



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JAMINE BORGES DE MORAIS

**AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A
PARTICIPAÇÃO**

FORTALEZA – CEARÁ

2015

JAMINE BORGES DE MORAIS

AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A
PARTICIPAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge

Co-orientador: Prof. Dr. Mauro Serapioni

FORTALEZA-CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Morais, Jamine Borges de.

Avaliação das pesquisas no SUS: contribuições para a participação [recurso eletrônico] / Jamine Borges de Moraes. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 157 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

Coorientação: Prof. Dr. Mauro Serapioni.

1. Avaliação. 2. Participação social. 3. Pesquisa em saúde. I. Título.

JAMINE BORGES DE MORAIS

AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A
PARTICIPAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof. Dr. Mauro Serapioni (Co-orientador)
Universidade de Coimbra – UC

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Enf.^a Dr.^a Silvia Helena Bastos de Paula

À minha mãe,
meu exemplo de vida!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Reservei este espaço, único, mais que especial para agradecer aquela que guiou os meus passos nos caminhos da pesquisa. Que cobrou, não há como negar, mas que acima de tudo me forneceu todos os meios para chegar ao conhecimento. Agradeço profundamente à minha orientadora Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge pela confiança depositada em mim, por instigar-me à leitura e desenvolver meu potencial. Meu muito obrigada!

AGRADECIMENTO

Nessa trajetória acadêmica percebi que a vida se faz em comunhão e que os encontros não são meros acasos, por necessidade de aprendizado nos deparamos com enlaces, às vezes dolorosos e que nos deixam marcas, às vezes amorosos e cheios de energia, que nos abastecem e fazem de nós o que gostaríamos de ser. São a esses últimos que, hoje, gostaria de agradecer, pois sem eles eu nada seria.

À minha mãe, eterna mestre em minha vida, fonte de inspiração e orgulho. Torcedora maior das minhas conquistas e presença incondicional de todas as horas. Obrigada pelo apoio de uma vida inteira, nunca terei palavras suficientes para agradecê-la;

Aos meus irmãos por compartilharem comigo dessa família maravilhosa, celebrarem por todas as minhas vitórias e torcerem para que eu nunca tenha derrotas;

Ao meu noivo e, em breve, esposo, por compreender minhas ausências e ser sempre minha válvula de escape nos momentos de tensões. Por estar na torcida pela minha vitória e apoiar todas as minhas decisões;

Às amigas Lourdes Suelen e Maria Raquel por compartilharem de todos os momentos dessa caminhada acadêmica. Por estarem sempre dispostas a ajudar. Vocês foram meu porto seguro, a certeza de que não estava sozinha.

Às amigas Rebeka, Indara, Tatiana e Milena, companheiras de caminhada rumo à "avalição". Obrigada por compartilharem dos seus conhecimentos, por oferecerem sempre o incentivo de seguir em frente;

À turma do mestrado por compartilharem das minhas angústias e fazerem dos piores momentos os mais leves. Agradeço a solidariedade, as risadas e a união. Tenho a certeza de que seremos todos vencedores;

Aos conselheiros de saúde que abriram suas portas, mais de uma vez, para que pudesse entrar, dispuseram seu tempo para a realização das entrevistas, me indicaram caminhos e pessoas e acreditaram junto comigo no potencial dessa pesquisa, meu muito obrigada!;

Por fim, ao meu co-orientador, Professor Dr. Mauro Serapioni por apresentar-me os melhores autores e discutir comigo os melhores caminhos, sou profundamente grata!

Por tanto amor
Por tanta emoção
A vida me fez assim
Doce ou atroz
Manso ou feroz
Eu, caçador de mim
Preso a canções
Entregue a paixões
Que nunca tiveram fim
Vou me encontrar
Longe do meu lugar
Eu, caçador de mim
Nada a temer senão o correr da luta
Nada a fazer senão esquecer o medo
Abrir o peito a força, numa procura
Fugir às armadilhas da mata escura
Longe se vai
Sonhando demais
Mas onde se chega assim
Vou descobrir
O que me faz sentir
Eu, caçador de mim

(Milton Nascimento)

RESUMO

MORAIS, J.B. **Avaliação das pesquisas no SUS:** contribuições para a participação. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015

A participação e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia, pelo menos legal, de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde, coibindo o mau uso dos recursos, melhorando o desempenho das políticas e conferindo legitimidade aos governos. A pesquisa em saúde, especificamente a pesquisa sobre participação social em saúde tem o potencial de favorecer práticas participativas, de inclusão e transformação do sujeito. O objetivo geral do estudo foi: Avaliar o conhecimento produzido sobre temática da participação e suas influências no cotidiano do SUS. Já os objetivos específicos foram: Analisar a produção científica brasileira acerca da temática da participação social em saúde; analisar a aplicabilidade das pesquisas sobre participação social no âmbito da atenção primária; discutir a percepção dos conselheiros acerca das pesquisas sobre controle social; descrever as fragilidades e desafios do processo de utilização da produção científica no município de Fortaleza. Trata-se de um estudo avaliativo participativo, ancorado na hermenêutica crítica de Minayo. O estudo foi realizado no município de Fortaleza no âmbito dos Conselhos Regionais de Saúde; Unidades de Atenção Primária à Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. A totalidade dos sujeitos investigados durante a pesquisa, no período de janeiro- junho de 2015, foram 23, 01 assessor técnico em pesquisa da COGTES, 01 coordenador do núcleo de pesquisa (NUCIT/SESA), 06 assessores técnicos de educação permanente (um de cada CORES), 06 presidentes dos conselheiros regionais de saúde; 01 presidente do conselho local de saúde, 01 presidente do conselho municipal de saúde, 03 profissionais de saúde membros do conselho de saúde, 03 usuários membros do conselho de saúde, 01 dirigente da unidade de atenção primária à saúde. Para a coleta das informações utilizamos as seguintes técnicas: Entrevista em profundidade com questão norteadora, entrevista semi-estruturada e observação livre. A análise de documentos será contemplada como fonte de informações. Para a operacionalização das entrevistas foi utilizado o Círculo Hermenêutico- Dialético. A análise das entrevistas, oficinas e observações seguiu alguns passos, sugeridos por Minayo (2013) e adaptado por Assis e Jorge (2010): 1) ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos. O intuito foi o de estabelecermos relações dialéticas entre as diferentes fontes, num processo de confronto do material empírico e o referencial teórico norteador, para chegarmos, finalmente, a considerações que dessem conta de explicar as questões relacionadas a participação e a aplicabilidade das pesquisas no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Avaliação; Participação social; Pesquisa em saúde.

ABSTRACT

MORAIS, JB. **Evaluation of research in SUS:** contributions for participation. 2015. Thesis (MS) - State University of Ceará, Fortaleza, 2015

Participation and social control in health, among SUS principles, stand out as the great social and political relevance, because constitute the guarantee at least cool, that the population will participate in the formulation and monitoring of public policies health, curbing the misuse of resources, improving the performance of policies and giving legitimacy to governments. Health research, specifically research on social participation in health has the potential to foster participatory practices, inclusion and transformation of the subject. The overall objective of the study was to evaluate the knowledge produced about the theme of participation and their influence in the SUS everyday. As for the specific objectives were to analyze the Brazilian scientific production on the theme of social participation in health; analyze the applicability of the research on social participation in primary care; discuss the perception of directors about the research on social control; describe the weaknesses and challenges of the use of the process of scientific production in Fortaleza. It is a participatory evaluation study, anchored in critical hermeneutics of Minayo. The study was conducted in Fortaleza under the Regional Health Councils; Primary Care units Health and Municipal Health Secretariat. All of the subjects investigated during the survey, the January-June period of 2015 were 23, 01 technical adviser in Search COGTES, 01 core research coordinator (NUCIT / SESA), 06 technical advisors continuing education (one from each COLORS), 06 presidents of regional health directors; 01 president of the local board of health, 01 president of the municipal health directors, health professionals 03 members of the health council, 03 members users of the health board, 01 head of unit for primary health care. To collect the information we use the following techniques: Interview with guiding question in depth, semi-structured interviews and free observation. The document analysis will be addressed as a source of information. In order to implement the interviews was used Hermenêutico- Dialectic Circle. Analysis of the interviews, workshops and observations followed a few steps, suggested by Minayo (2013) and adapted by Assis and Jorge (2010): 1) data ordering, classification and final examination. The aim was to establish dialectical relations between the different sources, in a confrontation process of the empirical material and the guiding theoretical framework, to reach finally the considerations that would realize explain the issues related to participation and the applicability of research in the scenario Primary Health Care.

Keywords: Evaluation; Social participation; Health research.

LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	–	Coordenadorias Regionais de Saúde de Fortaleza-CE.	52
Figura 2	–	Fluxograma de processo de seleção da literatura encontrada	61
Figura 3	–	Síntese da operacionalização da pesquisa	63
Figura 4	–	Desenvolvimento da análise Hermenêutica Dialética	68
Figura 5	–	Fluxo das pesquisas no município de Fortaleza-CE	94
Quadro 1	–	Dimensões de análise da participação social	19
Quadro 2	–	Participantes da pesquisa e critérios de seleção e exclusão	56
Quadro 3	–	Objetivos, participantes e técnicas	60
Quadro 4	–	Confronto dos depoimentos dos representantes de um mesmo grupo.	65
Quadro 5	–	Confronto dos núcleos de sentido entre os grupos	66
Quadro 6	–	Confronto das categorias empíricas dos representantes de um mesmo grupo	67
Quadro 7	–	Confronto das categorias empíricas entre os grupos	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde
C&T	Ciência e Tecnologia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMJA	Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da educação em Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMSF	Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAP	Fundações de Amparo à Pesquisa
Funcap	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GRUPSFE	Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem
IJF	Instituto José Frota
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUCIT	Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	13
1.1 Aproximação com o objeto	13
1.2 O objeto de estudo e suas interfaces	16
2 OBJETIVOS	23
2.1 Geral	23
2.2 Específicos	23
3 MARCO TEÓRICO	24
3.1 Entre a participação e a representação: uma análise sobre a democracia	24
3.2 Pesquisas em saúde: relação entre conhecimento produzido e conhecimento aplicado	30
3.3 A participação e o controle social: seus conceitos, contextos e interpretações	35
3.4 Participação na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia de Saúde da Família como espaço de construção de diálogos	44
4 MÉTODO	49
4.1 Opção Teórica-metodológica	49
4.1.1 A hermenêutica como caminho da compreensão do fenômeno	50
4.2 Campo Empírico	52
4.2.1 Caracterização do cenário	53
4.3 Participantes da pesquisa	55
4.4 Fontes de informações e técnicas de coleta	58
4.5 Fase exploratória e operacionalização da pesquisa	63
4.6 Plano de análise e interpretação das informações	65
4.7 Questões éticas	70

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
5.1 A produção científica brasileira acerca da Participação e do Controle Social em Saúde	71
5.1.1 Participação social na Estratégia Saúde da Família: o Conselho Local de Saúde como protagonista	84
5.2 O que dizem os pesquisadores da saúde coletiva acerca da atual conjuntura da produção científica brasileira	91
5.3 Da produção acadêmica à utilização dos resultados: uma análise sobre o fluxo das pesquisas no município de Fortaleza-CE.	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICES	141
ANEXO	153

1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 Aproximação com o objeto

O curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE) foi o primeiro contato com o universo acadêmico, as discussões em sala e também extramuros, a leitura dos livros, as reflexões tudo contribuiu para o que sou e o que penso, tudo aguçou minha curiosidade para as questões sociais, econômicas, políticas e culturais. Embora não tenha concluído, ainda, pois decidi fazer novo vestibular, mas dessa vez para Enfermagem, o curso de Serviço Social foi de suma importância para as interpretações de mundo.

O curso de Enfermagem da UECE, em sua proposta pedagógica prega uma enfermagem voltada para o sujeito, diz ir de encontro a clínica procedimento-centrada, contudo na prática a realidade é outra, o curso é fragmentado em disciplinas de cunho claramente biomédico e muitas vezes, esquece que forma estudantes para atuar no e para o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões giram em torno de doenças e diagnósticos, ficando as questões sobre política, democracia, direitos e participação a cargo somente do estudante.

Esta realidade é exatamente o oposto do que havia encontrado no Serviço Social e, portanto, foi a experiência anterior neste curso que permitiu refletir, indagar, questionar e por muitas vezes suscitar questões que a Enfermagem parecia não se preocupar.

Contudo descobri que tais questões pareciam ser melhor abordadas pelos profissionais de saúde das Secretarias Executivas Regionais e das Unidades Básicas de Saúde, cuja a aproximação com a universidade foi possível por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em que tive a oportunidade de participar durante dois anos em duas modalidades o PET-Saúde/Saúde da Família e o PET-Saúde/Vigilância em Saúde, sendo o primeiro desenvolvido no município de Maracanaú-CE e o Segundo no Município de Fortaleza-CE. O programa é financiado pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo promover a integração ensino-serviço-comunidade, com vista ao desenvolvimento de atividades em áreas estratégicas do SUS.

Outra experiência em serviços públicos de saúde ocorreu no último ano do curso de Enfermagem quando já não temos mais aulas dentro da universidade e sim nos campos de estágio, tal período é denominado internato. Neste novo formato, cumprimos uma carga horária referente a um turno de seis horas diárias em hospitais e oito horas diárias em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Ambulatórios, somos acompanhados e avaliados pelo Enfermeiro do serviço e o professor exerce a função de supervisor, acompanhando “a distância” o meu desempenho.

As experiências prática possibilitou vivenciar o SUS, com seus problemas e suas virtudes. Permitiu-me conviver com os profissionais de saúde de diversas formações desde o nível fundamental e médio até o superior e, principalmente, possibilitou a minha convivência com os usuários dos serviços de saúde que, muitas vezes, abriram suas casas, contaram-me seus problemas e compartilharam comigo suas experiências de vida.

Outro momento importante na trajetória acadêmica foi a disciplina de Saúde Mental, coordenada pela Professora Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge, foram propostas as primeiras discussões em torno do tema Saúde Mental e políticas de saúde. Essas discussões giraram em torno da construção do Sistema Único de Saúde e seus princípios e diretrizes, da Reforma Psiquiátrica, das transformações advindas pós-reforma, da organização da rede de saúde mental em substituição ao modelo hospitalocêntrico e seus dispositivos de cuidado e do papel do usuário como sujeito de direitos.

Nesse período conheci o Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) e muitos estudos foram desenvolvidos junto aos demais integrantes, acadêmicos, mestrandos, doutorandos e profissionais de saúde, todos com as mais diversas formações o que possibilitava ricas discussões. Como integrante, participei da formulação de projetos, coleta de dados e discussões de resultados. Estas pesquisas, em sua essência, objetivaram compreender e avaliar os serviços de saúde em Fortaleza e no Ceará, sugerindo formas inovadoras de realizar o cuidado, levando em conta sempre a percepção dos usuários dos serviços de saúde, para nos auxiliar a compreender os fenômenos pesquisado.

Foi neste contexto que surgiram os principais questionamentos que levaram-me a produzir uma monografia cujo tema foi *“Gestão do cuidado na assistência ao adolescente em sofrimento psíquico”*.

Durante a desenvolvimento da monografia acima citada outros questionamentos foram surgindo. Será que o estudo que eu desenvolvi de alguma maneira possibilitou a mudança das práticas nos CAPS e nas UAPS que serviram de cenário para pesquisa? Será que o ato de devolver os resultados para os profissionais e usuários desses serviços possibilitou uma reflexão nestes sujeitos? A pesquisa possibilitou a construção de sujeitos, ajudou-os a tornarem-se atores, responsáveis, também, pelo processo de transformação diante os problemas que eles mesmo ajudaram a identificar?

Esses questionamentos foram o mote para a construção deste projeto de dissertação, desde a escolha do objetivo de avaliar pesquisas na temática da participação até a forma como pretendemos alcançar esse objetivo, por meio de uma avaliação participativa, em que os sujeitos saiam da condição de “assujeitados” e se comprometam a compartilhar suas construções e a colaborar com a construção comum, visando também ser melhor informados e a não se tornarem meros objetos de estudo ou experimentação.

Cada momento da trajetória aqui descrita foi importante para o aprofundamento no tema e para o despertar de questionamentos, os quais foram ponto de partida para esta dissertação, sendo essa um recorte de um projeto maior denominado *“Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre a contribuição para as políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária”*, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

1.2 O objeto de estudo e suas interfaces

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.

(Paulo Freire)

A Constituição Federal de 1988 foi o marco de participação democrática dos atores sociais na luta por melhores condições de saúde, sendo resultante do movimento de Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Importante resultado desse debate constitui-se na inscrição na Carta Magna da “saúde como direito de todos e dever do estado” e consequente homologação na sanção das Leis nº 8.080 e 8.142, incluindo no arcabouço filosófico do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação e o controle social. Além disso, a Constituição Federal em seu artigo 200 estabelece o desenvolvimento científico e tecnológico como uma das competências do SUS (BRASIL, 1988; 1990).

Contudo, somente em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS, devendo ser pautada em seus princípios constitucionais, universalidade, integralidade, equidade e a participação da comunidade, para que, por meio da produção de conhecimentos e tecnologias, possa contribuir para a redução das desigualdades sociais em saúde (BRASIL, 2008).

A participação e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia, pelo menos legal, de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde, coibindo o mau uso dos recursos, melhorando o desempenho das políticas e conferindo legitimidade aos governos. (ANDRADE; VAITSMAN, 2013).

No que tange às propostas do SUS, observamos no seu arcabouço jurídico e filosófico a participação da comunidade no planejamento e organização constituindo-se, portanto, como aspecto fundamental para consolidação de sua base

teórica, que se materializa na prática por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Entretanto, para Acioli (2010), mesmo a ESF apresenta fragilidades nesse aspecto que põe em risco a sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito e as maneiras de construí-la.

Nesse contexto, Soratto, Witt e Faria (2010) acrescentam que no interior dos serviços de saúde, há entraves para o acesso ao mesmo, tendo em vista que abrir as portas dos serviços de saúde significaria e implicaria compartilhar saberes e poderes. Em consonância com esses estudos Serapioni (2011) afirma que apesar das boas intenções e de alguns louváveis esforços empreendidos, a participação ainda demora a entrar na *práxis* dos serviços de saúde.

Essa constatação merece um olhar mais atento, ampliado que possibilite compreensão das múltiplas *práxis* dos serviços de saúde.

Na literatura brasileira e internacional, destaca-se as dificuldades, as motivações apontadas como, por exemplo, a insuficiente organização em coletividade para busca de bens comuns vão desde a formação da força de trabalho em saúde, ainda voltada para o mercado; da fragilidade da gestão democrática e participativa do SUS em todos os níveis da federação; a inexistência e ou existência de modo muito incipiente de uma política micro de Educação Permanente em Saúde, que possa colocar na roda de discussão todos os atores envolvidos na produção do cuidado em saúde. Além disso, acrescentamos a não aplicabilidade dos resultados das pesquisas realizadas que acabam por não influenciar a dinâmica dos serviços (SORATTO; FARIA; WITT, 2010).

Budo et al (2010) observam em seu estudo que quando há participação da comunidade, há reconhecimento pelos resultados obtidos. Pela participação ativa as pessoas conseguem alguns avanços e estes reforçam e legitimam a participação social. Nessa mesma linha Bordenave (1994), já havia afirmado que o interesse pela participação do indivíduo geralmente ocorre quando há retorno significativo, seja ele em aspectos concretos ou abstratos, pois o entusiasmo pela participação social deriva das contribuições positivas que ela oferece.

Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009) salientam que a inserção dos usuários e sua família na organização e construção das atividades poderia aproximar os anseios da equipe de saúde aos da população, fortalecendo o exercício de cidadania e inclusão social. Portanto, quando não há participação dos indivíduos na identificação de seus problemas, as questões de saúde tornam-se mais voltadas aos interesses dos gestores, desconsiderando a realidade dos sujeitos e a livre decisão de escolha dos mesmos.

A partir de uma leitura exaustiva e na experiência prática apreendemos que os estudos construídos e evidenciados até o momento atual têm revelado a importância da relação entre produção e utilização do conhecimento, com vistas a participação, tendo apontado a capacidade que as pesquisas têm de identificar problemas, formular soluções, propor diálogos e consensos e, desta forma, possibilitar a transformação da realidade e dos sujeitos envolvidos.

Consideramos que, enquanto processo de construção do conhecimento, a pesquisa em saúde, em suas várias modalidades, promove a constatação de situações, de fenômenos que escapam a compreensão dos trabalhadores de saúde e usuários no cotidiano dos serviços. A investigação, ao elencar esses problemas, impulsiona avanços no conhecimento e possíveis transformações nas práticas, políticas e ideologias, pois como afirma Demo (1990, p.16) *“em termos cotidianos, a pesquisa não é ato isolado, intermitente, mas atitude processual de investigação, situada no social e cultural e implicada com processos de mudança”*.

Considerando o pensamento de Demo (1999) o qual converge com as ideias de Pang e cols. (2003) os conhecimentos produzidos pela pesquisa em questão se amplamente disseminados podem ser vistos como bens públicos globais pois podem contribuir para o aprimoramento das atividades, políticas e desempenho do sistema de saúde e a melhoria da saúde individual e populacional. Nesta perspectiva, definem a pesquisa em saúde como *“a geração de conhecimentos novos, através da aplicação do método científico, para identificar e lidar com problemas de saúde”* (PANG et al, 2003, p.816).

Dessa forma, o investimento em pesquisas em saúde contribui para o preenchimento de lacunas de conhecimento em áreas prioritárias para a população interligando o mundo acadêmico e as necessidades de saúde das pessoas. A partir da divulgação deste conhecimento, podem ser desenvolvidos novos procedimentos,

ferramentas de intervenção e produtos, além de permitir a criação de subsídios para a formulação de políticas públicas e para o constante aperfeiçoamento do SUS.

Concordamos com Oborn et al (2010) quando estes afirmam que pesquisadores e todos aqueles envolvidos com a produção do conhecimento precisam ser muito mais encorajados a considerar como eles poderiam facilitar ativamente o uso dos resultados de pesquisa. Agências de financiamento precisam também começar a demandar um elemento de impacto a ser considerado como parte do papel dos pesquisadores (OBORN et al., 2010).

Esse incentivo se faz necessário tendo em vista a capacidades que as pesquisas têm de propiciar cuidado condizente com as necessidades de saúde e fortalecimento do SUS, prática profissional ampla e eficiente, pautada em conhecimento seguro, flexível e sedimentado, que enobrecem profissionais e usuários e propicia assistência plena e garantida à população (REIS, 2005). Diante dos benefícios proporcionados pela pesquisa, Castro (2012) destaca a relação entre as pesquisas no Brasil e a produção de políticas e também a organização dos serviços e assistência. Devemos, portanto, reconhecer o papel que as investigações possuem na elaboração e construção social da saúde.

Além disso, as pesquisas assumem a missão de instrumentalização dos profissionais, auxiliando-os a validar práticas consagradas; apontar, indagar, aprofundar conhecimentos e proceder mudanças necessárias no cotidiano do trabalho, perante a assertiva fica claro o papel fundamental que gestores, trabalhadores e usuários, enquanto atores das práticas de saúde questionem as finalidades das pesquisas e, em conjunto com a administração, criem espaços, proponham estratégias e aloquem recursos para realização/implementação dos resultados (CASTILHO, 2000).

Diante desta seara, refletimos como e se as pesquisas têm contribuído para promover a participação dos usuários? Que papel pesquisadores têm desenvolvido para pulverizar os princípios e diretrizes do SUS, principalmente a participação e o controle social? Profissionais, pesquisadores, gestores e usuários percebem as pesquisas realizadas como potencializadora de espaços democráticos e participativos?

A fim de responder os nossos questionamentos, centramos este estudo na avaliação participativa como possibilidade de analisar as relações que existem entre os diferentes componentes de uma investigação e propiciar espaço de construção e participação de sujeitos. Além disso, consideramos que a participação social, a produção, apropriação e utilização de conhecimentos e tecnologias para o exercício da cidadania por parte dos usuários do SUS, gestores e trabalhadores podem ser importantes dispositivos para a efetivação de processos avaliativos junto a instâncias de participação. Nesse contexto, a participação social se relaciona com os processos avaliativos na medida em que se caracteriza pelas dimensões participativas, deliberativas e pedagógica nos espaços decisórios das instituições.

