prêmio Serzedello Corrêa**, 2001: Monografias Vencedoras: Perspectivas para o Controle social e a Transparência da Administração Pública, Brasília, TCU, 2002, pp. 143-210.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. *The Lancet*, [online] 9 May, 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf) Acessado em: 15/04/2015.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. S/D. Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf) Acessado em: 15/04/2015.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. **Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>> Acesso em: 10/10/2014.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. **Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização.** Interface – Comunic, Saúde, Educ, v7, n12, p.101-22, fev 2003.

SILVA, H. M. **A política Pública de saúde no Brasil: Dilemas e desafios para a institucionalização do SUS.** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Editora Atlas; 1987

## APÊNDICE

### Questionário Gestor atual do PSF-12

- **Nome do entrevistado:**
  - 1.1 Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
  - 1.2 Data da entrevista:
  
- **Sobre a Unidade Básica de Saúde (UBS)**
  - .1 Como é o funcionamento da UBS?
  - .2 O Conselho gestor da UBS está em funcionamento?
  - .3 Se caso estiver, descreva seu funcionamento. (Reuniões, frequências com que elas acontecem e quem participa)
  
- **Sobre a participação social na gestão do PSF-12.**
  - .1 Existem mecanismos de participação social dentro do PSF-12?
  - .2 Se sim, quais e como funcionam?
  - .3 Qual sua opinião em relação à participação social na gestão pública?
  - .4 Na sua opinião, qual a contribuição da participação social para a gestão pública, especialmente na saúde?
  - .5 Existem, associações ou grupos organizados que solicitam algum tipo de informação sobre o funcionamento da UBS? por exemplo, sobre orçamento, serviços prestados, funcionamento? Ou ainda existem pessoas que façam reclamações, sugestões ou denúncias?
  - .6 Se sim, qual o canal existente o encaminhamento dessas informações, sugestões ou reclamações dentro da UBS? De que forma estas solicitações são respondidas pela gestão da UBS? E como são encaminhadas para a Secretária Municipal de Saúde e para a Prefeitura?

**Questionário Funcionários e agentes de saúde do PSF-12**

**1. Nome do entrevistado:**

1.1 Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

1.2 Data da entrevista:

Cargo:

**2. Sobre a Unidade Básica de Saúde (UBS)**

2.1 Como é o funcionamento da UBS?

2.2 O Conselho gestor da UBS está em funcionamento?

2.3 Se caso estiver, descreva seu funcionamento.

**3. Sobre a participação social na gestão do PSF-12**

3.1 Existem mecanismos de participação social dentro do PSF-12?

3.2 Se sim, quais e como funcionam?

3.3 Qual sua opinião em relação à participação social no funcionamento do programa da saúde da família? E em relação ao trabalho que você exerce aqui?

3.4 Em sua opinião, qual a contribuição da participação social para o seu trabalho?

3.5 Existem pessoas que solicitem algum tipo de informação, como por exemplo, orçamento ou inclusive reclamações, sugestões e denúncias?

3.6 Se sim, qual o canal existente o encaminhamento dessas informações para a Secretária Municipal de Saúde e para a Prefeitura?

3.7 O gestor do PSF-12 permite a sua participação na gestão? E os usuários, te procuram para pedir informações sobre a gestão da UBS, fazer reclamações, denúncia, ou das sugestões sobre o funcionamento da UBS e do PSF?

3.8 Se sim, como isso ocorre? Com qual frequência?

### **Questionário Usuários do PSF-12**

**1. Nome do entrevistado:**

- 1.1 Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
- 1.2 Data da entrevista:
- 1.3 Você trabalha?
- 1.4 Se sim, qual sua ocupação?

**2. Quando aparece algum problema no oferecimento do serviço de saúde na Unidade Básica de Saúde do seu bairro ou na Unidade de Pronto Atendimento Municipal, a quem você costuma recorrer?**

- 2.1 Quando o problema for relacionado diretamente com a própria Unidade Básica de Saúde do seu bairro, como por exemplo, questões que envolvem atendimento, quem você procura? Como esse problema é resolvido?

**3. Sobre a participação social**

- 3.1 O que significa para você “participação social”? Na sua opinião, qual é a importância da participação social na gestão dos serviços públicos?
- 3.2 Você participa da gestão da UBS do seu bairro?
- 3.3 Gostaria de ter maior participação nessa unidade? De que forma essa participação pode ser melhorada na UBS?
- 3.4 Em sua opinião, qual benefício poderia trazer tanto para você, quanto para a UBS se a participação fosse mais efetiva?
- 3.5 Quais as dificuldades você enfrenta para participar?
- 3.6 Você participa de algum Conselho?
- 3.7 Existe algum Conselho da UBS de seu Bairro?
- 3.8 Se sim, como ele funciona, com que frequência?
- 3.9 Você faz reclamações, denúncias, ou sugestões sobre o funcionamento da UBS?
- 3.10 Se sim, a quem e com qual frequência?
- 3.11 Existe alguma situação que você já tenha presenciado ou participado em que foi realizado o controle por parte da população na gestão da UBS?