Acreditamos que este estudo servirá para proporcionar uma reflexão sobre a aplicabilidade das pesquisas; subsidiar agências de fomento no gerenciamento das pesquisas, propondo estratégias para a gestão das mesmas; preencher uma lacuna do conhecimento observada durante a revisão dos estudos publicado e, ainda, possibilitar a construção de sujeitos que lutem pela construção do SUS. Isso porque avaliar também é uma forma de participação, sendo uma oportunidade de os trabalhadores dos serviços de saúde, assim como gestores, governantes, usuários do SUS, universidades e demais instituições de ensino participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e participação social.

Tendo em vista esclarecer e informar alguns termos utilizados neste estudo propomos algumas dimensões de análise, donde é possível identificar os delineamentos dessa pesquisa.

Quadro 1 – Dimensões de análise da participação

CONCEITOS	DEFINIÇÕES
Pesquisa em Saúde	Neste estudo compreendemos a pesquisa em saúde a partir da perspectiva de Pang et al (2003) que a definem como a produção de novos conhecimentos por meio do método científico, tendo como objetivo identificar e solucionar problemas no setor saúde.

Continua

Continuação - Dimensões de análise da participação

CONCEITOS	DEFINIÇÕES
Participação	A participação é algo que vai além do momento deliberativo. Trata-se de um aprendizado social, uma relação que se fortalece com o passar do tempo. Para além da possibilidade de intervenção real nas decisões políticas, é um novo modo de pensar a gestão pública compartilhada, um círculo vicioso, em que os atores assumem uma postura nova de controle sobre os seus destinos, controle este que é conquistado (PATEMAN, 1992)
Participação social	Diz respeito ao reconhecimento e acolhimento da diversidade de interesses e projetos colocados na arena social e política. A essa nova modalidade de participação dá-se o nome de participação social. Sua categoria central não é mais comunidade, nem povo, mas sociedade. E a participação que se pretende não é mais a de minorias, como outrora, mas sim a do conjunto da sociedade, formado por diversos interesses e projetos. (CARVALHO, 1995).
Controle social	O controle social passa a ser entendido, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde como uma consequência da participação de representantes eleitos da comunidade nos núcleos decisórios do futuro sistema de saúde, a objeto de exercer o controle sobre as ações do Estado em vez de o Estado controlar a sociedade (BRASIL, 1987)
Instâncias Participativas	De acordo com Escorel e Moreira (2008) o sujeito – individual e coletivo – participa em um determinado espaço, definido como instância participativa, esta, por sua vez, se relaciona com a instituição na qual pretende interferir e influenciar, com vistas a modificá-la adequando-a aos seus interesses. As instâncias participativas são, portanto, “ <i>espaços cujo propósito é permitir que os sujeitos atuem em conjunto</i> ” e, com isso, potencializem seus esforços participativos e o alcance dos seus objetivos (ESCOREL; MOREIRA, 2008, p. 983).
Atenção Primária à Saúde	Estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2014). Neste estudo, em semelhança aos documentos oficiais consideramos Atenção Primária à Saúde como sinônimo de Atenção Básica à Saúde.

Continua

Continuação - Dimensões de análise da participação

CONCEITOS	DEFINIÇÕES
Estratégia de Saúde da Família	Principal estratégia do modelo de atenção no Sistema único de Saúde para organizar a Atenção Básica, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, incorporando e reafirmando os princípios do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. (BRASIL, 2012)
Democracia Participativa	Bonavides (2004) propõe a implementação de uma verdadeira democracia participativa, cuja estrutura organizacional se assenta, dentre outros, no princípio da soberania popular. Como bem sintetiza, “não há democracia sem participação”. Tal democracia participativa se concretiza por meio de mecanismos de exercício direto da vontade geral e democrática. Na democracia participativa, o povo assume um papel de controle final de todo o processo político, possuindo a iniciativa e a sanção de cada lei e ato normativo de superior interesse público, pelo que se mostra clara a identificação entre a democracia participativa e a democracia direta. Continuam a existir, portanto, as instâncias representativas, com o objetivo de que a máquina do poder e do governo não fique paralisada, porém tais instâncias têm caráter tão-somente de segundo ou terceiro grau, vez que a instância de primeiro grau é o povo (PATEMAN, 1992)
Sociedade Civil	Na perspectiva de Gramsci, a sociedade civil corresponde a “ <i>todo conjunto das relações ideológico-culturais; não mais toda a vida comercial e industrial, mas toda a vida espiritual e intelectual</i> ” (apud BOBBIO, 1999, p. 55)

Fonte: Elaborado pela autora

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar o conhecimento produzido sobre temática da participação e suas influências no cotidiano do SUS

2.2 Específicos

- Analisar:

- a produção científica brasileira acerca da temática da participação social em saúde;
- percepção dos conselheiros acerca das pesquisas sobre participação social em saúde;
- a aplicabilidade das pesquisas sobre participação social no âmbito da Atenção Primária à Saúde;

- Descrever as fragilidades e desafios do processo produção e utilização da produção científica.

3 MARCO TEÓRICO

A complexidade que envolve o tema ora proposto neste estudo, identificada nos períodos de estudo, na busca pela compreensão, exigiu de nós a construção desta seção movida não somente pelo que se tem dito e escrito na academia identificado por meio de ampla revisão de estudos, mas também e talvez até sobretudo pelos aportes teóricos e histórico que envolvem esta investigação. Ao se debruçar sobre o texto, perceberá os cuidados que tomamos na definição de expressões, tentando contextualizar cada interpretação ao seu momento histórico. Tal tarefa nos apresentou como necessária para melhor compreensão sobre o fenômeno.

Dito isso, apresentamos a seguir o marco teórico sobre a temática dividido em quatro momentos. No primeiro momento propomos um breve diálogo sobre a democracia e suas faces ora representativa, ora participativa. No segundo, resgatamos os caminhos percorridos pela pesquisa no setor saúde, assim como as possibilidades que hoje se apresentam no seu uso. No terceiro, traçamos aspectos histórico da participação e do controle social na tentativa de compreender suas múltiplas interpretações. No quarto momento buscamos suscitar reflexões acerca da participação na Atenção Primária à Saúde, considerando a Estratégia de Saúde da Família como espaço privilegiado para práticas participativas.

3.1 Entre a participação e a representação: uma análise sobre a democracia

As manifestações que tomaram as ruas do país em junho de 2013 tinham como bandeira a redução das tarifas dos transportes coletivos e estendeu-se em curto prazo pela melhoria dos serviços públicos como saúde, educação e segurança e combate à corrupção, impunidade e gastos público com a Copa do Mundo de 2014, além é claro de reivindicar participação direta da população nos processos decisórios, possibilidade de interferir nas decisões pelo amplo sentimento de não representatividade. Os movimentos que partiram das ruas brasileiras bradaram, em

sua essência, por direitos sociais que foram prometidos pela Constituição Federal de 1988, mas que acabaram, em certa medida, adormecidos.

No atual cenário brasileiro marcado pela disputa presidencial alguns termos aparecem fortemente na mídia e redes sociais, sendo a participação, a não representatividade e a democracia alguns desses termos. A discussão gira em torno de reivindicar uma maior participação nas decisões políticas devido, principalmente, o sentimento de não representatividade, o que por sua vez exige uma democracia mais participativa e menos representativa. Evidenciamos, portanto, a “patologia da representação” como descrita por Santos e Avritzer (2002) em que os cidadãos sentem-se cada vez menos representados por aqueles que elegeram.

Escorel e Moreira (2012) trazem que a participação social é a base constitutiva da democracia e, por conseguinte, o aperfeiçoamento e a ampliação de uma estão diretamente relacionados ao desenvolvimento e à universalidade da outra.

Percebemos, diante desse cenário, que embora as regras jurídicas do jogo democrático sejam adotadas – eleições periódicas, sufrágio universal, existência de partidos políticos, liberdades políticas – tais regras não têm sido suficientes e eficazes para consolidar a democracia no Brasil, e isso fica claro quando analisamos as manifestações nas ruas brasileiras em junho de 2013 que, na sua essência, buscavam uma reforma política. Esta democracia pressupõe não somente a liberdade, mas também a igualdade e a justiça social, ainda distante de se concretizar na nossa realidade. Isso gerou e continua a gerar contradição na sociedade, um desencanto da maioria dos cidadãos em relação a democracia, sobretudo porque, no cotidiano, os cidadãos enfrentam o distanciamento entre a norma jurídico-política e a prática para o acesso e usufruto de bens e serviços produzidos socialmente que são direitos de cidadania.

Diante da polissemia que envolve o termo democracia, assim como ocorre com o termo participação, optamos, neste espaço, por fazer uma breve análise sobre os significados atribuídos ao longo da história, refletindo sobre o que temos feito dessa expressão para promover a participação da forma em que desfrutamos hoje. Dessa forma não temos aqui a pretensão de aprofundar a discussão sobre democracia, apenas suscitar um diálogo sobre o desenvolvimento da democracia e contextualiza-la tendo em vista sua estreita relação com a participação social.

A palavra, democracia provém do grego *demos*, que significa povo, e *kratein*, que se remete a governo, tem sua origem na Grécia no século V a.C., e era entendida como uma forma de governo fundamentada em três direitos essenciais dos cidadãos atenienses: igualdade, liberdade e participação no poder. Em Atenas, todos aqueles considerados cidadão se reuniam na ágora para discutir os assuntos comuns, além disso tomavam decisões e promulgavam leis. A execução das ações ficava a cargo de funcionários sorteados entre os cidadãos (KELSEN, 2000).

Observamos que na democracia ateniense o cidadão participa diretamente na tomada de decisão das questões comum do cotidiano da pólis. Pensamos, porém que no atual contexto das sociedades de massa, complexas e diversificadas o modelo grego de democracia teria dificuldades de ser implantado. Além disso tal modelo é alvo de críticas pois restringe a participação apenas aos homens livres, cidadãos gregos.

Filósofos como Platão passam a defender a limitação da democracia enquanto espaço de participação, pois não veem as massas como capazes de participar de atividades que devem ser restritas à elite dirigente. Por outro lado Rousseau, considerado o filósofo da democracia participativa, defende a soberania popular na definição das leis que irão reger a sociedade (BOBBIO, 2009). Sua obra O contrato social está fundamentado em dois princípios básicos: a liberdade e a igualdade. No estado de natureza o homem é livre, mas por uma convenção ele sela um pacto social para a constituição do estado civil, que terá o poder de garantir a liberdade e a igualdade para todos os seus membros. No estado civil, todos os homens, igualmente, passam a exercer sua liberdade civil, limitada apenas pela vontade geral. É no estado civil que o homem poderá desenvolver suas mais altas potencialidades e guiar-se pelos valores morais, tendo como referência o direito e a justiça. Portanto, é participando da vida pública que o sujeito se desenvolve e se capacita para esse exercício (BOBBIO, 2009).

O soberano é o povo reunido para decidir sobre as leis que irão reger a vida pública. Suas decisões devem, versar unicamente sobre o bem comum. As leis são ato da vontade geral, surgidas do que há de comum nas vontades particulares. Mas a soberania é inalienável e indivisível. Desse modo, no ideal político de Rousseau, está excluída a regra da representação, tão presente nas democracias modernas.

O modelo de organização política de Rousseau inspirou os líderes radicais da revolução francesa, mas não foi o que prevaleceu após quase um século de revolta, que no final consolidou o modelo de democracia liberal representativa na França e serviu de modelo para muitos Estados-nação. Neste modelo a soberania popular é alienada nos “representantes” do povo e a vontade geral não se materializa, apenas as vontades particulares são representadas, construindo um “consenso” pelo critério da maioria (BOBBIO, 2009).

As democracias modernas surgem no contexto das revoluções burguesas – revolução industrial, independência dos Estados Unidos e a revolução francesa – de luta contra as monarquias absolutistas na Europa, para restringir o poder dos reis, garantir os direitos do cidadão, fornecendo as bases para a consolidação do capitalismo no ocidente. Nesse contexto a ideologia liberal – defesa das liberdades individuais, proteção contra o abuso do poder dos governantes e contra a violência dos outros homens, garantia da propriedade privada – forneceu as bases para a organização da democracia representativa (BOBBIO, 2009).

A concepção liberal de democracia se constitui como hegemônica na grande maioria dos países ocidentais. Este modelo está estruturado a partir de valores individuais e procedimentos formais com o intuito de estabelecer processos de tomada de decisão e regras de convivência político-partidárias (BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, 2013). A igualdade e a liberdade configuram-se como fatores precípuos das democracias liberais. Esses valores, porém, estão centrados em acepções individuais e privatistas, como a igualdade perante a lei e a igualdade de oportunidades, bem como, o direito de não interferência do poder do soberano na autonomia privada. Do ponto de vista macroestutural, as principais características dos regimes democráticos são eleições periódicas, concorrência entre partidos, direito de associação, separação dos poderes, respeito e garantia dos direitos individuais (DAHL, 2009).

É válido ressaltar que a premissa liberal de igualdade de dignidades possibilitou o alargamento desse princípio e sua articulação com o método democrático. A partir dessa igualdade "restrita" é que foi possível a abertura de espaços participativos para outras reivindicações de direitos universais. A democracia liberal é o resultado da adequação do liberalismo às reivindicações políticas e jurídicas dos movimentos democráticos (BOBBIO, 2009).

A democracia liberal deixa clara a distinção entre uma classe política profissional e os representados, e a eleição funciona como um mecanismo para conferir legitimidade aos representantes que deliberam acima das influências dos cidadãos. Do ponto de vista formal, o voto tem a função de conceder autorização às elites governantes para conduzir as políticas do Estado.

Diante do tamanho e da complexidade das sociedades modernas, a democracia direta mostrou-se inexequível e a democracia representativa foi desenvolvida como método adequado para viabilizar o regime democrático. No entanto, o que se convencionou chamar de democracia representativa liberal é o resultado de um complexo processo que aproximou formas de governo e ideologias adversas. Governo representativo liberal e princípios democráticos carregam uma história de profunda rivalidade e enfrentamento (BOBBIO, 2009).

O fim das oligarquias não é uma pretensão da democracia liberal, pelo contrário o que se deseja é presença de muitas delas em concorrência pelo poder (SCHUMPETER, 1984). Nesse modelo, caberia ao povo apenas a prerrogativa de escolha, entre as elites em disputa, de qual grupo conduzirá o governo. Para a visão elitista shumpeteriana, a deliberação não é uma atividade para o *Demos*. Cabe às elites governar e ao povo é destinada a função de votar e não fazer mais do que dormir entre as eleições. Assim, o modelo liberal combinou o elitismo nas instituições políticas, único lugar da deliberação, e a legitimação popular, localizada na votação, como ato de autorização (URBINATI, 2006). O primeiro, o domínio da competência e o segundo o domínio do consentimento.

Consideramos, contudo, que a participação do *demos* exige muito mais que um ato de autorização ou escolha de representantes e deve ir muito além dos procedimentos eleitorais.

As transformações no mundo do trabalho, o avanço do neoliberalismo e as experiências de democratização iniciadas na década de oitenta, sem melhorias significativas nas condições de vida da maioria da população, ascendem o debate e direcionam para a forma da democracia e suas variações, demonstrando a crise do modelo hegemônico de democracia liberal (SANTOS; AVRITZER, 2002).

Dessa forma, concordamos com Pateman (1992) quando esta sustenta a ideia de que a representação formal é insuficiente para a promoção da democracia, destacando a importância e a necessidade de uma sociedade participativa.

Bonavides (2004) propõe a implementação de uma verdadeira democracia participativa, cuja estrutura organizacional se assenta, dentre outros, no princípio da soberania popular. Como bem sintetiza, “não há democracia sem participação”. Tal democracia participativa se concretiza por meio de mecanismos de exercício direto da vontade geral e democrática. Na democracia participativa, o povo assume um papel de controle final de todo o processo político, possuindo a iniciativa e a sanção de cada lei e ato normativo de superior interesse público, pelo que se mostra clara a identificação entre a democracia participativa e a democracia direta. Continuam a existir, portanto, as instâncias representativas, com o objetivo de que a máquina do poder e do governo não fique paralisada, porém tais instâncias têm caráter tão-somente de segundo ou terceiro grau, uma vez que a instância de primeiro grau é o povo (PATEMAN, 1992)

Robert Dahl (1997) associa diretamente participação e democracia, ao definir que a principal característica das sociedades democráticas é a de que seus governos devem ser:

Inteiramente ou quase inteiramente, responsivo(s) a todos os seus cidadãos (...) devem ter oportunidades plenas: (1) de formular suas preferências; (2) de expressar suas preferências a seus concidadãos e ao governo através da ação individual ou coletiva; (3) de ter suas preferências igualmente consideradas na conduta do governo, ou seja, consideradas sem discriminação decorrente do conteúdo ou da fonte de preferência. (DAHL, 1997, p. 26)

O ideal democrático de Dahl baseia-se em dois eixos: a “liberalização” que seria a capacidade de uma sociedade de construir instituições participativas que viabilizem a participação, individual ou coletiva; a “inclusão” definida como sendo as possibilidades que os diferentes sujeitos, sobretudo aqueles que contestavam o governo, têm de se utilizar dessas instituições para manifestarem suas opiniões.

Segundo observado, a democracia representativa e suas instituições políticas tradicionais, como o parlamento e os partidos políticos, têm sido percebidas

como insuficientes para garantir a democracia em sociedades complexas, com uma crescente sociedade civil. Consequentemente, a crise desse modelo vem gerando movimentos em várias partes do mundo, inclusive no Brasil, que o contestam ou afirmam sua insuficiência. Apontamos para a necessidade de combinar a democracia representativa dos modernos com mecanismos de democracia direta dos antigos, ou seja, a democracia participativa, onde o cidadão não delega poderes aos seus representantes, mas participa, diretamente, da tomada de decisões. Para isso é preciso ampliar a esfera pública com novos canais para a participação política dos cidadãos nas decisões de interesse da coletividade. Para tanto, concordamos com Santos (2002) quando este afirma que a ideia não é substituir a democracia representativa por uma participativa, mas utilizar ambas as formas no sentido de complementariedade, buscando o que cada uma tem de melhor. Acreditamos ser este o melhor caminho a seguir.

3.2 Pesquisas em saúde: relação entre conhecimento produzido e conhecimento aplicado

O uso de pesquisa para subsidiar as práticas é sujeito de debate no campo da atenção à saúde em saúde, desde 1950, e existe unanimidade na literatura de que a lacuna entre conhecimento e prática recebeu precocemente a denominação de utilização de pesquisas, termo cunhado por Carol Weiss, nos Estados Unidos (OBORN et al., 2010).

Em seus estudos, Oborn et al (2010) identifica modelos de interação entre pesquisas e intervenções em saúde pública. Segundo o autor, até 1970 predominava o *modelo do conhecimento dirigido* ou *modelo da transferência* usado nas ciências naturais, incluindo o campo médico, que tinha como premissa que a pesquisa básica deveria evoluir para pesquisa aplicada e poderia eventualmente levar ao desenvolvimento de uma nova medicina ou tecnologia para aplicação realmente prática. A transferência do conhecimento tinha sustentabilidade nas rotinas que técnicos capacitados desenvolviam: na observação, nas patentes e publicações, nas interações com clientes e fornecedores e nas associações entre organizações.

Posteriormente, essa teoria de transferência passiva do conhecimento tornou-se altamente questionável, sendo substituída pelo *modelo do intercâmbio*, ancorado em uma relação de poder assimétrica entre a comunidade dos pesquisadores e a dos tomadores de decisão. Esse modelo ao considerar as diferenças culturais entre essas comunidades assumiu a importância de uma relação mais simétrica entre pesquisadores e profissionais (OBORN et al., 2010).

Na década de 1990 surge o *modelo da Medicina Baseada em Evidências*, que se baseia na maximização da eficiência da prática médica pela adoção de uma ordenação racional dos problemas para predizer possíveis desfechos de saúde e de oferta de serviços. Ainda hoje, observamos ampla utilização desse modelo, principalmente na modalidade ensaios clínicos randomizados duplos cegos.

No ano 2000, foi introduzido pelo Instituto Canadense para Pesquisa em Saúde no campo da interação entre conhecimento produzido e aplicado o *modelo de conexão do conhecimento e intercâmbio*. Neste modelo o foco central é a interação entre pesquisadores e tomadores de decisão no desenvolvimento e implementação da pesquisa na prática. O termo composto amplia o conceito de intercâmbio e considera “*a síntese, o intercâmbio e a aplicação do conhecimento por grupos de interesse para acelerar os benefícios de uma inovação local ou global, para o fortalecimento do sistema de saúde e melhoramento da saúde da população*”, ficando subentendido que são necessários esforços para conectar o conhecimento com usuários em potencial dos resultados de pesquisa (OBORN et al., 2010, p.5).

Ainda segundo Oborn et al. (2010), o modelo de conexão do conhecimento e intercâmbio foi adaptado pela Organização Mundial da Saúde em 2005 e denominado então de *modelo de translação do conhecimento*. O paradigma da translação sugere que o processo de geração do conhecimento é cíclico e inclui um processo iterativo de idas e vindas, envolvendo a reformulação do conhecimento e seu gerenciamento por vários grupos de interesse (*stakeholders*) (OBORN et al., 2010).

O conceito de translação incorpora, de acordo com Oborn et al. (2010),

“(...) disseminação, comunicação, transferência tecnológica, contexto ético, gerenciamento do conhecimento, utilização do conhecimento, via dupla de intercâmbio entre pesquisadores e aqueles que aplicam

o conhecimento, implementação de pesquisa, avaliação tecnológica, síntese de resultados com o contexto global e o desenvolvimento de diretrizes de consenso” (p.6-7).

Para Oborn et al. (2010), apesar de diferentes estratégias já implementadas a dificuldade de interpretação dos resultados das publicações científicas tem mantido a tensão na base da conjunção do conhecimento das comunidades de pesquisa científica com outras comunidades. O nível de engajamento de diferentes atores no processo de interação entre pesquisa e política ainda é incipiente e varia dependendo das necessidades do usuário do conhecimento, portanto novas estratégias, apropriadas para promoção dessa interação devem ser elaboradas (OBORN et al., 2010).

A partir do que expomos, entendemos que, nesse modelo, o nível de engajamento para interação entre pesquisa e utilização das mesmas no âmbito da saúde é dependente das necessidades dos usuários, do conhecimento e das diferentes estratégias de implementação que, por sua vez, devem ser apropriadas a diferentes contextos.

A trajetória da regulamentação das pesquisas em saúde

No Brasil nos últimos anos ocorreram importantes avanços na democratização de processos decisórios através da construção de processos participativos no campo da pesquisa em saúde e da gestão dos serviços de saúde que se concretizaram com a presença de atores sociais da sociedade civil, gestores, trabalhadores em saúde na construção da Política Nacional de Saúde, na construção da Política Nacional de Ciência e Tecnologia (C&T) e Inovação em Saúde e na construção da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde (ANPPS). O sistema de saúde e os serviços de saúde são hoje objetos de controle social.

Contudo, devemos considerar a criação e implementação desses dispositivos de auxílio a pesquisa foi fruto de um processo histórico, emergindo na medida em que se faziam necessários diante o contexto em que foram formulados.

Dessa forma, descrevemos brevemente o processo de construção dessas ferramentas para a gestão de pesquisas.

Em 1994, o Brasil realizou a 1ª Conferência Nacional de C&T em Saúde que definiu as bases da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde para o país (BRASIL, 1994).

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000) deliberou-se pela necessidade de realização da segunda Conferência Nacional de C&T em Saúde, uma vez ter sido constatado que não houve implementação da maioria das resoluções aprovadas na primeira conferência (GUIMARÃES, 2004).

Neste mesmo ano foi criado o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, através do decreto nº 3.496/2000, com previsão de definir normas e estratégias para avaliação e incorporação de tecnologias em saúde; promover pesquisas sobre os impactos causados por fatores ambientais sobre a saúde; definir estratégias no campo da biossegurança; promover a difusão de conhecimentos científicos com vistas à sua adoção nos serviços de saúde e de acompanhar as atividades da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2010).

Em 2001, o Ministério da Saúde implantou o Projeto de Gestão Compartilhada em C&T e financiou 148 projetos prioritários para o Sistema Único de Saúde em dez estados, dos quais 68% eram pesquisas epidemiológicas, entretanto sem utilização de instrumentos de definição de prioridades, baseando-se nas agendas de saúde das unidades federadas. Em 2004 esse projeto foi reformulado passando a se denominar Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS) e foi ampliado para todos os estados passando a ter como diretriz a Política Nacional de C&T em Saúde (BRASIL, 2004).

A partir de 2003, o Decit foi vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) criada através do decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 (BRASIL, 2010).

Nesse mesmo ano o Decit destinou 68 milhões para fomento à pesquisa que incluiu além do PPSUS, o fortalecimento do sistema de revisão ética de pesquisas envolvendo seres humanos, o desenvolvimento de vacinas, medicamentos e testes diagnósticos; a elaboração da Agenda Nacional de

Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e a realização da 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde (BRASIL, 2004).

Dados do Decit demonstram que no período 2002-2007, foram apoiados 2204 projetos de pesquisas, com investimento de R\$ 385,3 milhões, dos quais R\$ 232,9 milhões foram do Decit e R\$ 152,4 milhões provenientes das cooperações técnicas com instituições parceiras (BRASIL, 2007).

As regiões sul e sudeste, seguida da região nordeste, contribuíram com os maiores percentuais em relação ao total de projetos. O maior volume de recursos foi destinado a projetos de desenvolvimento tecnológico, seguido de temas referentes à saúde coletiva.

Os recursos para financiamento evoluíram em um ritmo crescente, bem como a abrangência a nível nacional. A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde busca atualmente a articulação entre ações do governo federal, dos estados e dos municípios. Para tanto, o Ministério da Saúde, por intermédio do Decit, vem desenvolvendo atividades de fomento descentralizado à pesquisa em todos os estados brasileiros, por meio do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS), com o propósito de financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira; contribuir com o aprimoramento do Sistema Único de Saúde e; promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde em todos os estados da federação. Até o final de 2010 haviam sido fomentados pelo Decit 3.700 projetos de pesquisa (BRASIL, 2008; 2010).

Sendo assim, esse Programa tem como objetivo contribuir para o fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde, definida na PNCTIS, por meio de parcerias entre instituições públicas de fomento à pesquisa em saúde e da capacidade de gestão de ciência e tecnologia nos estados (BRASIL, 2007), envolvendo parcerias entre a esfera federal, por intermédio do Ministério da Saúde, e a esfera estadual, pelas Fundações de Amparo à Pesquisa (FAP) (BRASIL, 2010).

No Ceará a FAP, atual Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), foi criada pela Lei nº 11.752, de 12 de novembro de 1990, publicada no Diário Oficial do Estado do Ceará no dia 14 de novembro.

Apesar de criada em 1990, somente em agosto de 1994 foram assinados os primeiros convênios da Fundação para o financiamento de pesquisas científicas e tecnológicas no Ceará (CEARÁ, 2014).

Ainda em 1993, a Lei nº 12.077, de 1º de março de 1993, criou a Secretaria de Ciência e Tecnologia, atual Secretaria da Ciência, Tecnologia e Educação Superior (Secitece), vinculando Funcap, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Regional do Cariri, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos e Fundação Núcleo de Tecnologia Industrial à secretaria recém criada (CEARÁ, 2014).

A alteração de Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa para Funcap foi realizada com a Lei nº 13.104, de 24 de janeiro de 2001. O estatuto da Fundação foi aprovado por meio do Decreto 24.380, de 21 de fevereiro de 1997, enquanto o Regulamento foi aprovado pelo Decreto nº 31.182, de 12 de abril de 2013 (CEARÁ, 2014a).

Em 2007 foi criada a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (COGTES) com o objetivo de coordenar, monitorar e avaliar a Política de Educação Permanente em Saúde em parceria com as instâncias regionais e municipal. Em âmbito estadual foi criado o núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (NUCIT), diretamente vinculado à Secretaria de Saúde do Estado (SESA) cuja responsabilidade é a pesquisa e a avaliação de tecnologias na saúde.

Considerar pesquisa como um importante recurso para a geração de informações que iluminem o ambiente de tomada de decisão pode transformar questões em problemas, pode gerar conhecimentos aplicáveis e pode criar um clima favorável no fluxo de políticas, entretanto para isso é necessário fortalecer o processo de fomento à pesquisa com foco na interação com a formulação de política e as intervenções em saúde pública, sobretudo, nos serviços de saúde do SUS.

3.3 A participação e o controle social: seus conceitos, contextos e interpretações

A construção histórica dos termos – controle social e participação social – mostra-se como importante para melhor delimitação dessas expressões, tendo em vista as múltiplas interpretações que sofreram e sofrem a depender do contexto. Assim, neste espaço, abordaremos os sentidos atribuídos ao longo da história, buscando interpretá-los à luz do momento ao qual pertencem.

A expressão controle social tem origem na sociologia. De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (CORREIA, 2014)

Carvalho (1995) em seu estudo, faz um importante resgate do termo controle social e aponta que Durkheim, preocupado com a manutenção da ordem social, concebe o controle como algo conquistado por meio das intensidades das obrigações ou pressões morais criadas no indivíduo pela sociedade. Tal sociedade, ameaçada de destruição pela irracionalidade humana, seria protegida por essa estrutura normativa obrigatória e efetiva.

O conceito foi também apropriado por outras tradições teóricas, a exemplo do pensamento social marxista. Nesta concepção, o controle social é simultaneamente uma forma de integração social e um processo orientado para a reprodução social que, numa sociedade dividida em classes, tem o sentido da reprodução dos interesses das classes dominantes. Esta compreensão foi compartilhada pelos pensadores do campo da Saúde Coletiva que o incorporaram na perspectiva da teoria crítica, fundamentada no materialismo histórico de Marx e Engels. (STOTZ, 2006)

Percebe-se, portanto, a convergência das acepções do conceito nas diferentes tradições: controle social diz respeito à ordem social.

No período de 1950 a 1960 tornava-se cada vez mais evidente as contradições geradas pelo crescimento econômico como, por exemplo, o aumento da inflação, o arrocho salarial, os movimentos reivindicatórios da classe operária por melhores condições de vida e trabalho. A aceleração da industrialização com o intuito de superar o “atraso”, exigia uma nova estrutura do mercado de trabalho

caracterizada pela requisição dos órgãos públicos de uma política de modernização, com ênfase na formação técnica e profissional competente e na especialização da mão-de-obra. (SOUZA, 2004)

A participação nesse contexto, consistia em envolver as comunidades na realização de atividades em que o trabalho da população teria uma direção desejável para o sistema, apontando para a redução das consequências causadas pelo desenvolvimento do capitalismo. Essa participação, deixava intocada a estrutura de classes e as relações de produção e de dominação, organizando a demanda através do consumo de equipamentos urbanos. Ou seja, a participação comunitária, sobretudo na saúde, era entendida como a sociedade completando o Estado. Este, por sua vez, passou a incentivar a colaboração da sociedade na execução das políticas sociais por meio do voluntariado e do apelo à solidariedade dos cidadãos. (SOUZA, 2004)

Já no período da ditadura militar, o controle social, exercido através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade por meio de decretos secretos, atos institucionais e repressão, significava o controle exclusivo do Estado sobre a sociedade, cerceando qualquer expressão popular. Nesse período, a ausência de interlocução com os setores organizados da sociedade, ou mesmo a proibição da organização ou expressão dos mesmos favoreceu o fortalecimento do capitalismo na sua forma monopolista (COTTA et al., 2009).

A perversa situação instaurada pela ditadura militar incentivou movimento de resistência que buscavam melhor distribuição dos serviços públicos. É nesse contexto que se engendra a proposta de participação popular, que de acordo com Carvalho (1995) significa o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas opositoras ao sistema dominante, decorrente dos insatisfatórios resultados políticos e técnicos resultantes da participação comunitária.

Ainda de acordo com Carvalho (1995), o aprofundamento da crítica explica-se pela adoção de um novo referencial teórico, em que a categoria “comunidade” é substituída pela categoria “povo”, em uma clara aproximação com a tradição marxista. A participação popular significa luta e contestação, contudo entendida como participação apenas na execução das ações. No final da década de 70 passa a ser compreendida como participação também nas decisões.

Com o processo de democratização e efervescência política e o ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários, criou-se um contraponto entre um estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças. Neste período a expressão controle social passa a significar o controle da sociedade sobre a ação do estado.

Enquanto no período da ditadura militar a proposta de participação popular ganhou relevância, caracterizada como estratégia da oposição, o processo de democratização engendrou novas relações Estado-sociedade, requalificando o processo de participação, que agora diz respeito ao reconhecimento e acolhimento da diversidade de interesses e projetos colocados na arena social e política. A essa nova modalidade de participação dá-se o nome de participação social. Sua categoria central não é mais comunidade, nem povo, mas sociedade. E a participação que se pretende não é mais a de minorias, como outrora, mas sim a do conjunto da sociedade, formado por diversos interesses e projetos. (CARVALHO, 1995)

Assim, a 8ª CNS planta a semente para subverter o conceito dominante de controle social, que passou a ser entendido como uma consequência da participação de representantes eleitos da comunidade nos núcleos decisórios do futuro sistema de saúde, a objeto de exercer o controle sobre as ações do Estado em vez de o Estado controlar a sociedade. O relatório final desta conferência recomenda a *“participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde”*. (BRASIL, 1987, P. 5)

Foi na 8ª CNS que modelou-se o formato final dos Conselhos de Saúde, sendo que, após a inclusão do SUS na Constituição de 1988 e a promulgação da Lei 8.142, de fins de 1990, ficou assegurada a participação de representantes de entidades sociais *“na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde”* do SUS (BRASIL, 1990).

Podemos observar que o texto da Constituição cidadã de 1988 é, a propósito da participação, bastante limitado, e fica aquém da formulação da 8ª Conferência: ao se referir às diretrizes de organização do SUS, menciona apenas *“participação da comunidade”* que conforme vimos na história do Brasil, faz parte de um ideário de participação limitada.

O enfrentamento desta limitação do texto constitucional evidencia-se na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “*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.*” (BRASIL, 2006, p. 29). O texto legal retoma a perspectiva ideológica da 8ª CNS ao atribuir aos conselhos de saúde a função de atuar

(..) na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 2006, p.29).

Este processo é, na verdade, a culminação das lutas que caracterizaram o período da redemocratização política, num amplo leque de experiências e reflexões de profissionais de saúde e lideranças populares – a vertente popular da luta pelo direito à saúde (STOTZ, 2006).

O nascimento do termo controle social e a inflexão de seu significado no campo da saúde virá em 1992, com a 9ª CNS. Um aspecto importante neste processo histórico é a mudança observada no entendimento da participação social: lembremos que, nos termos propostos pela 8ª CNS, a participação foi definida “*como controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população*” (BRASIL, 1986, p.10). Contudo, a participação passou a ser definida, a partir da 9ª CNS, como “*controle social sobre políticas e atividades desenvolvidas com a Seguridade Social*” (BRASIL, 1992, p. 33 apud GUIZARDI et al., 2004, p.22).

Esta mudança foi uma decorrência do temor da perda de autonomia dos movimentos sociais diante do governo neoliberal de Fernando Collor de Melo, em plena ofensiva contra as organizações populares e a esquerda em geral.

A noção de controle social passou a ter o sentido de um controle da sociedade sobre o Estado. Contudo, na prática, a ênfase do controle social a ser exercido pelos conselhos de saúde sobre o SUS deslocou-se do âmbito da formulação para o da fiscalização das políticas e, principalmente, da gestão do sistema de saúde.

Essa proposta se concretizou no Brasil principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação social - as Conferências e os Conselhos de Saúde - nas leis orgânicas da saúde, como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo. Destarte, o controle social passa a ser considerado uma conquista, sendo a principal estratégia de garantia da descentralização e municipalização da saúde (COTTA et al., 2009).

Recentemente a temática da participação tem sido retomada com a derrubada, no Congresso Nacional, do decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. O decreto foi criado pela então Presidenta Dilma Rousseff com o intuito de instaurar a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS) com o *“objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil”*, definindo o termo sociedade civil como sendo *“o cidadão, os coletivos, os movimentos sociais institucionalizados ou não institucionalizados, suas redes e suas organizações”*. Tal decreto tem sido alvo de críticas pela grande mídia tendo em vista a não aceitação da participação de movimentos sociais como instâncias consultivas do governo. (BRASIL, 2014)

Como podemos observar acima, o decreto nº 8.243 traz a temática da participação não como controle social e sim como participação social, sendo o controle social, portanto, uma das formas de participação da sociedade para construção e legitimação do Sistema Único de Saúde.

Mas afinal, o que significa participação?

Seguindo os primeiros passos indicados por Bordenave (1994) em seu escrito “O que é participação” adentramos a seguir na tentativa de compreender o termo participação.

Refletindo sobre a origem da palavra Bordenave (1994) traz que o verbo participar pode assumir três definições significativas: fazer parte de, ter parte de e tomar parte de. Entendemos que é possível fazer parte de e ter parte de sem tomar parte de. Segundo o autor apenas a última perspectiva revela intrinsecamente em seu significado o caráter ativo do sujeito que participa pois implica em colocá-lo na

posição da tomada de decisão em participar. *“Eis a diferença entre a participação passiva e a participação ativa, a distância entre o cidadão inerte e o cidadão engajado”* (BORDENAVE, 1994, p.22)

Bordenave (1994) discute ainda em seu livro a participação conforme o grau de controle dos membros sobre as decisões e a importância das decisões que se pode participar. O grau de controle é classificado do ponto de vista, do autor, a partir do menor ou maior acesso ao controle das decisões pelos membros, englobando “informação” caso em que os membros são informados de decisões já tomadas, “consulta facultativa” quando a administração consulta se e quando quiser os subordinados, “consulta obrigatória” quando há a consulta ainda que a decisão final pertença aos diretores, “elaboração/recomendação” situação caracterizada pelo envolvimento na elaboração de propostas, que se sujeitarão a aprovação ou não dos gestores, “co-gestão” quando a administração é compartilhada por mecanismos de co-decisão, com influência direta na tomada de decisão, “delegação” esta fase implica autonomia em certos campos ou jurisdições e, por fim, a “auto-gestão” quando o grupo determina objetivos, escolhe seus meios e estabelece os controles pertinentes.

Já no estudo realizado por Bobbio, Matteuci & Pasquino (1991) encontramos a participação diferenciada em três níveis distintos, sendo eles: 1) a “presença”, caracterizada por ser a forma menos intensa e mais marginal que engloba comportamentos essencialmente receptivos ou passivos, situações em que o indivíduo não dá qualquer tipo de contribuição pessoal; 2) a “ativação”, nesta o sujeito desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, uma série de atividades que lhe foram confiadas por delegação permanente por exemplo envolvimento em campanhas eleitorais e a participação em manifestações de protesto; 3) a “participação” é definida quando o sujeito, de fato, contribui direta ou indiretamente para uma decisão política.

Para Pateman (1992), são possíveis três níveis de participação: a “pseudoparticipação”, em que os indivíduos apenas são consultados sobre algum assunto e endossam as decisões do líder, ou seja, não ocorre, de fato, participação alguma na tomada de decisão; a “participação parcial”, em que muitos tomam parte no processo decisório, mas o poder final de decidir pertence a apenas uma das

partes e a “participação plena”, em que cada membro isoladamente tem igual poder de determinar o resultado final das decisões.

Uma forma de análise similar, porém com graus de participação distintos, é trazida por Arnstein (2002). A autora propõe uma escala da participação composta por oito degraus, que correspondem a amplitude do poder e da tomada de decisão. No nível mais baixo encontra-se o grau denominado de “manipulação” quase uma não participação, perpassando outros graus em que há uma concessão mínima de poder, respectivamente, “terapia”, “informação”, “consulta” e “pacificação” e, por fim, os três últimos níveis que representam o nível de poder cidadão “parceria”, “delegação de poder” e, finalmente, “controle do cidadão”.

Escorel e Moreira (2012, p.982) reconhecem que há diversos graus de intensidade de participação, conforme vimos nos trechos acima, contudo sem a pretensão de diferenciar participação em formas ou níveis, afirmam que *“é na luta por reconhecimento, compartilhamento, associação, inclusão e sobretudo por um maior controle do sujeito sobre as situações que lhe afetam direta e indiretamente e sobre a sociedade em que vive”* que exercemos a participação.

Já a ideia de participação proposta por Pateman (1992) considera o modelo de participação:

Como aquele onde se exige o input máximo (a participação) e onde o output inclui não apenas as políticas (decisões) mas também o desenvolvimento das capacidades sociais e políticas de cada indivíduo, de forma que existe um feedback do output para o input (p. 62)

Desse modo, a participação é algo que vai além do momento deliberativo. Trata-se de um aprendizado social, uma relação que se fortalece com o passar do tempo. Para além da possibilidade de intervenção real nas decisões políticas, é um novo modo de pensar a gestão pública compartilhada, um círculo vicioso, em que os atores assumem uma postura nova de controle sobre os seus destinos, controle este que é conquistado.

A participação na perspectiva de Pateman (1992), não significa um presente ou dádiva alcançada: trata-se de algo construído, em uma luta que se trava

contra a perspectiva dominante e que vai sendo aprimorada com o passar do tempo. A participação, nesse sentido, não se faz exclusivamente para proteger interesses privados e/ou para assegurar um bom governo, mas sobretudo, para garantir a formação e a educação, visando o desenvolvimento das potencialidades humanas. Além disso ela promove a integração entre os indivíduos, tornando-os socialmente responsáveis, senhores dos seus próprios destinos, atuando no meio em que vivem.

Dando prosseguimento a linha de raciocínio ora explanada, apresentamos a diferença conceitual trazida por este autor e utilizada também por Escorel e Moreira (2012), onde consideram os espaços em que a participação ocorre com vista a diferenciar dois tipos: microparticipações e macroparticipações.

Escorel e Moreira apoiados na perspectiva de Bordenave compreendem por microparticipações as participações nas mais diversas associações como sociedades, clubes, irmandades até o próprio cotidiano das relações familiares, onde o propósito participativo incide sobre a pretensão de suprimento imediato de determinadas necessidades ou da garantia de determinados direitos.

Assim os processos microparticipativos dirigem-se para a produção ou reivindicação de melhorias corporativas e locais e se esgotam nelas. Assim se daria, então, o caráter sociativista, o qual, se subsumido a isso não se caracteriza como participação social. Segundo o autor:

Convém distinguir entre participações em associações e participação social. Às vezes pensa-se erroneamente que participação social é apenas a soma das associações de que se é membro ativo. Se as pessoas estão associadas a várias sociedades, clubes, irmandades, etc., há quem diga "elas tem muita participação social". Participação social, todavia, ou participação em nível macro implica em ter uma visão mais larga e ter algo a dizer na sociedade como o todo. A sociedade global não é um conjunto de associações. O cidadão, além de participar em nível micro na família e nas associações, também participa em nível macro quando intervém nas lutas sociais, econômicas e políticas de seu tempo. A macroparticipação, isto é, a participação macrossocial, compreende a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade, quer dizer, na história da sociedade. (BORDENAVE, 1994, p.24)

Fica compreendido, então, que para que as microparticipações também se tornem participação social, é preciso que sua práxis social seja orientada não apenas para o alcance do objeto de suas reivindicações imediatas de corporações

ou segmentos sociais, mas para a transformação das condições históricas geradoras de tais demandas, isto é, do nosso modelo de economia e cultura que desde o início da era moderna vem gerando um tipo específico de sociedade, baseada na competição, concentração de renda, segregação sócio-espacial baseada na desigualdade social, alienação das massas trabalhadoras, consumismo, individualismo, exclusão social e exploração destrutiva da natureza.

Contudo, como fazer isso apresenta-se como um desafio. Implica em agir localmente, pensando globalmente, implica em saber fazer análise de conjuntura, implica, enfim, no desenvolvimento de uma consciência crítica da sociedade vivida. Apenas este tipo de consciência permite enxergar que algumas situações de opressão não são naturais e muito menos irreversíveis, pois tão historicamente foram instaladas, como tão historicamente podem ser revertidas ou transformadas. Acreditamos que esta é a consciência que liberta o indivíduo da alienação e do imediatismo ativista tão comum nos associativismos.

Como podemos ver, Bordenave considera que a prática do associativismo em si não aponta para os horizontes de uma sociedade participativa. Para ele uma sociedade participativa é *“aquele em que todos os cidadãos têm parte na produção, gerência e usufruto dos bens da sociedade de maneira equitativa”* e na qual *“toda a estrutura social e todas as instituições estariam organizadas para tornar isso possível”* (BORDENAVE, 1994, p.25)

Precisamos salientar que a análise da participação conforme paradigmas analíticos e tipologias contribui para uma apreensão deste fenômeno em suas nuances, entretanto, ressaltamos que toda forma de categorização apresenta limitações; os modelos não existem enquanto “tipos puros”. Conforme alerta Carlos (2007), antes disso se combinam e coexistem de diferentes maneiras, de forma mais ou menos intensa, conforme a conjuntura e os atores envolvidos.

3.4 Participação na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia de Saúde da Família como espaço de construção de diálogos

No Brasil, as mudanças no campo da saúde ocorreram em função de um movimento político reformador iniciado na década de 1970, motivado pela

necessidade de abertura política do país - democratização em todos os setores, inclusive no da saúde. Esses ideais reformistas vêm se consolidando de forma mais expressiva desde 1986, quando, devido à necessidade de introduzir mudanças no setor com o objetivo de torná-lo democrático, acessível, universal e equitativo, formalizou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a participação de usuários na definição das diretrizes e princípios de um sistema de saúde que se propunha universal.

Desse projeto de sistema de saúde e de muitas lutas e debates, nasceu, na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde. A sua definição legal instituiu formalmente princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade do atendimento com prioridade à prevenção, descentralização e participação da comunidade, que devem nortear as atividades em saúde. Assim, com o SUS, a saúde emerge como questão de cidadania e a participação como condição essencial para o seu exercício (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; COTTA et al 2010).

Sendo o SUS a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação da sociedade civil como um de seus princípios, esta não somente reitera o exercício do controle social sob as práticas de saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados ou não em seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela Lei Orgânica da Saúde de nº 8.142/90, os conselhos e as conferências de saúde (BARBOSA, 2009; COSSETIN, 2010).

Ademais, a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece em seu art. 12 a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Entretanto, é a Lei nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação no SUS, definindo que a participação da comunidade estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Legitimando assim os interesses da população no exercício do controle social (BRASIL, 1990).

Contudo, os atendimentos oferecidos nos serviços de saúde ainda privilegiavam as consultas individuais com enfoque na doença, não expandindo a assistência para além das questões biológicas, impossibilitando o diálogo e a efetiva participação dos usuários. Diante da necessidade de mudança do presente modelo

assistencial atrelada principalmente a necessidade de estabelecimento de vínculos e de criação de laços de compromissos e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população, nasce em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) para o desenvolvimento de ações no território, posteriormente, em 1998 o programa foi transformado em uma estratégia estruturante para a organização do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo esta uma estratégia para expansão e consolidação da atenção primária, reafirmando em seu texto a relevância da participação como orientadora de suas práticas.

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade em parceria com a equipe de saúde da família na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades e no acompanhamento da avaliação de todo o trabalho. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo. (BRASIL, 2012)

Os desafios da ESF são muitos e explorá-los em todas as suas dimensões é um exercício que se alicerça no cotidiano dos serviços e avança transcendendo em outros planos do setor saúde. Essa lógica de avanço assistencial por si só já tira o foco de um modelo centrado no procedimento e dimensiona para a ESF a possibilidade do processo de trabalho em saúde ser um espaço também de construção de cidadania

Diante da verticalização das políticas de saúde propostas pelos gestores, percebemos que a valorização da democracia participativa e da cidadania para a implementação de ações e políticas locais com relações de poder mais horizontais pode transformar a posição de assujeitamento dos usuários do SUS em protagonismo, autonomia e participação ativa.

Essa transformação passa por condicionantes da organização e do funcionamento dos serviços de saúde, assim como dos modelos de atenção em saúde, podendo ser disparada pela participação ativa dos atores sociais tanto nos espaços deliberativos de caráter institucional, como nos espaços públicos, não institucionalizados, onde atuam trabalhadores, gestores, docentes e discentes, enfim, cidadãos em busca de cuidado.

Consideramos que a participação dos usuários na saúde não se restringe aos espaços dos conselhos, ouvidorias e conferências de saúde, se estendem a qualquer ação realizada no âmbito da atenção primária, nos serviços da ESF que permita e assegure a participação para que as necessidades de saúde sejam putadas e debatidas nos grupos de convivência, grupos terapêuticos, oficinas, reuniões da comunidade e, ainda, na produção do vínculo e construção do projeto terapêutico.

Nesse sentido em outubro de 2011 foi publicada a Portaria nº 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica e para a ESF. Tal política é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012)

O texto da PNAB caracteriza esta política como sendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012)

A portaria traz em seu texto que o desenvolvimento da PNAB deverá ser feito por meio do *“exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe.”* Para tanto, a política propõe, como um de seus fundamentos e diretrizes:

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2012, p. 32)

Em síntese, a PNAB (2012) defende a participação no cuidado como uma das funções da atenção básica, ressaltando que a participação e o controle social são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo. No que diz respeito à infraestrutura e funcionamento da atenção básica recomenda-se que possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde (UBS). Considera, ainda, como uma das características do processo de trabalho das equipes o apoio às estratégias de fortalecimento dessa gestão local e do controle social, assim como a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde.

Notamos aqui um incentivo aos Conselhos Locais de Saúde (CLS), tendo em vista que uma maior articulação entre estes e a rede básica de atenção à saúde pode fortalecer e qualificar as ações de saúde, pois propiciam encontros entre os atores sociais. Além disso, podem ser instâncias democráticas, avaliativas e inclusivas de vozes e deliberações dos usuários referentes às ações em saúde para além das paredes dos serviços e das práticas centradas na doença, no diagnóstico e terapêutico. Neste contexto, visualizamos nos CLS espaços de participação e controle social, com relações de poder em que cada ator pode construir, no coletivo, mudanças na saúde. O controle social na ESF constitui-se como um dispositivo para inclusão social dos usuários na qualificação das ações em saúde na atenção básica e na potencialização dos espaços de cidadania.

Todavia, de acordo com Soratto, Witt e Faria (2010), o que impera nos serviços de saúde é um saber técnico-científico que nega o saber popular, as subjetividades, seja nos encontros individuais ou coletivos, levando o sujeito adoecido ou não, a não questionar. Em tais circunstâncias, toda e qualquer forma de conhecimento dos sujeitos usuários do SUS é menosprezada, assim apenas tem validade o que está posto, a técnica, o científico. Dessa forma, na realidade dos serviços de saúde, há uma grande dificuldade entre os trabalhadores no sentido de mobilizar e incentivar a população, para juntos pensarem e construir a saúde.

É preciso que os profissionais de saúde compreendam que atuar na ESF é muito mais do que tratar doentes. Assistir o sujeito ou, nesse caso, a família envolta por seu domicílio e comunidade, na lógica dos princípios norteadores do SUS, significa também se apropriar de outras visões de mundo, e nessas novas

visões da realidade local, com a possibilidade de atuação profissional voltada para a participação e o controle social.

Como vimos, a garantia constitucional do direito universal à saúde é uma conquista da sociedade brasileira que contou com a participação ativa de vários sujeitos individuais e coletivos para a constituição do Sistema Único de Saúde. Sua efetivação, contudo, não está assegurada pois requer um esforço conjunto e permanente da sociedade civil e da administração pública para transformar a realidade da assistência à saúde no Brasil.

4 MÉTODO

Quando iniciamos este estudo, questionamos inicialmente a viabilidade do objeto de pesquisa e a partir dele escolhemos a metodologia a ser utilizada para que esta estivesse em plena consonância com os objetivos propostos de modo que fosse capaz de alcançá-los. Dentre os vários caminhos existentes para operacionalizar um estudo pensamos que a avaliação participativa melhor se adapta a proposta desta pesquisa que é avaliar como o conhecimento produzido sobre as instâncias de participação repercute no cotidiano do SUS, estando apta a responder nossos questionamentos.

Apresentaremos a seguir a opção teórica-metodológica, o cenário escolhido para seu desenvolvimento, os participantes da pesquisa, as técnicas e instrumentos para a coleta das informações, o processo de análise das informações e os aspectos éticos.

4.1 Opção Teórica-metodológica

A explicação, para os fenômenos sociais, encontra diversas formas de compreensão e análise no campo da pesquisa, indo da simples descrição, nos seus aspectos mais objetivos e quantitativos, até a imersão, nos seus aspectos mais abstratos, subjetivos e qualitativos, neste último, percebemos as relações sociais como fruto de um contexto histórico, ideológico, cultural, econômico, político e social que relacionam-se podendo servir para a manutenção ou transformação das estruturas e relações sociais estabelecidas. Desta forma, entendemos que as práticas sociais são percebidas, refletidas e interpretadas, à luz de uma abordagem dialética.

Entendemos, portanto, que o objeto do presente estudo direciona a opção teórico-metodológica para o campo das abordagens qualitativas, permitindo realizar um processo avaliativo participativo com vistas a compreender como o conhecimento produzido sobre as instâncias participativas repercute nas instituições de saúde possibilitando a compreensão do objeto avaliado e a participação ativa dos sujeitos envolvidos, contribuindo para a construção dos mesmos. Além disso, acreditamos que o método escolhido permite, ainda, fornecer subsídios para mudanças e transformações a partir das informações geradas pela participação dos sujeitos envolvidos. Isso propicia, também, capacitar as pessoas envolvidas na avaliação, aumentando seu potencial de análise para se constituírem sujeitos do processo de mudança.

Diante disso, o presente estudo, trata-se de uma pesquisa avaliativa participativa com aproximação da abordagem construtivista. A opção para interpretar o material coletado será a hermenêutica-dialética, inspirados em Minayo (2013) e Assis e Jorge (2010), pois buscamos produzir uma análise compreensiva e crítica.

4.1.1 A hermenêutica como caminho da compreensão do fenômeno

O paradigma hermenêutico na filosofia introduz uma mudança na concepção tradicional de conhecimento. Isso ocorre por não recusar o caráter da historicidade das condições do conhecimento.

A hermenêutica, segundo Minayo (2013), inspirada em Gadamer, busca explicar e interpretar as várias formas de diálogo do homem em suas relações

cotidianas. Pressupõe o ser humano, marcado pelo tempo e espaço em que vive e percebe sua linguagem como reflexo do seu momento histórico. A compreensão hermenêutica não é neutra, sendo condicionada, também, pelos determinantes históricos e pela formação do pesquisador. Além disso, a hermenêutica inspirada em Gadamer traz à tona uma compreensão que tem como primordial, além da consciência histórica a capacidade humana de se colocar no lugar do outro. Na busca de compreensão, foi feita, constantemente a tentativa de se pôr no lugar do usuário, do profissional de saúde e do pesquisador para melhor compreender suas narrativas construídas por meio das entrevistas.

Assim, Minayo (2013), complementando Gadamer, evidencia que a compreensão não é um processo mecânico, se dá em uma relação intersubjetiva. Do mesmo modo que o sujeito pesquisado nunca conseguirá dizer totalmente quem é no seu texto, o pesquisador nunca conseguirá abranger o sentido total e definitivo do outro.

(...) sua leitura será sempre a possível, se dará sob o olhar do presente e será guiada por questões, pressupostos e interesses. A finitude do compreender representa as limitações da consciência histórica do investigador e é uma forma de auto-conhecimento (MINAYO, 2013, p.320).

A dialética, como a arte do estranhamento e da crítica, por sua vez, toma a argumentação dialogada nos cenários de conflito para a compreensão das relações e das práticas sociais. Nesse aspecto, *“parte da concepção de que a realidade é constituída por uma unidade de contrários. Isto funda a sua incessante dinâmica processual e sua prática histórica”* (Demo, 2002, p.64).

Segundo Stein (1987) e Minayo (2013), Habermas reconhece *“um encontro”* entre a hermenêutica e a dialética, no qual o objeto de análise é a práxis social, buscando, no homem, a consolidação ético-política do pensamento, por meio da complementaridade entre hermenêutica e dialética a partir da própria realidade. Assim, *“o método dialético e o método hermenêutico, o primeiro partindo da oposição e o segundo da mediação, constituem momentos necessários na produção de racionalidade e desta maneira operam indissolavelmente como elementos de uma unidade”* (Stein, 1987, p.105).

Nesse aspecto, extraímos aí um dos conceitos utilizados pela dialética para a hermenêutica: o estranhamento. Conforme Gadamer relata, o entendimento e a compreensão nascem do fracasso da transparência da linguagem e da finitude humana. Assim, a atividade hermenêutica se move entre o familiar e o estranho, entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e a quebra da possibilidade desse acordo (MINAYO, 2013, p.343).

Então, apreendemos que o sentido da comunicação entre os seres humanos é objeto para a hermenêutica. A linguagem presente nesta comunicação perfaz as relações intersubjetivas que são marcadas por limitações históricas e culturais.

Dito isso, elencamos, alguns itens essenciais apontados por Minayo (2013) para serem balizas para postura hermenêutica que se tenta seguir neste estudo: o investigador deve saber que o discurso sempre expressa um saber marcado pela conjuntura cultural; o investigador precisa ter uma postura de respeito com o texto ou outros documentos encontrados para pesquisa; o investigador não deve buscar nos textos uma verdade essencialista, mas o sentido que o entrevistado quis expressar; o sentido do texto sempre estará aberto a múltiplas possibilidades; a interpretação deve ir além de quem escreveu o texto, pois o autor, ao elaborá-lo, não tinha consciência de tudo o que permite ser lido nele sobre seu tempo.

Dando continuidade, apontamos com base em Minayo (2013), alguns caminhos que seguiremos para a presente interpretação hermenêutica: o investigador deve considerar diferenças e semelhanças entre o contexto do autor e o seu; o que não se apresentar no texto de forma explícita poderá o investigador buscar compreender e desvendar; se perguntar o porquê está entendendo determinadas situações dessa maneira e não de outra; apoiar a reflexão em um contexto histórico.

Minayo (2013) apresenta, ainda, uma sistematização, sugerindo uma forma didática para o tratamento de dados empíricos por meio da abordagem hermenêutica-dialética que contempla a ordenação dos dados, a classificação dos dados e a análise final. Para esta dissertação, adaptamos o esquema de análise indicado por Assis e Jorge (2010) (Ver Figura 3). O intuito é estabelecermos relações dialéticas entre as diferentes fontes, para chegarmos, finalmente, a

considerações que deem conta de explicar as questões relacionadas ao fenômeno em questão.

4.2 Campo Empírico

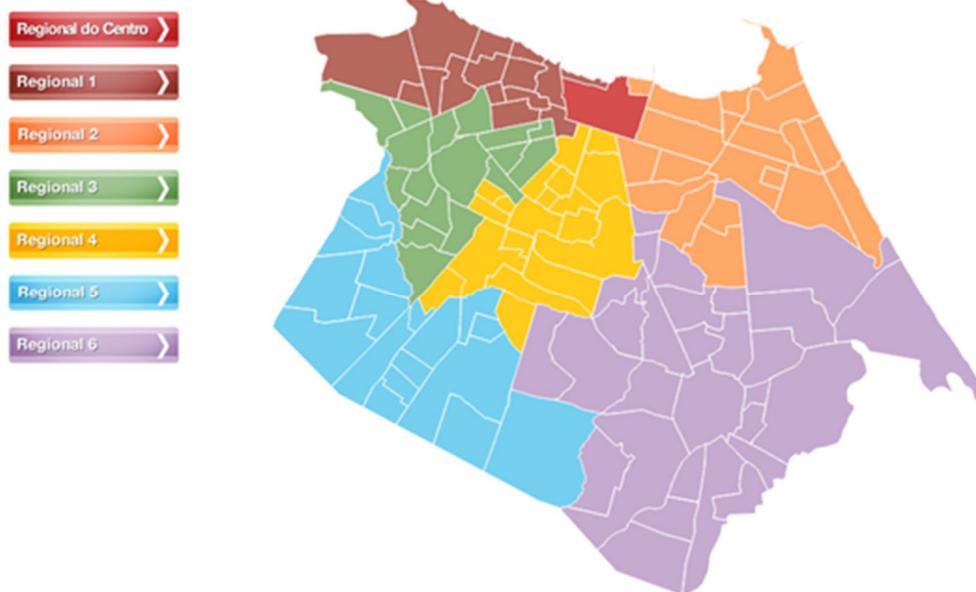
A pesquisa foi realizada no Conselho Local de Saúde (CLS), Conselhos Regionais de Saúde (CRS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS), estando localizados respectivamente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Fortaleza-CE, que se encontra dividido em seis Coordenadorias Regionais. Foi incluída, na fase de exploração do campo, todas as CORES. (Ver Figura 1). Neste cenário foram realizadas as entrevistas, oficinas e observações.

Para o levantamento dos dados – literatura cinzenta – a coleta foi realizada na Célula de Educação na Saúde da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (COGTES)

4.2.1 Caracterização do cenário

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza é o órgão da administração direta da Prefeitura de Fortaleza que gerencia a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. No modelo de descentralização da administração pública municipal em Fortaleza, a Secretaria se articula diretamente com as seis CORES por meio dos respectivos Distritos de Saúde (FORTALEZA, 2014).

Figura 1 – Coordenadorias Regionais de Saúde de Fortaleza-CE



Fonte: Fortaleza, 2014

A Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde e mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. A rede própria é formada por 92 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A rede conveniada é composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, que prestam serviços de consultas, exames e internações (FORTALEZA, 2014).

A porta de entrada dos serviços de saúde são os postos de saúde ou Unidades Básicas de Saúde, que oferecem a atenção básica ou primária à população, tendo como referência o PSF. Os postos abrigam equipes da ESF, que reúnem médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, e contam com o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por outros profissionais, como fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas e Assistentes Sociais.

Nas UBS os profissionais poderão, a depender da necessidade dos usuários, encaminhá-los para consultas com especialista (CEO, CAOS, SEMJA, Policlínica e UPA), assim como para realização de exames especializados, que são oferecidos nos centros especializados da rede pública municipal como também nas clínicas credenciadas ao SUS (FORTALEZA, 2014).

Os atendimentos de emergência e os tratamentos para problemas de saúde mais complexos são oferecidos na rede hospitalar pública municipal ou conveniada. A atenção secundária na rede própria é feita pelos oito hospitais distritais, conhecidos como Frotinhas (três) e Gonzaguinhas (três), além do Centro de Atenção à Criança e do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A atenção terciária municipal é realizada no Instituto José Frota (IJF). O Hospital da Mulher de Fortaleza é de atenção secundária e terciária. A rede hospitalar municipal tem 956 leitos, sendo 553 nos hospitais secundários e 403 no hospital terciário – IJF (FORTALEZA, 2014).

Conselhos de Saúde

Dentre as ações desenvolvidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF), destacamos a ampliação da participação na gestão da saúde no município, em decorrência do processo de Revitalização abrangendo além dos seis Conselhos de Saúde Regionais nas SER e cerca de 100 Conselhos Locais nas UBS, caracterizando-se em um importante momento de mobilização dos atores que compõem o SUS (FORTALEZA, 2010).

É importante destacar também a dimensão política da ação, que além de conferir ao conselho legitimidade, contribui para ampliar a participação na gestão das políticas de saúde e a efetivação do controle social no Sistema Local de Saúde, preservando assim os espaços democráticos constitucionalmente estabelecidos a partir da Carta Magna de 1988.

A participação social, através do controle social do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, teve como objetivos específicos: fortalecer o processo de participação da sociedade na definição da política de saúde; consolidar e ampliar as estruturas de funcionamento dos conselhos de saúde existentes na cidade; criar e

fortalecer os conselhos locais de saúde em todas as unidades de saúde da rede própria; garantir condições físicas, materiais e de pessoal para o pleno funcionamento dos conselhos e rediscutir a representação dos diversos setores que compõem os conselhos de saúde (FORTALEZA, 2014).

4.3 Participantes da pesquisa

Entendemos que na abordagem qualitativa de pesquisa o critério de inclusão dos participantes não é numérico, considerando que devem ser identificados aqueles que podem oferecer maior amplitude mais variações do fenômeno em estudo, contudo, tendo em vista delimitar um quantitativo inicial pensamos em critérios básico para a seleção dos participantes dessa pesquisa, considerando fundamental ter um conjunto diversificado de informantes para possibilitar a apreensão das semelhanças e diferenças (MINAYO, 2013)

Neste estudo, a escolha dos participantes foi definida a partir da entrada em campo e o início das observações. Nesta etapa, seriam realizadas foram realizadas oficinas participativas com os dirigentes das UAPS para apresentação do projeto e discussão do tema, na qual emergiram os demais participantes desta pesquisa. Contudo, acreditamos que além dos dirigentes das UAPS – responsáveis em grande medida por utilizar resultados das pesquisas – os profissionais de saúde e os usuários se fazem necessários para esta avaliação, considerando que os primeiros têm também a função de utilizar os resultados das pesquisas além de serem responsáveis por promover a participação dos usuários nas decisões desde a terapêutica até a organização do serviço, conforme observamos na PNAB. Já os usuários, como os principais beneficiados das pesquisas, das práticas participativas e dos serviços oferecidos pelas UAPS emergem neste estudo como sujeitos que contribuem para a construção de práticas participativas, assim como para a organização das UAPS. Por fim, professores-pesquisadores se fizeram necessários para um análise dialética do tema proposto, sendo os produtores do conhecimento e , por vezes, intermediadores entre conhecimento científico, gestores, profissionais de saúde e usuários.

A totalidade dos sujeitos investigados durante a pesquisa, no período de janeiro- junho de 2015, foram 26, um assessor técnico em pesquisa da COGTES,

um coordenador do núcleo de pesquisa (NUCIT/SESA), seis assessores técnicos de educação permanente (um de cada CORES), 06 presidentes dos conselheiros regionais de saúde; um presidente do conselho local de saúde, um presidente do conselho municipal de saúde, três profissionais de saúde membros do conselho de saúde, três usuários membros do conselho de saúde, um dirigente da unidade de atenção primária à saúde, um professores-pesquisadores.

Os profissionais de saúde representam os profissionais de nível superior ou técnico que atuem nos serviços de saúde. Como critério de seleção delimitamos que o sujeito a ser pesquisado deve atuar na UAPS há no mínimo três anos e ser membro do Conselho Local ou Regional de Saúde. Os representantes dos usuários representam sujeitos que compõem o Conselho Local ou Regional de Saúde e sejam usuários da UAPS. Já os dirigentes, para serem incluídos foi necessário que estivessem no cargo por um período de no mínimo um ano. Os professores – pesquisadores representam os professores da universidade Estadual do Ceará e Universidade Federal do Ceará que tenham desenvolvido pesquisas sobre a temática da participação social em saúde.

Com relação aos critérios de exclusão adotados para os professores-pesquisadores, profissionais e dirigentes dos serviços de saúde optamos por excluir aqueles que estiverem de férias ou de licença durante o período da coleta das informações desta pesquisa. No caso dos representantes dos usuários, foram excluídas as pessoas que apresentarem disfonia, disartria ou desorientação espaço-temporal que impossibilitem ou dificultem a obtenção das informações.

A seguir apresentamos um quadro-síntese com os participantes e seus respectivos critérios de seleção e exclusão.

Quadro 2 – Sujeito da pesquisa e critérios de seleção e exclusão

PARTICIPANTES	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Nº DE ENTREVISTADOS
Professores-pesquisadores	Ter publicado pesquisa no tema da participação	Estar de licença ou férias durante o período da coleta	03
Representantes dos usuários	Membros do Conselho Local ou Regional de Saúde	Apresentar disfonia, disartria ou desorientação espaço-temporal	03

Profissional de saúde	Atuar na ESF por um período mínimo de três anos e ser membro do CLS ou CRS	Estar de licença ou férias durante o período da coleta	03
Dirigentes da UAPS	Estar no cargo por um período mínimo de um ano	Estar de licença ou férias durante o período da coleta	01
Presidente do CMS	Estar no cargo por um período mínimo de um ano	_____	01
Presidente do CRS	Estar no cargo por um período mínimo de um ano	_____	06
Presidente do CLS	Estar no cargo por um período mínimo de um ano	_____	01
Assessores Técnicos da Educação Permanente	Estar no cargo por um período mínimo de um ano	Estar de licença ou férias durante o período da coleta	06
Assessor Técnico da COGTES	Estar no cargo por um período mínimo de um ano	Estar de licença ou férias durante o período da coleta	01
Coordenador no núcleo de pesquisa (NUCIT/SESA)	Estar no cargo por um período mínimo de um ano	Estar de licença ou férias durante o período da coleta	01

Fonte: Elaborado pela autora

4.4 Fontes de informações e técnicas de coleta

Para a coleta das informações utilizamos as seguintes técnicas: Entrevista em profundidade com questão norteadora, entrevista semi-estruturada e observação livre. A análise de documentos será contemplada como fonte de informações.

Entrevista

A entrevista é uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas e possibilita a obtenção de informações a partir das falas dos

entrevistados. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato dos sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciam também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2013).

Sobre a entrevista em profundidade, Ana Luíza da Silva (2005) relata ser esta uma técnica que busca a expressividade, uma forma de apreender os sentidos e significados nos discursos dos sujeitos.

Para a realização da técnica de entrevista em profundidade a autora afirma que esta deve ser iniciada com perguntas relacionadas “às *experiências cotidianas dos sujeitos, para gradativamente passar a perguntas que envolvam reflexões mais abstratas e julgamentos*”. Importante que ocorra o “*discurso livre*”. A intervenção do pesquisador deverá ocorrer somente para aprofundar a compreensão de conteúdos relativos ao fenômeno que está sob foco. Neste tipo de entrevista, a arte do investigador consiste em “*não condicionar respostas*”, mas permitir ao entrevistado falar livremente e com isto, descobrir as “*tendências espontâneas*” em lugar de canalizá-las (DA SILVA, 2005).

Neste estudo a entrevista foi em profundidade, para obtenção da qualidade das informações, tendo a possibilidade de ser construída durante o processo avaliativo, fornecendo maior flexibilidade ao pesquisador-avaliador. Nas entrevistas seguintes as perguntas emergiram a partir de experiência anterior com outro entrevistado. Desta forma o pesquisador teve uma participação ativa podendo formular as perguntas no decorrer da entrevista buscando esclarecer questões e melhor compreender o discurso dos entrevistados.

A entrevista possibilita permitir ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Através deste procedimento pode-se obter dados objetivos e subjetivos e, em geral, as entrevistas podem ser caracterizadas pelo seu “*grau de estrutura*”, de informação e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado. De acordo com o grau de estruturação, podemos ter, em um extremo, a entrevista estruturada e, em outro, a não estruturada. A primeira é o modo de escolha, quando o entrevistador, “*sabe o que quer saber e pode formular questões apropriadas para esse fim*”. A segunda é quando o entrevistador “*não sabe o que quer saber*” e tanto as questões como as respostas são fornecidas pelo entrevistado. (GUBA; LINCOLN, 2011)

No presente estudo foi utilizado o círculo hermenêutico-dialético e diante disso as primeiras entrevistas foram não estruturadas tendo em vista ser necessário que as questões surgissem do entrevistado, a partir de suas concepções, motivações, cultura e crenças. Na medida em que forem acontecendo as entrevistas, observações e análise foram identificados nós críticos obtidos nas entrevistas anteriores que foram transformadas em perguntas para as entrevistas seguintes, passando estas a ser mais estruturadas, classificando, assim, em entrevistas semiestruturadas ao articular as duas formas.

Na medida em que foram acontecendo as entrevistas, observações e análise, identificamos os nós críticos desvelados, os quais foram aprofundadas com os entrevistados.

As entrevistas foram gravadas e armazenadas na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. É válido ressaltar, que após a gravação, todos os áudios permaneceram à disposição dos entrevistados, para que os mesmos pudessem ouvir e, caso desejassem, modificar ou acrescentar questões relativas ao seu discurso, poderiam ficar à vontade para fazê-lo.

Observação

Realizamos observações não-participantes, sem intervenção (FLICK, 2009), durante a exploração do campo e coleta para complementar as informações obtidas pelas entrevistas, assim como identificar os participantes deste estudo, buscando vivenciar os fenômenos relatados nas entrevistas e apresentados na revisão de literatura, além de estabelecer uma aproximação com o cotidiano do trabalho dos diferentes sujeitos e conhecer *in loco* alguns estabelecimentos de saúde.

Neste sentido, as observações foram realizadas nas Instâncias de participação – reuniões dos conselhos locais de saúde e Conferência Municipal de Saúde – e instituições de saúde.

A observação é uma maneira de compreender a realidade de forma complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVIÑOS, 1992).

Neste estudo, as observações foram do tipo livre com anotações registradas em diário de campo. A memória do dia observado foi disponibilizada para os sujeitos participantes aprovarem ou acrescentarem mudanças no texto. Os registros foram utilizados como material de análise após aprovação das pessoas envolvidas.

Documentos

A utilização dos documentos na pesquisa teve caráter complementar, representando um acréscimo na análise das entrevistas e das observações. Para tanto, Flick (2009) orienta sobre os desafios no uso de documentos nas pesquisas qualitativas, argumentando que “*não se deva partir de uma noção de existência de uma realidade factual nos documentos comparada às opiniões subjetivas presentes nas entrevistas*” (p.234), não devendo dessa forma, serem utilizados para validação das entrevistas, mas empregados como novos argumentos que podem ser coincidentes, complementares e/ou divergentes, possibilitando um adensamento às análises.

Nessa óptica, selecionamos documentos que abordam a participação e o controle, as pesquisas realizadas nessa temática, assim como portarias, decretos e leis que auxiliaram na compreensão das práticas dos serviços de saúde e nas deliberações dos conselhos locais de saúde. Sendo estes: Os relatórios de gestão do município de Fortaleza; Os projetos de pesquisas dos anos de 2013 e 2014 e Editais de pesquisas dos anos de 2013 e 2015.

Os documentos foram obtidos por meio de acesso digital (*internet*). E ainda por meio da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Unidades de Atenção Primária à Saúde e Conselhos Regionais de Saúde. O material que ainda não havia sido publicado foi obtido por meio da assinatura do termo de fiel depositário.

Revisão da literatura

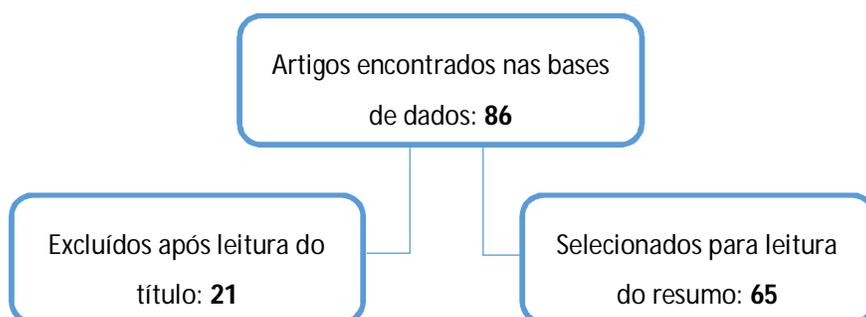
Com o intuito de apreendermos a realidade da participação social no cenário brasileiro foi feito um levantamento na literatura nacional, tendo como principal objetivo identificar os limites e as possibilidades da participação.

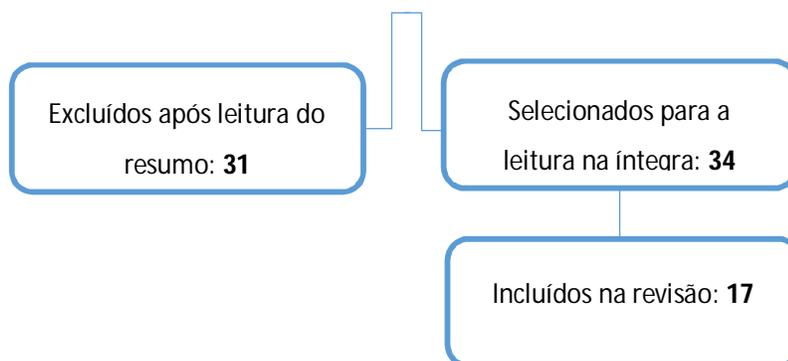
A partir do levantamento da literatura brasileira na base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online) para a seleção dos artigos, buscou-se pesquisas publicadas entre o período de 2010-2015, e que respondessem a seguinte indagação: No âmbito da participação social em saúde, quais são os desafios apontados e as estratégias sugeridas?

A busca ocorreu inicialmente mediante a utilização dos descritores controlados “participação social” e “Sistema Único de Saúde” contidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O cruzamento desses descritores restringia demais a busca dos artigos, portanto, retiramos o descritor este descritor Sistema Único de Saúde, permanecendo apenas “participação social”, resultando num total de 125 artigos.

Como critérios de inclusão para a seleção da amostra estabeleceram-se: artigos publicados no período de 2010 a 2015, nos idiomas inglês e português e que estivessem disponíveis na íntegra. A opção por este período de publicação justificava-se pela expressividade da produção brasileira sobre o tema durante o referido período. Foram excluídos artigos de reflexão, revisões sistemática e integrativa, dissertações, teses, editoriais de jornais sem caráter científico. Aqueles duplicados foram considerados somente uma vez. Após aplicação dos critérios e o refinamento da busca a partir da leitura dos artigos pré-selecionados, a amostra restringiu-se a 86 artigos. Logo abaixo, sintetizamos os resultados da busca por meio de um fluxograma do processo de seleção da literatura. O quadro-síntese das pesquisas encontra-se no Anexo “A” desta dissertação.

Figura 2 – Fluxograma de processo de seleção da literatura encontrada





Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3 – Objetivos, participantes e técnicas

Objetivos específicos	Participantes	Técnicas
Discutir a percepção dos conselheiros acerca das pesquisas sobre participação social	Conselheiros de saúde	Entrevista Observação Oficina Participativa
Analisar a aplicabilidade das pesquisas sobre participação social no âmbito da atenção primária à saúde	Conselheiros de saúde Dirigente da UAPS Informantes-chave	Entrevista Observação Oficina Participativa
Analisar a produção científica brasileira acerca da temática da participação social em saúde	_____	Revisão da literatura
Descrever fragilidades e desafios do processo de produção e utilização da produção científica	Professores-pesquisadores Dirigente da UAPS Conselheiros de saúde (profissionais de saúde) Informantes-chave	Entrevista

4.5 Fase exploratória e operacionalização da pesquisa

Em um primeiro momento foi realizado o levantamento de todas as pesquisas realizadas no município de Fortaleza-CE cuja temática tenha sido a participação. Nesse momento tivemos como objetivo identificar os objetivos, resultados e considerações finais das pesquisas realizadas, para tanto, foram utilizados documentos como fonte de informação, assim como as entrevistas com

informantes-chave. Acreditamos que esta etapa possibilitou um panorama geral do que havia sido produzido, assim como as finalidades para as quais as pesquisas foram realizadas. Além disso, por meio desta fase, podemos verificar se a pesquisa revelou alguma nova problemática, resgatou uma já revelada anteriormente e/ou propôs soluções.

O segundo momento consistiu na entrada em campo que foi feita, primeiramente, nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES). Neste espaço foram realizadas as oficinas participativas com os dirigentes das UAPS, em cada CORES foi feita uma oficina, de forma participativa e dialogada, onde foi apresentada a pesquisa e discutida a temática da mesma. Neste momento, foram emergindo os participantes desta pesquisa. Posteriormente, adentramos nos Conselhos Regionais de Saúde, Unidades de Atenção Primária à Saúde e Conselhos Locais de Saúde. Foram feitas observações com vistas a melhor conhecer o campo, seus atores e suas práticas, posteriormente foram iniciadas as entrevistas.

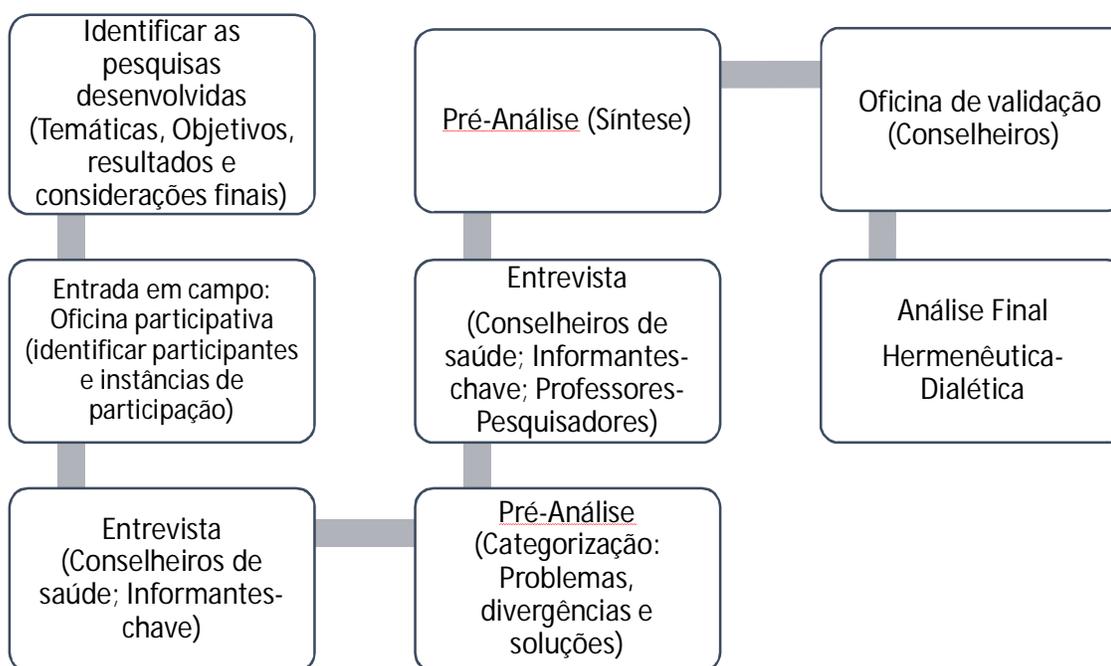
Para a operacionalização das entrevistas foi utilizado o Círculo Hermenêutico-Dialético (LINCOLN, 2011), Conforme este método, o primeiro entrevistado (R1) é convidado a responder a uma ou mais questões abertas em relação ao objeto de estudo em avaliação, neste caso, as pesquisas desenvolvidas na temática da Participação. Após cada entrevista, o pesquisador-entrevistador realiza uma análise (C1) do discurso, buscando a identificação de elementos relevantes acerca do tópico investigado para ser apreciado pelo próximo entrevistado (R2). Dessa maneira, a partir do segundo participante, todos os outros são convidados a responder às questões iniciais e a opinar sobre os elementos que surgirem ao longo das análises das entrevistas de cada sujeito do estudo, em seus respectivos grupos (Profissionais de Saúde, Representantes de usuários, Presidentes dos conselhos e Dirigentes) de tal forma que as entrevistas e análise acontecem de forma concomitante. A observação permite ao pesquisador formular novas questões, que podem ser apresentadas a cada grupo, para que possam opinar (GUBA; LINCOLN, 2011).

Concluída a coleta de dados e a organização das construções das entrevistas e observações o conteúdo obtido foi apresentado para os respectivos sujeitos, de maneira que tivessem acesso à totalidade das informações e pudessem

desfrutar da oportunidade de modifica-las ou afirmar a sua credibilidade. Essa etapa, denominada negociação, foi realizada mediante a utilização de técnica grupal, contando com a participação de todos os entrevistados (GUBA; LINCOLN, 2011). Neste estudo a etapa da negociação foi realizada com uma oficina para validação, refutação e modificação das informações.

Por fim, o material originado das oficinas, das entrevistas e das observações realizadas serviu de fonte para a análise do processo avaliativo em uma perspectiva geral. Os documentos serviram para complementar a análise.

Figura 3 – Síntese da operacionalização da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora

4.6 Plano de análise e interpretação das informações

A análise das entrevistas, oficinas e observações seguiu alguns passos, sugeridos por Minayo (2013) e adaptado por Assis e Jorge (2010): 1) ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos. O intuito foi o de estabelecermos

relações dialéticas entre as diferentes fontes, num processo de confronto do material empírico e o referencial teórico norteador, para chegarmos, finalmente, a considerações que dessem conta de explicar as questões relacionadas a participação e a aplicabilidade das pesquisas no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Na primeira etapa, a *ordenação* foi realizada a organização do material, complementar à leitura do conteúdo para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nos discursos. Nesse momento, obtivemos o primeiro contato com o material empírico, os quais realizamos transcrições dos áudios, a leitura geral do material transcrito e a organização dos diferentes aspectos contemplados nas entrevistas, observações e documentos.

A segunda etapa de *classificação* das informações tendo como base a hermenêutica e a dialética que dão sustentação teórica a pesquisa. Esta etapa consiste no conjunto de dados empíricos que foram submetidos aos procedimentos analíticos, orientados pelas seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Esta fase foi desenvolvida em dois momentos:

1º momento: Foi realizada a leitura exaustiva e “*flutuante*” do material coletado nas entrevistas, observações e documentos, na busca de estabelecer núcleos de sentido, a partir das ideias centrais sobre o tema em questão.

Este momento possibilitou a montagem de esquemas de análise dos grupos entrevistados, relacionando-se a síntese de cada unidade de análise aos núcleos de sentido. Estabeleceram-se as sínteses horizontais - permitindo mostrar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados por unidade temática analisada (em blocos convergentes e divergentes, complementares e diferentes) que foram evidenciados nos diferentes quadros de análise. Destacamos nesse momento, as “*estruturas de relevância*”, que significa, segundo Minayo (2013), a apreensão das ideias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco.

Em cada entrevista, recortamos os núcleos de sentidos dos discursos, em seguida, realizamos a síntese analítica. Posteriormente realizamos os confrontos

entre os diversos núcleos de sentido apreendidos nas entrevistas, observações e oficina. Ao final, montamos um quadro analítico.

Quadro 4 – Confronto dos depoimentos dos representantes de um mesmo grupo.

Núcleos de sentido	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista n	Síntese horizontal
Contribuição das pesquisas				Convergente; divergente; complementar e diferente
Utilização das pesquisas				Convergente; divergente; complementar e diferente
Fragilidades/de safios				Convergente; divergente; complementar e diferente
Síntese vertical				Síntese Geral

Fonte: Adaptado de Assis e Jorge (2010)

Realizamos um quadro para cada grupo de entrevistados como o representado no modelo acima. Posteriormente, confrontamos a síntese de cada núcleo entre os diferentes grupos. O quadro a seguir demonstra essa nova etapa.

Quadro 5 – Confronto dos núcleos de sentido entre os grupos

Núcleos de sentido	Profissional	Representantes dos usuários	Pesquisadores	Síntese horizontal
				Convergente; divergente; complementar e diferente
				Convergente; divergente; complementar e diferente
Síntese vertical				Síntese Geral

Fonte: Adaptado de Assis e Jorge, 2010

Como resultado do confronto das sínteses horizontais entre os diferentes grupos e de contínuas leituras do conteúdo das entrevistas, construímos as categorias empíricas do estudo.

2º momento: leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicações, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos que compõe a análise, fazendo a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, as questões orientadoras e aos pressupostos teóricos.

Quadro 6 – Confronto das categorias empíricas dos representantes de um mesmo grupo

Categorias empíricas	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista n	Síntese horizontal
				Convergente; divergente; complementar e diferente
				Convergente; divergente; complementar e diferente
Síntese vertical				Síntese Geral

Fonte: Adaptado de Assis e Jorge, 2010

Realizamos o confronto com todos os sujeitos entrevistados e, em seguida, partimos para o confronto entre os diferentes grupos de representantes, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos.

Quadro 7 – Confronto das categorias empíricas entre os grupos

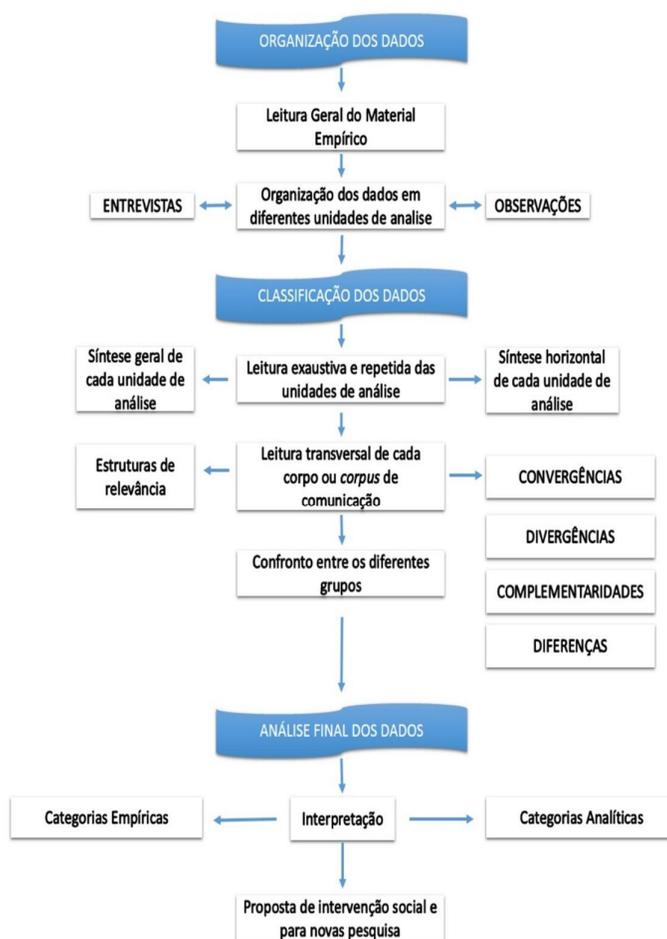
Categorias empíricas	Profissional	Representantes dos usuários	Pesquisadores	Síntese horizontal
				Convergente; divergente; complementar e diferente
				Convergente; divergente; complementar e diferente
Síntese vertical				Síntese Geral

Fonte: Adaptado de Assis e Jorge, 2010

A terceira etapa do estudo, foi a análise final dos dados. Enfatiza-se, nessa forma de análise, segundo Assis e Jorge. (2010), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas

nas condições reais e na ação particular e social. Para a análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador. Nesta fase foi feito o confronto entre as diferentes informações coletadas (entrevistas, observações, oficinas) complementando-as com os documentos.

Figura 4 – Desenvolvimento da análise Hermenêutica Dialética



Fonte: ASSIS; JORGE, 2010

4.7 Questões éticas

O estudo trata-se de um recorte de um projeto maior denominado “*Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre a contribuição para as políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária*”, tal projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e aprovado com o número de protocolo 662.093. Os sujeitos entrevistados e observados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde constam as informações sobre a pesquisa, os possíveis prejuízos e benefícios, assim como a garantia do anonimato, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). O termo de consentimento foi assinado em duas vias por todos os sujeitos caso desejassem participar da pesquisa.

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que: “*toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade*” (BRASIL, 2013). Ficamos responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante.

As entrevistas foram gravadas na íntegra em gravadores digitais, com autorização prévia dos entrevistados. Após gravação, o áudio foi colocado à disposição do entrevistado, para que o mesmo pudesse ouvi-las, e caso desejasse modificar ou acrescentar questões relativas ao seu discurso, poderiam ficar à vontade para fazê-lo. Os dados permanecerão guardados por cinco anos, sob responsabilidade do grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da UECE.

Em relação às observações, foram registradas em diários de campo a memória do dia observado, sendo disponibilizada para os sujeitos participantes aprovarem, reprovarem ou acrescentarem mudanças no texto. Os registros foram utilizados como material de análise após aprovação das pessoas envolvidas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA ACERCA DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: desafios apresentados, estratégias elaboradas

Foi na saúde que os mecanismos de participação previsto na constituição avançaram. Os conselhos e as conferências foram adotados por diversas áreas sociais e estão hoje consolidados como mecanismos de democracia participativa. Apesar disso, a estrutura participativa na saúde apresenta entraves, deve-se questionar o modelo em curso e refletir sobre modos de avançar para uma participação mais efetiva e que inclua setores ainda hoje excluídos. Para tanto, cabe conhecer a pesquisas realizadas acerca da participação e do controle social em saúde, assim, nessa seção serão analisados os principais desafios e as possibilidades apresentadas nesses estudos.

Com pouco mais de duas décadas de construção, o processo institucionalizado de participação e controle social das políticas públicas de saúde já apresenta uma significativa experiência acumulada. Segundo Escorel e Moreira (2008), o Brasil vem se destacando como modelo para outros países, por ter um sistema de participação social tão amplo e capilarizado. Essa realidade é consoante à quantidade e qualidade da produção científica brasileira acerca do tema.

A existência de instituições participativas, no Brasil, demandadas, em grande parte, pela pressão popular durante a ditadura militar gerou um aumento substancial na participação da sociedade civil na tomada de decisões relativas às políticas públicas. Assim, instituídos legalmente, como os conselhos gestores, ou através de políticas governamentais de partidos de esquerda, no caso dos orçamentos participativos, essas formas institucionais alargaram consideravelmente o pressuposto democrático brasileiro. Isso porque se instaurou um modelo híbrido de democracia (AVRITZER, 2008) em que representação e participação estão combinadas.

Apesar das ideias antagônicas entre essas teorias democráticas – representativa e participativa – vem-se assumindo uma visão de complementaridade entre ambas (SANTOS, 1999; SANTOS; AVRITZER, 2002; AVRITZER, 2006; FERRAZ, 2006), estabelecendo, assim, a inevitabilidade da representação no

interior de experiências de participação (LÜCHMANN, 2007). O que se busca é uma normatização mínima que consiga estabelecer determinados pressupostos para o alcance da legitimidade da representação em instâncias participativas, de forma que os representantes, nesse modelo de representação, possam ser avaliados por seus representados de maneira diferente da que há atualmente na representação em instâncias parlamentares.

A multiplicação de espaços de participação conduziu à transformação da representação política, o que fez transbordar, parcialmente, às fronteiras das eleições. A Sociedade Civil, ainda que de forma não exclusiva, assume a responsabilidade de direcionar e exercer o controle das funções executivas, especificamente em determinadas áreas de políticas sociais. Atores societários passam a desempenhar funções de representação política, mesmo que não tenham sido eleitos pela maioria da população para este fim. Assim, são estabelecidos novos formatos e meios de representação, como os exercidos pelos conselhos de saúde.

Esses conselhos configuram-se como espaços de ampliação da democracia, por possibilitar a inserção de novos atores à cena política, a partir da composição plural e paritária dos conselhos. No entanto, o aparato legal, mostra-se insuficiente para garantir a participação e representatividade no âmbito dos conselhos (BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, 2013). Diversos estudos evidenciam uma série de obstáculos vivenciados no cotidiano dos fóruns participativos, convergindo na constatação da baixa participação de atores sociais, frágil relação entre representantes e representados e relações de poder marcadamente assimétricas (BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, 2015; KLEBA; COMERLATTO; FROZZA, 2015; KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015; SIONI; SILVA, 2015; MULLER NETO; ARTMANN, 2014; OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013; COELHO 2012; COTTA et al, 2011).

O estudo realizado por Bispo Junior e Gerschman (2015) no Conselho Estadual de Saúde da Bahia, revela a escolha dos representantes como desafio à legitimidade dos conselhos de saúde. Na pesquisa os autores identificam três métodos de escolha dos representantes: o presidente da entidade assume naturalmente a representação no conselho; a escolha do representante é feita pelo corpo dirigente da entidade; a escolha é feita por eleição em assembleia ou reunião

do corpo de filiados da entidade. Este último, embora possa parecer o critério mais democrático e natural para escolha da representação, segundo os autores, poucas foram as entidades que publicizaram entre os seus membros o processo de eleição para representante.

O processo de escolha de representantes para os espaços institucionais de decisão em saúde influencia a credibilidade destes. A representação é uma forma de participação que possui importantes limitações. Ela se torna frágil quando o grupo representado está fragmentado e não há mecanismos que propiciem o debate. São necessárias formas adequadas para a escolha do representante e para a comunicação direta entre ele e seus representados. O aumento do vínculo com a base legitima a representação e aumenta a força política (AVRITZER, 2008).

A pouca transparência nos critérios de escolha dos representantes, evidenciada nos estudos converge com os achados de Labra (2010) que embora em seu estudo também tenha observado um cenário de representação difusa, com a escolha de representantes por múltiplos métodos, a autora sugere que, para a maioria dos casos, não são as comunidades que escolhem seus representantes, mas as cúpulas dirigentes que designam seus indicados no conselho. Para a autora, as associações da sociedade civil muitas vezes replicam em seu interior os mesmos traços autoritários e excludentes ainda prevalentes na sociedade brasileira, constituindo-se em instâncias pouco democráticas.

Considerando que a problemática da escolha dos representantes perpassa pela concepção que os conselheiros têm a respeito do controle social em saúde, Oliveira, Ianni e Dallari (2013), realizaram um estudo no conselho municipal de saúde de Belo Horizonte cujo objetivo foi analisar a dinâmica da participação a partir das representações sociais dos conselheiros sobre os sentidos do controle social. Essa análise identificou os significados do termo controle social por meio da prevalência da expressão Participação da Sociedade. Os autores constataram que o discurso apresentado pelos conselheiros não corresponde necessariamente à ação, observando, de fato, uma tensão entre o discurso de Participação da Sociedade e uma ação participativa fragilizada e esvaziada (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

A compreensão do conceito ressignificado de controle social pelos conselheiros, a significativa experiência acumulada nas duas décadas de existência desse fórum e, sobretudo, a percepção sobre sua própria atuação, ao privilegiarem o

"controle pessoal" frente ao compromisso com o controle social, de acordo com os autores, induziu à uma reação. Nesse sentido, foi modificado o processo de escolha dos representantes (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Segundo o artigo publicado pelos autores, o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a cada dois anos, passa por um processo de renovação de seus 72 membros, entre efetivos e suplentes. Nesse sentido, publicou um chamamento público visando sua renovação. Foram convidadas as diversas entidades associativas para participarem do processo de escolha dos conselheiros municipais para o período de 2010/2012. Esse processo foi conduzido por meio de uma comissão eleitoral, paritariamente constituída e eleita em plenário. Essa iniciativa foi publicada em um jornal de grande circulação de Belo Horizonte e, também, veiculada no Jornal do Ônibus – veículo de comunicação da prefeitura que divulga mensagens de interesse público, sem cunho político ou comercial, para aproximadamente 1,5 milhão de pessoas/dia (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Coelho (2004) já havia alertado para a necessidade de se pressionar pela democratização, chamando a atenção para a importância de formalizar e divulgar os procedimentos de escolha dos representantes.

A construção de um processo eleitoral robusto é um mecanismo fundamental no sentido de se legitimar a representação. Entretanto, esse mecanismo precisa ser complementado por outro que estimule a participação da diversidade de sujeitos existente na sociedade. Essa participação só será possível quando a sociedade, em sua diversidade, tiver o aporte de conhecimentos que promovam não só a sua efetiva participação, mas, principalmente, o gosto em participar, questão esta também levantada nos artigos de Bispo Junior e Gerschman (2015).

Em consonância com o exposto Muller neto e Artmann (2014); Coelho (2012); Oliveira, Ianne e Dallari (2013); Kleba, Zampirom e Comerlato (2015) assinalam a importância do conhecimento e da experiência sobre o tema para a existência de boas práticas representativas, aspecto ressaltado por Avritzer (2007) para os casos de representação da sociedade civil. Os estudos ressaltam que o argumento tem sido utilizado algumas vezes para questionar a legitimidade da participação de representantes da sociedade civil nos fóruns deliberativos sobre políticas públicas, como apontam Bispo Junior e Gerschman (2015); Sipioni e Silva

(2015); Lazarine Sodré e Dalbello Araújo (2014); Martins et al (2013); Cotta et al (2011, 2010); Kleba, Zampiom e Comerlato (2015) ao assinalarem que o exercício do poder nas conferências e conselhos de saúde se efetivam pelo uso e controle da informação, legitimado pelo conhecimento técnico-científico.

O poder de participar como direito, como possibilidade, e até como dever de cidadão, nos remete a Foucault, quando designa o poder tanto como *“uma instituição ou uma força quanto uma estratégia complexa e multiforme que excede a esfera política”* (FOUCAULT, 1979, p. 21 *apud* FERREIRINHA; RAITZ, 2010). A prática de “Poder Participar” tende a estimular o processo dialético que favorece a emergência do “Poder que se Adquire Participando”. Todo esse processo participativo depende do conhecimento que a população tem sobre as políticas públicas em saúde e seus direitos e deveres nesse contexto. Conhecer é, portanto, o primeiro passo para que a população desenvolva seu poder de controle sobre a efetivação das políticas públicas e, ao mesmo tempo, incremente o poder das comunidades.

Em estudo realizado por Martins et al. (2013) o autor evidenciou que grande parte dos conselheiros considera que sua principal função é a de fiscalizar. Isto revela certo grau de imaturidade e desconhecimento, pois, como proferido por Oliveira e Almeida (2009, p. 150) em relação a membros de conselho gestor, ao longo do tempo eles *“clarificam seu papel e passam de fiscalizadores a deliberadores, com maior capacitação ao poder em termos técnico-administrativos e operacionais”*.

Mesmo com o intuito de exercer o papel de fiscalizadores, Martins et al (2013) observou que a maior parte dos conselheiros representantes de segmentos dos usuários e trabalhadores de saúde não consegue ter uma boa noção de questões como o orçamento da saúde e, desta forma, qualquer ideia ou proposta apresentada pelo segmento dos gestores é, em geral, aceita sem questionamentos. Assim, verifica-se que *“ter acesso à informação sem apropriar-se de seu significado, sentido e contexto empobrece o potencial de uso da informação nas discussões sobre as políticas de saúde”* (CARVALHO, 2014, p. 49).

Para os autores, a atuação prática dos conselheiros lhes permite desenvolver conhecimento – técnico e político –, mas empírico, limitado à aparência dos fenômenos, no âmbito do senso comum. Com base nisso, o artigo argumenta

que uma estratégia para superar essa realidade seria organizar um programa de formação continuada de conselheiros e este deveria ser uma das diretrizes do Conselho de Saúde. Para alcançar a superação do senso comum pela filosofia, a formação dos conselheiros deve avançar para conteúdos tanto de base política como técnica, alicerçados não em qualquer referência filosófica, mas naquela que auxilie o trabalhador a conhecer e fundamentar sua condição de classe (MARTINS et al, 2013).

Como podemos observar, as práticas do conselho são atravessadas pelo poder e se exibem em diferentes níveis, constituindo modos singulares de participação. Os saberes instituídos, o acesso à informação e os discursos impostos como verdades são práticas e dispositivos que circulam nos conselhos (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007). Para Foucault (1979), a formação de um saber expressa formas de exercício de poder. A relação entre saber e poder está intimamente implicada, pois *"não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber; também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder."* (FOUCAULT, 1979 *apud* FERREIRINHA; RAITZ, 2010)

Consideramos que as brechas de informações e conhecimentos no debate público sempre vão existir, e a diminuição da assimetria para garantir a qualidade da deliberação é responsabilidade de todos os participantes. A legitimidade democrática é dada pela liberdade de acesso e pelo direito igual de opinar sobre qualquer argumento, sem normas coercitivas de qualquer tipo. O que se faz importante e necessário é que mecanismos de capacitação sejam implementados, de forma que conselheiros sejam empoderados para dialogar com gestores e trabalhadores.

Dessa forma, serve de exemplo a experiência descrita por Oliveira, Ianni e Dallari (2013) do Conselho Estadual de Saúde da Bahia que vem se empenhando na realização de cursos de capacitação, por ele nomeado, Oficinas de Qualificação para o Controle Social, que tem como mote a expressão: "venha exercer sua cidadania". Como observa Dallari, a cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Assim, as oficinas têm como prioridade a formação de novos conselheiros nas comissões locais de saúde, fornecendo conhecimentos e partilhando experiências

para que possam, de fato, exercer a participação e a representação nos processos políticos que envolvem a saúde (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

O desafio em contribuir para a democratização e ampliação da participação na gestão pública — primaz finalidade dos conselhos gestores de políticas públicas, dentre eles, o conselho de saúde — exige que os envolvidos influenciem a dinâmica de funcionamento e os conteúdos da pauta dessas instâncias pela apropriação de informações, meios e condições, de forma a se constituírem efetivamente sujeitos, protagonistas do processo decisório (KLEBA; COMERLATTO; FROTA, 2015).

Portanto a comunicação como um processo dialógico é fundamental ao controle social. Por isso é importante assegurar o acesso adequado e suficiente às informações produzidas pelo SUS e o direito de cada um se expressar, ser ouvido e considerado.

O conhecimento contribui para a tomada de decisões, sem ele não há como a população organizada exercer o seu papel de fiscalizadora e avaliadora dos serviços, e conseqüentemente de conseguir a melhoria real de sua saúde. Por isso a comunicação está relacionada ao poder, e sua apropriação pelas camadas populares é um importante instrumento de luta contra a hegemonia, retirando a população do papel de refém do saber técnico (COTTA et al., 2010).

Formar constantemente os atores envolvidos no controle social por meio de ações de educação em saúde amplia a capacidade da população de vocalizar suas necessidades e desejos. Essas ações colaboram na formação política, aumentando a efetividade do controle social sobre as políticas públicas através da politização dos movimentos e práticas populares (LAZARINE; SODRÉ; DONABELLO-ARAÚJO, 2014).

Para Westphal (1994), o processo educativo se dá com a participação ativa dos sujeitos em dois momentos: a aprendizagem pela prática da luta social em contato com o Estado e sua burocracia; e a aprendizagem formal por meio de cursos que propiciem formação política, acesso a informações e conhecimentos, colaborando na interpretação crítica da realidade.

Benzaken e colaboradores (2007) mostraram que a cooperação da sociedade junto de outros atores, desde a construção dos programas políticos até a

avaliação, mantém a população envolvida e permite a sustentabilidade da ação, partindo do princípio que as questões da saúde estão além da atmosfera técnica, passam por fatores culturais e políticos. Também se afirma que, de forma dialética, a participação e a mobilização social tornam-se reciprocamente causa e consequência, construindo a identidade social que fortalece o coletivo.

Cotta et al (2011) afirma que uma das possibilidades para a mudança da realidade seria a realização de capacitações e edificação permanente dos conselheiros, sendo a educação, nesse contexto, compreendida como uma prática para o empoderamento e a libertação destes, tendo claro que este é um processo contínuo e participativo. Essa ação vislumbraria - além do repasse de informações essenciais sobre as leis que regem o SUS e os conteúdos que os conselheiros precisam dominar para o exercício pleno de suas atribuições - a consolidação e a compreensão de que a participação popular é um processo que se constrói diante da magnitude de criação de uma nova cultura política democrática, em oposição à cultura de exclusão criada historicamente pelas elites dominantes em todo o país. Leva-se, assim, o homem a uma nova postura diante de seus problemas, de seu tempo e seu espaço, sendo ele, enfim, convidado a debater e analisar seus problemas, tornando-se protagonista da construção de sua história (FREIRE, 2005).

Consideramos que o exercício das funções do conselho de saúde demanda dos cidadãos uma crescente capacidade de atuar politicamente, promovendo negociações e acordos, resolvendo conflitos, fiscalizando e estabelecendo prioridades no campo da saúde. Assim, o desconhecimento e a falta de envolvimento dos conselheiros no processo de gestão em saúde permitem aos detentores do poder político local exercer um maior controle sobre o funcionamento do conselho como um todo. (COTTA et al., 2011)

Além da baixa transparência no processo de escolha dos representantes, foram identificados outros problemas relativos ao processo de eleição dos conselheiros. Um deles refere-se à distorção da representação, com a indicação de alguns conselheiros para a representação dos usuários, mas que na verdade eram pertencentes a outros segmentos (LABRA, 2010).

A legislação determina a paridade da representação dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados no conselho. As vagas devem ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários, 25% de

entidades de trabalhadores de saúde e 25% de representantes de governo e prestadores de serviços, destacando que todos os membros do conselho devem ser indicados por seus pares (BRASIL, 2003).

No município estudado por Cotta et al (2011), foi observada dissonância em relação à exigência legal, uma vez que 37,5% (n=12) são representantes da população, 9,4% (n=3), dos trabalhadores e 53,1%, (n=17) do governo, sendo que, entre estes, 11,8% são da câmara dos vereadores (2 vereadores municipais). Esse fato também está em desacordo com o que define a legislação, dado que representantes dos poderes legislativo e judiciário não devem compor os conselhos de saúde, que se situa no âmbito do poder executivo, em face da independência que deve existir entre os poderes (BRASIL, 2003; COTTA et al, 2011).

Embora, de acordo com os princípios do SUS, todos devam ser considerados usuários, no âmbito dos conselhos de saúde os segmentos de gestores, profissionais e prestadores possuem assentos próprios na composição do pleno. A ocupação das vagas dos usuários por representantes que fazem parte, identificam-se e militam em outros segmentos, tende a causar grave distorção nos critérios de paridade e afetar a correlação de forças no interior dos conselhos (CARVALHO, 2014).

Desse modo, os critérios de escolha pouco democráticos, a distorção na representação e a manutenção do mesmo conselheiro por muitos mandatos são indicativos da frágil representatividade, com implicações na dinâmica do CMS e CRS. Os problemas da representatividade implicam baixo desempenho das instâncias participativas, por conduzir a atividade dos participantes em desconexão com os grupos representados e desencadear na atuação dos representantes com carência de força política. Para Santos et al. (2011), a manutenção de um grupo restrito de atores constitui um processo elitista de participação social, o que pode indicar forte razão para o distanciamento de outros personagens com capacidade de contribuir na elaboração das políticas públicas.

Ao considerar a dimensão política do processo decisório, entende-se que esta se relaciona não apenas com visões de mundo compartilhadas entre os atores envolvidos, mas principalmente com as interações sociais e institucionais que definem do "lado de quem" esses atores "jogam" (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015)

Neste contexto, os artigos evidenciam a representação dos interesses como sendo outro desafio a ser superado, tendo em vista que os resultados das pesquisas revelam um padrão de comportamento dos representantes na defesa de três níveis de interesse: interesses individuais; interesses corporativos ou institucionais; e interesses amplos sobre as políticas de saúde.

Os interesses individuais caracterizados por representantes que buscam benefícios pessoais ou destaque individual de sua participação no conselho. Neste tipo de interesse aos posicionamentos assumidos nas discussões e votações em plenário, em que os representantes adotam posturas baseados em seus interesses individuais, sem levar em conta os interesses gerais ou mesmo do grupo representado.

Os interesses corporativos, é observado quando os representantes assumem no conselho a postura de acirrada defesa dos interesses do seu segmento, desvirtuando-se das questões gerais sobre a saúde da população. Tal condição foi discutida no artigo de Bispo Junior e Gerschman (2015), quando os autores identificam uma velada disputa entre alguns representantes sociais, com o propósito de conseguir inserir na discussão do conselho os assuntos relativos à sua categoria. O autor identificou ainda que os que mais tencionaram na defesa de sua pauta específica foram os trabalhadores em saúde e os representantes de patologias.

Nesta mesma perspectiva Sipioni e Silva (2015) em pesquisa realizada na capital Vitória-ES obtiveram resultados convergentes. As análises dos discursos revelaram uma visão mais focada de representação em que se assume o papel do representante como aquele que representa a vontade da entidade, algumas falas também mostraram que esse ideal de representação política ocorre não somente nos representantes, mas naqueles que são representados.

Nesse contexto, o que podemos constatar é a instauração de uma lógica de fragmentação de interesses capaz de se sobrepor a demanda dos grupos específicos sobre a necessidade de saúde da população, o que vai de encontro à modalidade de representação almejada pela sociedade, onde os representantes teriam seus interesses relativizados pela defesa da melhoria do estado de saúde da população e do desenvolvimento de políticas de saúde amplas e resolutivas.

Além disso, como lembra Young (2006), a premissa básica da representação política é compreender que o ato de representar não admite uma relação de identidade entre representantes e representados devido à realidade irrefutável de que os primeiros não conseguirão em todos os momentos falar em nome de todos os representados, subentendendo, portanto, a expressão da vontade de todos. É inerente a essa relação que representantes e representados sejam diferentes e que imaginar a abrangência de todas as opiniões na voz de um só é utópico e impossível de ser concretizado.

Em estudo realizado por Cotta et al (2011), constatou-se que 40,6% (n= 13) não sabiam informar qual categoria representavam, 31,3% (n=10) relataram ser apenas suplentes ou titulares, e apenas 28,1% (n= 9) sabiam relatar corretamente qual categoria representavam, sendo que, entre estes últimos, todos eram representantes do governo. Os autores não observaram de fato a existência, no conselho, de membros que realmente sejam representantes do interesse da população usuária do sistema sanitário, uma vez que todos os conselheiros entrevistados foram indicados pelo gestor local e, além disso, segundo a pesquisa, muitos apresentavam com ele algum tipo de ligação política ou empregatícia.

Essa grande influência das forças políticas locais pode ser identificada como um fator de impedimento do processo de modernização da sociedade e de superação das formas mais arcaicas de poder. O que observamos no artigo de Cotta et al (2011) também ocorre em vários locais do Brasil, nos quais temos uma convivência pacífica entre as forças patrimoniais, clientelistas (herdadas do colonialismo) e burocráticas, que, já cristalizadas na sociedade, geram uma grande resistência às possibilidades de superação e de mudança da realidade política, impedindo dessa forma, a instalação de novos modelos e estruturas que visem ao fortalecimento da sociedade civil e à construção de uma realidade democrática (COTTA et al., 1998; NUNES, 2003). Segundo Fleury (2006), o pouco comprometimento das elites políticas brasileiras com a democracia, e o desencanto da população com a possibilidade concreta de efetivação democrática podem acarretar numa situação de preservação e continuísmo desse tipo de regime autoritário.

Em contradição às pesquisas acima citadas, Muller Neto e Artman (2014) na discussão dos seus achados identificaram que a noção de representação das

diferentes identidades, ou seja, a noção de que o representante deve representar interesses amplos que impliquem na melhoria da saúde da população, aparece com ênfase nos discursos dos sujeitos coletivos, o que demonstra a importância atribuída pelos sujeitos sociais à noção de coletividade, em detrimento à interesses individuais ou da entidade a qual representam.

Vale ressaltar que esses três tipos de representação de interesses não são excludentes entre si. A análise dos artigos demonstrou que, muitas vezes, os representantes não mantêm apenas um desses três níveis de interesse. Ou seja, o mesmo representante, a depender da conjuntura e da correlação de forças estabelecida, pode se posicionar motivado por interesses pessoais, das corporações ou em defesa da ampliação do nível de saúde da população, a diferença está na maior ou menor propensão à uma ou outra forma de interesse. Mesmo que alguns conselheiros demonstrem maior inclinação para posicionamentos individuais ou corporativos, isto não significa que agiam motivados apenas por estes tipos de interesses. Como afirma Coelho (2012, p.148), “*é natural que um conselheiro leve as reivindicações de seus pares, mas estas não podem ser mais importantes que as do conjunto*”. O que se faz necessário é que interesses individuais e corporativos não prevaleçam sempre aos interesses de ampliação da saúde e fortalecimento do Sistema único de Saúde.

O uso corrente do termo delegado nas instâncias de participação social das políticas de saúde implica uma concepção de representação, vinculada à tradição da democracia direta. A teoria política tradicional da representação aceita dois tipos de autorização: o delegado e o fiduciário. O primeiro é porta-voz dos representados, com mandato revogável e sem autonomia, enquanto o segundo tem maior grau de liberdade e uma vinculação menos intensa com sua base de representação. Esse enfoque atribui ao primeiro a representação de interesses corporativos e aos segundos, dos interesses gerais. Entretanto, ao se adotar uma perspectiva ampliada do conceito, a representação implica além de autorização, *accountability* e a representação da diversidade, das diferentes identidades (BOBBIO, 2001)

Também o conceito de *accountability*, controle dos representantes – o vínculo, a prestação de contas dos representantes aos seus representados – não aparecem nos discursos. Essa ausência sugere que o modelo de autorização

permite ao representante agir de acordo com suas próprias preferências e valores, o que está de acordo com os achados de Oliveira, Ianni e Dallari (2013); Zambom e Ogata (2011); Cotta, Kazal e Martins (2010) em suas pesquisas sobre conselhos de saúde. A delegação tem instruções vinculativas, o que não aparece nos discursos, pois não há referência a cobranças do exercício da representação. A ausência de cobrança da ação do representante é atribuída por autores como Labra (2010) à cultura política prevalente no país. A deliberação pública requer não apenas pontos de vistas múltiplos, mas conflitantes, e seu papel na formação da opinião e da vontade política é enfatizada na democracia.

O estatuto da representação envolve representação política, não apenas eleitoral – escolha por votação – implica continuidade, vínculo entre representante e representado, autorização formal e influência informal, manifestação do poder comunicativo na esfera pública, processo que conecta sociedade e instituições (URBINATI, 2006).

A visão maniqueísta, democracia representativa ou democracia direta, representação ou participação, cede espaço no debate teórico e na prática social à postura que busca democratizar a representação e estabelecer acordos ou consensos sobre os procedimentos para a participação e a deliberação (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014). Segundo Avritzer (2007), todas as formas de participação, até as mais diretas possíveis, implicam delegação de soberania. A questão é pensar quais seriam as suas formas políticas que permitiriam a expressão da vontade da sociedade

O principal desafio apontado por Sipione e Silva (2015) refere-se à fragilidade de comunicação entre os representantes e os representados. Os autores identificam uma postura de autonomia do representante perante a entidade representada, de acordo com a análise feita dos discursos há subestimação da opinião dos seus membros da entidade e entendimento de que sua experiência como conselheiro lhe dá respaldo para tal autonomia conferem subsídios para afirmar que a cultura política tradicional, que sugere a existência do político profissional, ainda alicerça a atuação desses novos representantes. Ao mesmo tempo, reafirma que falta a eles uma qualificação técnica e política capaz de subsidiar sua participação.

Cabe lembrar que, como lembra Young (2006), o compromisso entre representantes e representados deve acontecer tanto na articulação da entidade/base com seus representantes como também entre os próprios membros da base representada. Sendo assim, se a base está desarticulada ou se seus membros não possuem união para reivindicar atitudes específicas de seu representante, este se tornará cada vez mais autônomo e independente para tomar decisões.

Para Gurza Lavalle e Isunza (2011) o exercício participativo teria o potencial de desenvolver o sentimento de pertencimento do cidadão à sua sociedade, não apenas fortalecendo a formação de identidades políticas amplas, mas colaborando para a legitimação das instituições políticas.

Contudo, essa participação social decorrente dos processos de descentralização e redemocratização política, passa a ter seu desempenho associado a fatores socioculturais históricos, quais sejam: a falta de tradição participativa e de cultura cívica no país, a tradição autoritária do Estado brasileiro e a cultura política dominante (ANDRADE, 2010; SÍPIONE, SILVA, 2015; COELHO, 2012). Esses fatores são percebidos no cotidiano dos conselhos como dificuldades relacionadas à fragilidade da vida associativa, a impermeabilidade à participação e a defesa de interesses corporativos e clientelistas, respectivamente.

Não obstante ao fato dos estudos aqui discutidos demonstrem que os conselhos apresentam dificuldades nos aspectos organizativos e deliberativos, Côrtes (2009) destaca que esses fóruns se constituem em importantes instrumentos da democracia deliberativa e participativa. Segundo Escorel e Moreira (2008), os conselhos – como espaço de poder, de conflito e de negociação – representam a possibilidade de a população interferir nas ações governamentais. Apontam, ainda, que essas instâncias podem contribuir para o esmaecimento do clientelismo e do fisiologismo tradicionais, além de possibilitar o desenvolvimento do aprendizado do exercício do poder político.

5.1.1 Participação social na Estratégia Saúde da Família: o Conselho Local de Saúde como protagonista

A partir da publicação da Carta de Ottawa, em 1986, conceitos e práticas de promoção da saúde são evocados como necessários à estruturação dos sistemas de saúde. No Brasil, a criação do SUS é fortemente influenciada por esses valores, e diversas ações são desenvolvidas para viabilização das ações promocionais. Nesse contexto, a saúde da família constitui-se como estratégia de destaque para o desenvolvimento da promoção da saúde, por priorizar ações intersetoriais e estimular parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais. Também, por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e dos serviços de saúde (CARVALHO; BUSS, 2012).

No bojo das transformações dos modelos de atenção, a participação social é apresentada como elemento essencial da Atenção Primária à Saúde. O envolvimento da comunidade se constitui em elemento importante para consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como para viabilizar a democratização do SUS (SILVA; CALDEIRA, 2010). Para Damasceno et al. (2010), a participação social é atributo imprescindível da Atenção Primária à Saúde por sua capacidade de construir corresponsabilidades de um fazer em saúde comprometido com o contexto e as exigências locais.

Nesse contexto, emergem os Conselhos Locais de Saúde (CLS), com o potencial de ampliar a participação e a democratização nos serviços de saúde. Os CLS são criados em unidades de saúde da rede de Atenção Básica dos municípios, como instâncias colegiadas e paritárias, e envolvem a representação dos profissionais de saúde e dos membros da comunidade. Cabe aos conselheiros locais discutir e buscar soluções para os principais problemas assistenciais e estruturais da comunidade. Profissionais e usuários, a partir das atividades dos conselhos, buscam a mobilização e a participação comunitária no intuito de fortalecer as ações de saúde e o empoderamento da população local.

A realidade estudada por Bispo Junior e Martins (2014) evidencia que, de maneira geral, existe uma pequena participação da população nas reuniões do CLS no município de Vitória-ES. Os autores destacam que o município mantém uma estrutura administrativa para suporte e apoio aos conselhos locais. A Secretaria Municipal de Saúde possui uma coordenação de controle social com a função de acompanhar e estimular o desempenho dos conselhos locais. Todavia, concluem que a simples presença do aparato burocrático tem se mostrado insuficiente para

manter níveis elevados de mobilização social e participação popular (BISPO JUNIOR; MARTINS, 2014).

Grisotti; Patrício e Silva (2010) também encontraram um baixo comprometimento dos usuários diante desses fóruns, atrelando esse achado ao não protagonismo dos usuários das unidades de saúde perante os problemas vivenciados. Para os autores, os motivos da pouca participação se devem à justaposição, ao desperdício de esforços, à falta de integração nas várias políticas públicas setoriais, ao peso de pressões de determinados interesses particulares sobre os setores públicos setoriais, tudo isso aliado ao clientelismo e paternalismo da cultura brasileira (GRISOTTI; PATRÍCIO E SILVA, 2010).

Alguns fatores são apontados pelos conselheiros como desencadeantes do desinteresse e da baixa participação da comunidade. Os CLS são vistos pelos conselheiros como espaço de muita discussão e debate, mas com limitado poder de resolutividade sobre problemas da comunidade (BISPO JUNIOR; MARTINS, 2014).

As visões focalizada e ampliada sobre os conselhos locais de saúde se coadunam com o debate apresentado na literatura internacional sobre os modelos de participação comunitária. Pérez et al. (2009) classificam os modelos de participação em duas tipologias principais: utilitarista e empoderamento. Na visão utilitarista, fundamentada nos princípios biomédicos e assistenciais, a participação é implementada nos serviços de saúde com o propósito de atingir a melhoria da assistência. O envolvimento comunitário objetiva mobilizar recursos e pessoas para prover suporte aos serviços e facilitar as intervenções. Para o modelo de empoderamento, a participação tem um fim em si mesma e seu propósito é a conquista de poder pelas comunidades para interferir nas decisões que afetam suas vidas. Segundo esta visão, o envolvimento das pessoas deve ser ativo e baseado nas iniciativas comunitárias (PÉREZ ET AL., 2009). Embora existam críticas e falhas na implementação dos dois modelos, a participação como empoderamento é considerada a forma mais avançada, por apresentar maiores chances de sustentabilidade e transformação das realidades sociais, econômicas e políticas.

Segundo Escorel e Moreira (2008), a capacidade dos conselhos de influenciar os rumos das políticas de saúde é considerada baixa. Não raro, os

conselhos apresentam sérios problemas de independência e autonomia, com limitado poder de interferir e controlar o desenvolvimento das políticas, conforme já discutimos anteriormente. Nesse sentido, acreditamos que o descrédito e o desinteresse da população surgem como consequências de uma participação considerada estéril pelos usuários. Estes não veem sentido em destinar parte do seu tempo para se envolver em algo que não implicará mudanças para sua vida pessoal ou da comunidade.

Para um desempenho efetivo da participação em saúde, Pérez et al. (2009) destacam a importância da prévia tradição de mobilização das comunidades. No entanto, o que parece existir em diversas localidades do Brasil, inclusive no Ceará, é uma lógica da participação concedida, onde os segmentos de governo criaram conselhos gestores e delegaram a responsabilidade da participação às comunidades, muitas das quais sem nenhuma tradição participativa. Consideramos que em uma atmosfera de ausência de cultura cívica e com fortes valores de privatização da vida, em que os interesses individuais se sobrepõem aos valores coletivos, não se pode esperar um desempenho expressivo dos conselhos de saúde.

Percebemos que além da desmotivação dos usuários na ESF, Questões relativas à motivação e ao envolvimento dos profissionais de saúde também surgem nos estudos com fatores limitantes ao desempenho do CLS. A maioria dos profissionais não está motivada para participar e percebe as atividades do conselho local como uma atribuição a mais na já sobrecarregada jornada de trabalho. As pesquisas revelam que muitos profissionais participam do conselho apenas porque essa é uma obrigação inerente à função (GRISOTTI; PATRÍCIO E SILVA, 2010; BISPO JUNIOR; MARTINS, 2014).

Bispo Junior e Martins (2014) ressaltam que, no município de Vitória-ES, todos os profissionais da unidade são obrigados a participar da reunião do CLS, mesmo os que não são os representantes oficiais da unidade. Entre os trabalhadores da unidade, são escolhidos os conselheiros locais representantes dos profissionais, e todos os outros devem também participar na condição de ouvintes.

Algumas características ainda presentes na organização e no funcionamento da ESF ajudam a explicar a desmotivação dos profissionais e a

influência negativa sobre o desempenho dos CLS. A grande demanda por assistência, potencializada por condições de vida inadequadas e pelo número elevado de famílias por equipes, sobrecarrega os profissionais, que não conseguem desempenhar suas funções conforme preconizado, o que desencadeia grande insatisfação entre os usuários (ROCHA ET AL., 2008). A ausência de interesse de alguns trabalhadores da Atenção Primária, aliada às debilidades da educação permanente (ONOCKO-CAMPOS ET AL., 2012), contribui para que profissionais exerçam suas atividades sem o devido cuidado com os mecanismos de escuta e não percebam a importância dos espaços locais de participação. Também, os problemas relativos à estrutura física e à precarização do trabalho na ESF – a exemplo de vínculo empregatício, salário e autonomia – desmotivam os profissionais e abalam a qualidade da atenção no nível primário (SERAPIONI; SILVA, 2011).

No estudo realizado por Soratto e Witt (2013) no que diz respeito a percepção de profissionais da atenção primária, os autores observaram que as equipes consideram a participação comunitária um atributo mais dependente da comunidade do que de suas ações. Segundo Silva e Caldeira (2010), as equipes de saúde da família ainda não compreendem a interface entre suas ações e o papel político e ideológico da participação comunitária para a consolidação do modelo de atenção.

A despeito das percepções sobre a desmobilização social e o desinteresse de trabalhadores, usuários e gestores. A pesquisa realizada por Bispo Junior e Martins (2014) discute alguns mecanismos de mudança dessa realidade, segundo autores, um grupo de entrevistados sinalizou que mudanças em questões organizacionais, a exemplo de local e horário das reuniões, elevariam a participação dos usuários, tendo em que as reuniões acontecem em horário comercial, período de funcionamento da unidade e também horário de trabalho da maior parte da população adulta. Assim, foi sugerido que a alteração das reuniões para a noite ou finais de semana possibilitaria a participação de um maior número de pessoas. No entanto, segundo o estudo, essas tentativas já foram experimentadas em alguns CLS do município, sem a obtenção do êxito esperado (BISPO JUNIOR; MARTINS, 2014).

Questões relativas à distribuição de brindes, cestas básicas, lanches e outros atrativos também foram sugerido como estratégias para atrair maior interesse da comunidade. Outro fator apontado referiu-se à presença de convidados externos, como representantes da gestão da saúde, de outras secretarias ou de outros segmentos de Estado e da Sociedade Civil (BISPO JUNIOR; MARTINS, 2014).

Contudo ressaltamos, esses fatores possuem capacidade pontual e limitada, tendo em vista que o interesse por um brinde ou pela presença de uma autoridade pode até atrair grande público em uma determinada reunião, no entanto, isso não garante a participação nos meses subsequentes ou, numa reação reversa, pode levar ao desinteresse nos meses em que os usuários não vislumbrarem a possibilidade de benefício pessoal direto (BISPO JUNIOR; MARTINS, 2014).

A mudança nas práticas dos profissionais e gestores de saúde pode ser tão mais efetiva quanto mais houver conhecimento e mudança de concepções dos usuários sobre o verdadeiro papel dos serviços na promoção da saúde coletiva. Isso sugere a necessidade de desenvolver, no conjunto dos meios de comunicação, estratégias que subsidiem a população a rever o seu referencial de promoção à saúde e de ampliar sua participação nesse contexto, posto que a demanda que essa leva aos serviços costuma legitimar a qualidade da atenção oferecida pelos profissionais (GRISOTTI; PATRÍCIO E SILVA, 2010).

Grisotti, Patrício e Silva (2010) consideram que, imerso em todos os problemas apontados nesse estudo, mesmo ainda de forma desintegrada, existe um movimento, por parte de alguns trabalhadores e representantes, na busca da efetividade e resolutividade das ações dos serviços e do conselho de saúde e a satisfação dos usuários com esses serviços.

Os artigos aqui apresentados desvelam, portanto, a concomitância entre as visões assistencial e ampliada sobre o papel político dos conselhos de saúde, com forte predomínio da compreensão do conselho como instrumento destinado apenas à melhoria da assistência à saúde. As dificuldades de acesso e a compreensão médica individual e biologicista, ainda predominante na saúde, contribuem na formação dessa percepção coletiva.

Apreendemos que existe uma multiplicidade de fatores que contribuem para o pouco envolvimento da população com os CLS. A ausência de cultura participativa e o imaginário sobre a esterilidade do conselho na resolução dos problemas comunitários figuram entre os principais fatores de desestímulo.

Acreditamos que embora a criação dos conselhos de saúde, em todas as esferas de governo, represente uma possibilidade de avanço rumo à ampliação da democracia, estes não podem ser tratados apenas como instrumentos burocráticos de gestão. O descrédito e o tímido envolvimento da população são, sobretudo, determinados pela descrença nos mecanismos de participação, o que, por sua vez, reflete a descrença no próprio SUS.

A promoção do envolvimento comunitário e a melhoria na efetividade dos CLS perpassam, precipuamente, a estruturação da Estratégia de Saúde da Família e a capacidade desta em oferecer respostas efetivas aos problemas da população. Torna-se necessário o rompimento do ciclo vicioso estabelecido – em que as debilidades na assistência prestada desestimulam o envolvimento da população, e, por sua vez, a baixa participação não induz à melhoria dos serviços prestados – e o desenvolvimento de um novo ciclo virtuoso, em que a qualidade dos serviços estimule a participação e a mobilização comunitária, e que isso contribua para o aprimoramento da ESF e da qualidade de vida da população. Todavia, reconhecemos que esse não é um processo simples e demanda envolvimento e comprometimento de diversos setores estatais e da sociedade. Ressaltamos, mais uma vez que, para o desenvolvimento de uma cultura participativa na área de saúde, é necessária a valorização dos princípios do SUS e que os diversos segmentos sociais se reconheçam como usuários e defensores do sistema público, verdadeiramente universal

5.2 DA PRODUÇÃO ACADÊMICA À UTILIZAÇÃO DOS RESULTADOS: uma análise sobre o fluxo das pesquisas no município de Fortaleza-CE

Entendemos que, para real implementação da produção científica e tecnológica na saúde, assim como para que os serviços de saúde se aproximem das universidades é necessário processos organizacionais e espaços de discussão que favoreçam o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde “*incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico*”: (inciso V, artigo 200 da CF) e “*estimulará a transferência de tecnologia das Universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais*” (art. 46, Lei nº 8.080/90). Contudo, no município de Fortaleza, a tentativa de aproximar pesquisa dos serviços de saúde e da própria gestão em saúde é algo recente e, portanto, inacabado.

Não havia, de certa forma, uma seleção ou uma análise dessas pesquisas. Foi só a partir de 2011 que nós sistematizamos um processo para a avaliação das pesquisas e o objetivo seria verificar, digamos assim a relevância, não só a relevância social da pesquisa, mas também o mérito científico dela, e a possível aplicação desses resultados para as políticas de saúde do município. Então o nosso trabalho aqui é justamente esse de analisar os projetos de pesquisa que são encaminhados por diversas instituições de ensino superior e outras instituições de pesquisa no que se refere ao método científico desses estudos” e a relevância social e a subsequente possível aplicação dela, desses resultados para a política de saúde.
(Assessor Técnico da COGTES)

Em Fortaleza, a organização das pesquisas é feita prioritariamente pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES). Esta atua na análise dos projetos de pesquisa propostos pelas instituições de ensino superior e institutos de pesquisa (instituições proponentes) para execução nas unidades da Rede Municipal de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), representada pela COGTES, atua, pois, nessas pesquisas, como instituição coparticipante e, por conseguinte, deve assumir a corresponsabilidade pela realização de tais estudos. Conforme recomendação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), *“a apreciação dos projetos de pesquisa é prerrogativa das instituições coparticipantes, que manifestam a sua anuência acerca do estudo por meio da emissão de declaração apropriada”*. Assim, ao apreciar os projetos de pesquisa, a COGTES objetiva analisar tais projetos no que concerne ao mérito científico, à obediência aos preceitos éticos e à relevância social do estudo, com o propósito de fomentar, no âmbito da SMS, a produção de conhecimento no campo das Ciências da Saúde que propicie benefícios para as políticas de saúde da SMS e para os usuários da Rede Municipal de Saúde.

Na perspectiva de avaliar as pesquisas realizadas no município de Fortaleza-CE, foi feito um levantamento na literatura cinzenta, ou seja, ainda não publicada, nos arquivos da COGTES. Dos 428 projetos enviados à coordenadoria nos anos de 2013 e 2014, apenas dois projetos tratavam do tema participação e controle social em saúde. Por meio de busca eletrônica nas bases de dados não foi possível encontrar publicação referente a nenhum dos dois projetos. Fato este que releva o desinteresse acadêmico, governamental e social da temática em questão, problemática esta que será melhor discutida mais adiante.

O levantamento foi dificultado pelo fato de não haver um sistema informatizado para realizar a sistematização das pesquisas, a organização é feita por meio do arquivamento dos projetos de pesquisa impressos em pastas, sendo estas divididas pelos meses de cada ano, além disso, a tentativa de organização dos projetos de pesquisa é algo recente e que, portanto, só existe projetos arquivados a partir do ano de 2011, sendo que apenas os anos de 2013 e 2014 estão organizados

de acordo com os meses de envio. Os anos de 2011 e 2012, encontram-se em fase de organização em meses.

Além disso, todos os projetos são avaliados por um único Assessor técnico, o que fragiliza a análise metodológica tendo em vista a diversidade de técnicas e procedimentos que podem ser utilizados na coleta, além dos diversos tipos de procedimentos de análise e abordagens metodológicas. Dessa forma, o projeto pode receber um parecer desfavorável, devido, muitas vezes, não as iniquidades metodológicas, mas a própria fragilidade do avaliador.

A coordenadoria é responsável, sobretudo, pela organização dos fluxos das pesquisas em saúde que são realizadas nos serviços municipais de saúde. O projeto de pesquisa deve ser entregue na COGTES para serem protocolados, feito isto aguarda-se um prazo de 10 dias para receber a carta de anuência.

Então, inicialmente, o pesquisador deve elaborar um projeto de pesquisa, como todos os projetos de pesquisa que vem pra cá são todos das ciências da saúde né, várias vezes vem até projetos que são de outros setores, mas que vão ser realizados dentro do ambiente da saúde ou dentro das unidades pertencentes a secretaria municipal de saúde, mas a imensa maioria diz respeito a projetos dentro das ciências da saúde. Então o que a gente requer é que os projetos sejam elaborados com aqueles itens básicos que deve constar, projeto dentro do campo das ciências da saúde e que também já tenham sido, se for projeto com seres humanos, que já tenham sido cadastrados na Plataforma Brasil e que, digamos assim, quando eu digo contendo aqueles itens básicos é conter pelo menos uma capa, uma introdução, uma capa definindo quais são os pesquisadores, qual é o título, introdução, explicando ou definindo a pergunta da pesquisa, objetivos bem claros, o método com pelo menos aqueles 6 itens bem básicos, ou seja, o tipo de estudo, o local, o cenário de estudo, os participantes do estudo, a população em amostra, se for o caso, os procedimentos de coletas de dados, de análise de dados e os aspectos éticos, além de obviamente as referências, os instrumentos que serão utilizados, as coletas de dados, os termos de consentimento, o termo de fiel depositário, essas partes relacionadas com os aspectos éticos, são esses os itens que a gente requer que estejam contidos nesses projetos de pesquisa, obviamente que de posse desse projeto o pesquisador procura o setor de protocolo seja lá na própria sede da secretaria de saúde ou aqui na sede dessa coordenadoria é aberto um processo no sistema de protocolo. Esse é o fluxo obviamente que pode ficar com alguma pendência, ou seja, não se adequar aos critérios que nós utilizamos aqui no que diz respeito a apreciação desses projetos de pesquisa ou ser aprovado obviamente. E, nesse caso, se houver pendências, obviamente que os pesquisadores vão resolver essas pendências a imensa maioria é resolvida (Assessor Técnico da COGTES)

Observamos durante as vistas à coordenadoria, que o prazo de 10 dias normalmente é estendido para cerca de 20 dias e são os próprios pesquisadores que devem entrar em contato com a COGTES para saber do parecer de seus projetos, caso haja pendências, o projeto deve ser corrigido de acordo com as orientações da coordenadora e entregue novamente para arquivamento e liberação da carta de anuência. Contudo, mesmo de posse da carta de anuência e do parecer do comitê de ética em pesquisa, a coleta de dados ainda não pode ser efetivada, é necessário que o pesquisador se encaminhe até a Coordenadoria Regional de Saúde em que se dará a realização da pesquisa para entregar uma cópia do projeto e ter sua carta de anuência com o carimbo de “ciente”.

O pesquisador é que vai ser o portador do documento (carta de anuência), a CORES envolvida, por exemplo, só autorizará realização do estudo, após a constatação do documento que foi emitido por essa coordenadoria autorizando a pesquisa, ou seja, esse documento inclusive é definido qual o período de coleta de dados em que o pesquisador estará em campo realizando esses procedimentos (Assessor Técnico da COGTES)

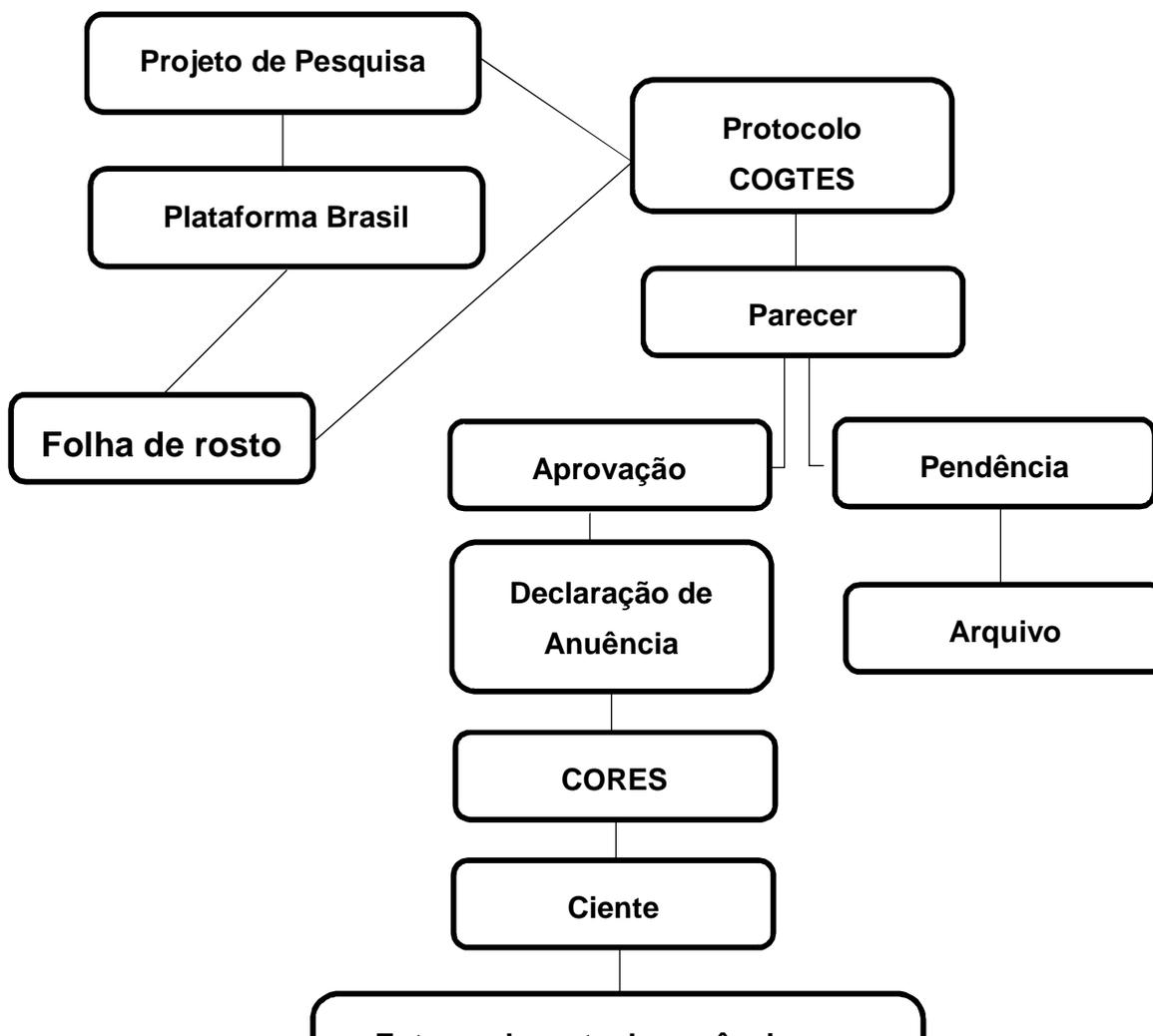
É emitida uma carta de anuência para cada CORES caso a pesquisa seja feita em mais de uma delas. Caso o pesquisador realize uma pesquisa em todas as CORES, deve se dirigir a todas elas levando cópia do projeto de pesquisa e carta de anuência da COGTES.

Passa sim por aqui. Toda pessoa que quer fazer uma pesquisa aqui, vai à COGETS e lá eles vão explicar direitinho. Ai sim, quando a COGETS autoriza, a gente analisa se está tudo ok (parecer do CEP da COGETS, cópia da pesquisa) e ai sim, a gente libera para o aluno (pesquisador) ir a campo, fazer a pesquisa. (Assessor Técnico da Educação Permanente)

E aí, em relação a gente receber a pesquisa, a gente já recebe com a aprovação que foi passado pela COGETS, pela Dra. Ivanilha, pelo comitê de ética e a gente encaminha, colocando ciente, pra já iniciar a pesquisa, né. (Assessor Técnico da Educação Permanente)

Há um nó crítico no fluxo que são as informações desencontradas. Quando o pesquisador chega na COGTES e recebe a carta de anuência ele é orientado à se dirigir a CORES onde será realizada a pesquisa portando o respectivo documento, nada é falado a respeito de levar uma cópia do projeto de pesquisa, o que acaba por, de certa forma, atrasar o desenvolvimento da pesquisa. Em algumas CORES era possível o envio do projeto por e-mail. O fluxo funciona então da seguinte forma:

Figura 5- Fluxo das pesquisas no município de Fortaleza-CE



Fonte: Elaboração pela autora

No Brasil, a criação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde e da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), possibilitou novos rumos ao desenvolvimento da pesquisa científica, tendo a CAPES como principal responsável pelo monitoramento e avaliação da produção científica brasileira. Nesse novo contexto, o que antes ficava a cargo das universidades e comunidade científica, hoje, é objeto de interesse do governo e das indústrias.

Dito isso, consideramos que se um tema está contido, mesmo que minimamente, na ANPPS, este tema, para ser desenvolvido recebe recursos do ministério da saúde, via CNPq, ou das Agências de Apoio a Pesquisa, via Funcap. Os demais temas, os não contemplados nas agendas, costumam ficar à margem da discussão científica.

Embora o tema participação e controle social em saúde seja parte integrante da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), incorporados a subagenda vinte e dois que corresponde ao tema Sistemas e Políticas em Saúde observamos um total descaso com a temática no município de Fortaleza. O levantamento feito na literatura cinzenta só confirma o que a fala do presidente do conselho regional de saúde traz *“já estou aqui a dois anos e nunca vi ninguém vir fazer pesquisa aqui”*, tendo em vista que no levantamento feito no período de 2013 e 2014, apenas duas pesquisas sobre a temática da participação social foram encontradas nos arquivos da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (COGTES).

Fica claro que, para a comunidade científica, pesquisas não financiáveis não são objetos de interesse para pesquisadores. Por outro lado, pesquisas que não

tragam mudanças concretas e emergentes, o que parece ser o caso da temática participação social, não estimulam qualquer interesse nas agências de fomento, visto que na atual lógica do capitalismo, onde produzimos para o consumo imediato, mudanças a longo prazo parecem inviáveis e pouco necessárias. Além disso, a partir dessa lógica de mercado a produção do conhecimento adquire um novo significado, produzir para utilizar, não mais produzir para buscar uma verdade como foi outrora.

Percebemos que mesmo fazendo parte das prioridades de pesquisa em saúde a participação e controle social em saúde não são temas contemplados pelos editais de pesquisa. Para além das pesquisas financiadas, observamos ainda que estudante de graduação e pós-graduação também não têm seus olhares direcionados para a temática da participação social.

Faz mais de 20 anos que sou conselheiro de saúde, já fui presidente do municipal, do regional e agora estou como primeiro secretário e em todo esse tempo, acumulando toda essa experiência, poucas vezes, poucas vezes mesmo vi um estudante desenvolver uma pesquisa no conselho e vi, menos ainda estudantes apresentando resultados de pesquisas para os conselheiros. O que acontece, na minha opinião, é que esses estudantes não são incentivados pelos professores a desenvolverem pesquisa nos conselhos. Eu posso até estar enganado, mas acho que esses estudantes nem sabem da importância do conselho, do quanto foi difícil implementar o sus e mais difícil ainda mantê-lo funcionando. (Primeiro Secretário do Conselho Municipal de Saúde)

Lá no posto só o que tem é pesquisa, sempre tem um aluno fazendo pesquisa lá, mas aqui no conselho eu nunca vi, logo eu não estou aqui direto né, só venho quando tem alguma plenária, alguma reunião. (Trabalhador de Saúde)

Nesses quatro anos que estou aqui, avaliando as pesquisas eu tenho visto muita pesquisa sobre câncer de mama, pré-natal, vacina, saúde mental, mas participação social não. Acho que isso é mais pesquisado pelo pessoal das ciências sociais e como só passa por mim pesquisas feitas na saúde eu acredito que seja isso. (Assessor Técnico da COGTES)

Se considerarmos que boa parte dos alunos de universidade pública que conseguem uma vaga nos cursos da saúde são provenientes de famílias de classe

média e alta podemos acrescentar ainda a distância entre esses estudantes e os movimentos sociais de luta e do próprio Sistema Único de Saúde. Se as pesquisas desenvolvidas nos trabalhos de conclusão de curso seguem prioritariamente o princípio da identificação do pesquisador-aluno e não das necessidades da população e se, por fim, a própria universidade não funciona como local de diálogo e coletividade é fácil imaginar o motivo do desinteresse pelo tema da participação social em saúde.

Além da falta de investimento financeiro e do perfil acadêmico dos estudantes e das universidades, associamos a desmotivação no tema participação social, conselhos de saúde e controle social, ao desconhecimento da população, de forma geral, da falta de politização de uma sociedade arraigada ainda pelas raízes da oligarquia, de um povo que elege representantes de uma elite dominante no cenário político cearense e delega a este unicamente, a tarefa de diagnosticar os problemas e prover as soluções necessárias.

Ademais, consideramos que a convivência simultânea de um regime democrático com um Estado oligárquico, tal como observamos no Ceará, corrompe a democracia, que passa a atuar em detrimento da inclusão e da participação dos cidadãos. Em outras palavras, verificamos a existência de instituições, leis, regras e procedimentos democráticos, mas estes são controlados, dominados e governados por poderes patrimonialistas, grupos ou setores minoritários. Dessa forma, instaura-se um processo de desativação da participação política promovido pela manutenção de práticas estatais que visam desestimular o envolvimento político ou restringem a participação popular ao mero ato de votar a cada quatro anos, caracterizando uma democracia eleitoral (BOBBIO, 2001)

Então, o controle social é a participação efetiva da população em todas as decisões tomadas, não só dentro da prefeitura, mas também, no estado e no próprio país. É uma maneira do povo estar com o poder público atuando junto na área da saúde e as pessoas não reconhecem isso, acho que por isso não são feitas muitas pesquisas aqui, pelo menos não que eu tenha visto. (Presidente do Conselho Local de Saúde)

As pessoas não entendem o quanto é importante ter um conselho de saúde, no seu bairro, na sua cidade (...). A verdade é que, muitas vezes, os próprios conselheiros não entendem o seu papel. Vem

para o conselho porque acham que terão algum privilégio, que poderão ser atendidos mais rápido no posto de saúde ou que podem conseguir um calçamento para sua rua, coisas assim. Acho que essa não é uma realidade apenas da população pobre não, acho que é da população em geral, pouca gente entende o papel do conselho, aqui mesmo no nosso conselho não temos nenhum membro das universidades, nenhum estudante, nenhum professor, as poucas pesquisas feitas aqui, nunca retornaram para serem divulgados os resultados, não sei o que os pesquisadores acharam do funcionamento do nosso conselho, que problemas eles encontraram e principalmente se eles tinham alguma contribuição para oferecer, alguma ideia, sei lá.. (Presidente do Conselho Regional de Saúde)

O contexto ora apresentado ratifica a despolitização da população que por sua vez resulta na descrença em instituições participativas. Dito de outra maneira, a indiferença diante os acontecimentos políticos, a crise da representatividade e os escândalos de corrupção ao invés de fortalecer práticas associativas na sociedade, culminam no total desinteresse do cidadão e na desesperança de uma mudança concreta.

O resultado não poderia ser outro, senão o surgimento de uma cultura política vulnerável a apelos demagógicos e populistas, mantendo, no máximo, uma democracia instável, na qual os partidos são vistos negativamente; os representantes eleitos não sabem a quem representam; os eleitores, de maneira geral, não lembram em quem votaram na última eleição, diminuindo, neste sentido, a capacidade em fiscalizar os gestores públicos, visto que não podemos fiscalizar quem não lembramos. A ausência de participação popular, portanto, estaria provocando o debilitamento dos princípios democráticos e da cidadania.

O que podemos constatar é que na ausência de uma sociedade civil vibrante e participativa, os cidadãos geralmente recorrem a mediadores privados, ficando à margem das instituições tradicionais de participação – Conselhos, fóruns e conferências. Isso ocorre porque, de acordo com Marcello Baquero, o Brasil pode ser caracterizado como uma sociedade de massas, justaposta a uma configuração estrutural de caráter patrimonialista. Em uma sociedade desse tipo, o Estado detém praticamente o poder absoluto na determinação das políticas públicas e a sociedade tem um papel insignificante, decorrente de um processo histórico na qual o Estado se estruturou antes da sociedade. Nessa situação não existe espaço para que os cidadãos possam eficientemente influenciar as decisões governamentais que os

afetam. Em tal contexto, o Estado, mesmo sendo democrático, não está submetido à regras eficientes, razão pela qual os investimentos sociais, via de regra, não correspondem adequadamente às necessidades da população, tampouco as pesquisas, que na atualidade também se encontram submissas ao poder do Estado, são balizadas por estas necessidades (BAQUERO, 2010)

Em tal cenário é inevitável a desarticulação entre as necessidades da sociedade e a produção científica, tendo em vista que de um lado temos pessoas alienadas politicamente e de outro, pesquisadores interessados no prestígio individual ou de um grupo de pesquisa em específico.

Para melhor compreender a cultura de pesquisa da nossa sociedade recorreremos à obra de Pierre Bourdieu (2004) sobre a teoria dos campos sociais, onde a ciência reconhecida como um campo encontra-se numa acirrada luta concorrencial em torno da competência científica.

Na teoria desenvolvida por Bourdieu, para compreender uma produção cultural (produtos científicos também incluídos), não é bastante se referir ao conteúdo textual da produção, nem estabelecer uma relação direta entre o texto e o contexto. O autor da teoria tem como hipótese que existe um universo intermediário entre o contexto e os produtos que denominou de *campo*, este se caracteriza por ser um universo onde estão inseridos agentes e instituições que produzem, reproduzem e difundem seus produtos. Esse universo é um mundo social como os outros e obedece a leis mais ou menos específicas.

O *campo* poderia ser então definido como um espaço relativamente autônomo, um microcosmo, dotado de leis próprias. Suas leis não seriam as mesmas do macrocosmo. Embora jamais escape das imposições do macrocosmo, ele tem uma autonomia relativa em relação a ele. É, portanto, necessário reconhecer que não existe “ciência pura”, totalmente livre das necessidades sociais e nem “ciência escrava” sujeita a todas as demandas político-econômicas (BOURDIEU, 2004).

O campo científico, assim como qualquer campo é um mundo físico de forças e de lutas, para conservar ou transformar o campo. Esse mundo social também sofre imposições, no entanto ele é relativamente independente do mundo

social global em que está envolto. Portanto as pressões externas só se exercem por intermédio do campo e são mediadas pela sua lógica. (BOURDIEU, 2004).

Para Bourdieu o que comanda os pontos de vista, as intervenções científicas, os lugares de publicação, os temas escolhidos e os objetos de interesse é a estrutura das relações objetivas entre os diferentes agentes, que refletem na verdade os princípios do campo. A estrutura das relações objetivas entre os agentes é determinante sobre o que eles podem ou não podem fazer. A posição ocupada na estrutura do campo é que orienta as tomadas de decisão. (BOURDIEU, 2004)

A estrutura é determinada pela distribuição do capital científico, em um dado momento e lugar. Os agentes caracterizados pelo volume do seu capital determinam a estrutura do campo em proporção ao seu peso, que depende do peso de todos os outros agentes, isto é, de todo o espaço. Os pesquisadores ou as pesquisas dominantes definem o que é num dado momento do tempo, o conjunto de questões que importam para a comunidade científica, sobre os quais eles vão concentrar seus esforços e os esforços de pesquisa. Nas palavras de Bourdieu (2004), *“cada agente age sob a pressão da estrutura do espaço que se impõe a ele com brutalidade proporcional a seu peso relativo”*.

Os agentes fazem parte do campo científico, mas é a partir de uma posição nesse campo que são definidas suas possibilidades ou impossibilidades. Entretanto Bourdieu (2004, p.25) destaca que é muito difícil e quase impossível “manipular” um campo. As oportunidades que um dado agente tem de submeter às forças do campo aos seus desejos são proporcionais a sua força sobre o campo, ou seja, sua posição na estrutura de distribuição do capital social. Exceção seria uma descoberta revolucionária que possibilitaria a um cientista redefinir os próprios princípios da distribuição do capital científico, ou seja, as regras do jogo.

O capital científico repousa sobre o reconhecimento de uma competência e proporciona autoridade. Ele contribui para definir as regras do jogo, sua regularidade, as leis que vão distribuir os ganhos no jogo, orienta se é importante ou não escrever sobre tal tema, o que é brilhante ou ultrapassado e onde é mais compensador publicar. Portanto um campo não se orienta ao acaso (BOURDIEU, 2004).

Santos (2008) buscou articular a teoria de campo de Bourdieu à Análise de Discurso Textualmente Orientada (ADTO) de Fairclough (2001 *apud* SANTOS, 2008) para analisar a relação entre conhecimento e interesse como fatores que influenciam a escolha de objetos de pesquisa no campo acadêmico da pesquisa sobre política educacional. Segundo a autora, em sociologia a noção de interesse significa compreender que há uma razão para os pesquisadores fazerem o que fazem não existindo conhecimento desinteressado (SANTOS, 2008).

Na teoria dos jogos utilizada por Bourdieu (*apud* SANTOS, 2008), interesse significa reconhecer o jogo, reconhecer os alvos. Esse jogo é constituído por práticas científicas permeadas por interesses para a aquisição de autoridade científica (prestígio e reconhecimento) e não apenas por interesses por conhecimento ou devido a uma dada ideologia (SANTOS, 2008).

A explicação de Bourdieu (*apud* SANTOS, 2008) para a definição de problemas de pesquisa considera a ordem social vigente. Portanto não é qualquer questão social que será objeto de pesquisa e foco de interesses dos pesquisadores. As questões com mais chances de receberem “grants” (ganhos, subsídios, privilégios) e serem bem vistas pelos gerentes de programas de pesquisa são tidas como legítimas, dignas de serem discutidas, publicitadas, oficializadas e incluídas na agenda (SANTOS, 2008).

Dessa forma, na realidade brasileira, o que temos visto é que as questões com mais chances de promover ganhos, prestígio e privilégios são as questões definidas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, tendo em vista que as pesquisas elencadas nessa agenda são as que serão financiadas tanto pelo CNPq, como pela Funcap e as chances de estar na ANPPS é tão maior quanto mais aplicada for a pesquisa. As chances de uma pesquisa, de cunho qualitativo e aplicável a longo prazo, como, na maioria das vezes são feitas as pesquisas sobre participação social, são mínimas. E como já temos falado anteriormente, pesquisas não financiáveis parecem, de um modo geral, não ser objeto de interesse dos pesquisadores. Os Interesses em desenvolver ou não uma pesquisa são, portanto, contingenciados pelas agências de fomento e as circunstâncias são possibilitadoras da maior inserção e reconhecimento dentro do campo (SANTOS 2008).

Os determinantes que podem influenciar a seleção de temas de pesquisa pelos pesquisadores foram elaborados por Santos (2008), são eles: Mostrar que

domina o jogo – ser reconhecido pelos pares concorrentes; Poder – ter domínio sobre um determinado discurso; Produzir e distribuir um determinado discurso; Oportunidades de financiamento; Ocupar cargo de destaque; Motivação profissional – perspectiva de se inserir no jogo; Demandas externas; Inclinação pessoal – circunstâncias sócio-históricas; Influência de outros pesquisadores – alguém com claro capital social e político; Coordenar um grande projeto; Produção de conhecimento; Possibilidade de acesso a informações novas em primeira mão; Movimentos sociais – necessidade de se fazer conhecido e respeitado, faz com que o objeto pelo qual se luta, transforme a “causa” em objeto de pesquisa; Falta de ação política por parte do Estado – possibilidade do discurso científico interferir na inclusão do tema na agenda política, transformado uma questão em problema; Busca de novos focos de estudo devido ao esvaziamento de temas ou esgotamento do interesse pessoal do pesquisador por aquela temática; Opções teórica e metodológicas dos pesquisadores

Para Santos (2008), o interesse está ligado à possibilidade da produção do conhecimento representar um ganho de capital simbólico para os pesquisadores, permitindo a visibilidade da posição de onde se fala na estrutura do campo científico. No campo da saúde coletiva, a participação social é um tema de destaque motivado sobretudo pelo fato de alguns professores-pesquisadores e, em menor proporção, estudante da graduação e pós-graduação desse campo estarem inseridos em movimentos sociais, como podemos identificar pela fala de professor-pesquisador da Saúde Coletiva:

Se quero pesquisar sobre participação social e os editais de pesquisa não contemplam esse tema, e não contemplam mesmo, tenho que submeter um projeto para concorrer ao tema avaliação de serviços de saúde, por exemplo, para obter um financiamento e de um jeitinho ou de outro inserir, mesmo que timidamente a participação social no projeto. Para ser pesquisador hoje tem que se submeter aos editais, não há saída. Tento estimular ao estudante da graduação a desenvolverem trabalhos na área, mas ele não tem vivência nos conselhos de saúde e não desenvolvem o interesse (Professor-pesquisador)

Contudo, se o pesquisador não tem uma inclinação pessoal, não possui vivência em movimentos sociais e não percebe a falta de ação política no âmbito do

Estado com que diz respeito ao controle social em saúde, não preocupa-se em produzir um conhecimento útil à democracia, então todos os outros fatores parecem, no âmbito da participação social, fatores de influência negativa, tendo em vista que ocupar cargo de destaque, demandas externas, oportunidades de financiamento, coordenar um grande projeto e ter poder não se fazem possíveis por meio de pesquisas de cunho qualitativo e pouco “lucrativas” para o mercado, como comumente vem a ser as pesquisas sobre participação social.

Observamos que, no campo da saúde pública existem tensões devido à inclusão preferencialmente entre as medidas de sucesso científico as publicações e as citações em revistas de renome internacional com pouca valorização em relação a resultado de pesquisa proporcionar benefícios para a saúde da população. Diante este fato, cabe salientar que os conselhos de saúde são espaços de participação social inovadores com pioneirismo brasileiro, possuindo rica produção nacional, mas que portanto não são tidos como objeto de interesse em periódicos internacionais (CASTIEL; SANZ-VALERO; RED MEL-CYTED, 2007).

Luz (2005) destaca que na atualidade os pesquisadores disputam até as últimas consequências os subsídios financeiros dos editais de pesquisa, sendo necessária uma análise de três aspectos estruturais para entender a quase impossibilidade de uma produção acadêmica potencialmente livre, inovadora, cumulativa e comprometida com a situação social e tecnológica do país: Políticas sociais com fortes restrições financeiras; Valores individualistas hegemônicos no mundo atual; Precarização do emprego e das relações trabalhistas na economia globalizada.

É forçoso reconhecer a existência de áreas de intersecção entre o processo de formulação de políticas públicas e o processo de seleção de temas de pesquisa, considerando o fato de não serem processos lineares, de serem objeto de jogos de interesses desde o momento da transformação de questões em problemas, seguido das disputas na construção de agendas, na seleção de enfoques e abordagens nas investigações científicas, persistindo o paralelismo na adoção de mecanismos de legitimação das decisões culminando ambos os processos com as fases de implementação e avaliação (ELIAS; PATROCLO, 2004).

Entretanto, coexiste também entre o processo de formulação de políticas e o de seleção de temas de pesquisa, conflitos que dependendo do contexto vigente

podem distanciá-los ao ponto de a pesquisa representar um fim em si mesmo, ou seguir o direcionamento dado pelos agentes financeiros e a política desvalorizar totalmente as possíveis contribuições da ciência reduzindo drasticamente seus subsídios ou tentar manipulá-la para torná-la refém dos desejos e recursos governamentais. Esses conflitos têm o potencial de contingenciar o exercício da criatividade, essencial à inovação científica (ELIAS; PATROCLO, 2004).

As intersecções e os conflitos entre pesquisa e política, precisam ser considerados no processo de gestão do conhecimento, com vistas à interação entre a produção do conhecimento e o processo de formulação de políticas e ou intervenções nas práticas dos serviços de saúde para que se possa beneficiar verdadeiramente a saúde das populações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde para a interação da pesquisa com a formulação de políticas e de intervenções em saúde pública é necessária a existência de instâncias que integrem e coordenem objetivos, estruturas, atores, processos, culturas e produtos de pesquisa e sistemas de monitoramento e avaliação visando a redução da distância entre o campo da política e o campo das ciências da saúde além de arenas de negociação para a minimização de conflitos afetivos, ideológicos, morais, éticos que possam vir a comprometer a efetividade de uma determinada tomada de decisão política (WHO, 2002).

Em concordância com a problemática apresentada, o distanciamento entre conhecimento científico e gestão de políticas, sistemas e serviços de saúde é identificado pelos conselheiros e reconhecida pelos gestores como o principal empecilho para utilização dos resultados das pesquisas conforme podemos observar nas falas abaixo:

Então automaticamente ela (a pesquisa) pode até ser apresentada na universidade, em alguma unidade mais estruturada, mas eu não acredito que ela cause, que elas causem efeito de transformação no sistema, isso, não por causa da credibilidade do processo, mas porque a própria gestão não dá espaço construtivo para que esses detalhes sejam discutido (Presidente do Conselho Regional de Saúde).

Antes aqui nós tínhamos um espaço para discutir os problemas da unidade, na realidade era um espaço não apenas para a discussão dos problemas, mas também para dar informes e possibilitar que

todos na unidade de saúde tivessem voz que era a roda de gestão, que era feita uma vez a cada dois meses. Neste dia as vezes acontecia de alguns estudantes pedirem uma “pauta” para informar sobre uma pesquisa que iria iniciar no serviço ou para apresentar o resultado final de uma pesquisa, mas a roda não existe mais, ela foi abolida pela nova gestão. Aí assim, se mesmo com a roda era difícil a apresentação dessas pesquisas, sem a roda ficou impossível porque nós não temos mais tempo para se reunir, nós não temos mais tempo para planejar uma ação, para fazer uma visita, todo o tempo é destinado aos programas e ao atendimento da demanda espontânea (Trabalhador de saúde)

Eu acho que a culpa é de todos. Acho que muitas vezes os estudantes, pesquisadores não se disponibilizam a apresentar os resultados das suas pesquisas, depois que eles terminam somem do serviço. Também tem o fato de a gestão não dá importância para essas pesquisas porque nenhuma vez eu vi o coordenador da unidade se interessar por essas pesquisas, eles aprovam a realização, mas parecem não fazer questão de conhecer os resultados, aí fica difícil utilizar um resultado que a gente não conhece (Trabalhador de saúde).

Com vistas a minimizar a distância e estreitar os laços, o Ministério da Saúde por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico, vem desenvolvendo atividades de fomento descentralizado à pesquisa em todos os estados brasileiros, por meio do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde – PPSUS, com o propósito financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira; promover a aproximação dos sistemas de saúde, ciência e tecnologia locais; reduzir as desigualdades regionais na ciência, tecnologia e inovação em saúde e; promover a equidade. A grande relevância do PPSUS no desenvolvimento científico e tecnológico do Brasil está no potencial de incorporação das pesquisas fomentadas. A expectativa do programa é que a produção científica gerada contribua para a promoção de conhecimento e melhoria das ações e políticas de saúde em âmbito local, regional e nacional.

O programa envolve parcerias entre a esfera federal, por intermédio do Ministério da Saúde, e a esfera estadual pelas Fundações de Amparo à Pesquisa - FAP. Com a instituição do programa cada estado brasileiro define suas prioridades em pesquisa a partir das necessidades identificadas a nível local, através de debates acerca de indicadores de morbi-mortalidade e identificação de problemas relacionados à organização e funcionamento do sistema local de saúde. Para a

execução do programa, a primeira etapa é a realização das Oficinas de Prioridades de Pesquisa em Saúde, as quais definirão os temas e linhas de pesquisas mais importantes que irão compor os editais de cada estado. As oficinas devem ser realizadas com a participação de gestores, pesquisadores e representantes do controle social. Nessa etapa, as Secretarias de Saúde exercem um papel crucial por serem responsáveis pela apresentação da situação de saúde e do perfil epidemiológico para subsidiar a definição das prioridades nas oficinas (SESA, 2015)

No Ceará, o agente executor desse programa têm sido a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Funcap, juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado – SESA. As oficinas para elencar as prioridades de pesquisa em saúde acontecem a cada dois anos, e neste ano de 2015, foram elencados 36 temas divididos em 5 eixos de ação: epidemiologia; promoção da saúde; doenças transmissíveis; sistemas e políticas de saúde; saúde, ambiente, trabalho e biossegurança. De acordo com a Funcap “os eixos foram definidos considerando as áreas prioritárias para o fortalecimento do SUS”. Contudo, nenhum dos 36 temas elencados aborda a questão da participação e do controle social em saúde, tão necessária ao fortalecimento do sistema de saúde.

De acordo com o Assessor Técnico da Secretaria Estadual de Saúde, responsável pela organização da oficina de prioridades “os temas elencados são de responsabilidade de todos os envolvidos”. E quando indagado sobre a presença dos conselheiros de saúde nas oficinas o mesmo afirmou que,

O conselho não tem ainda essa consciência, ainda não despertaram para essa área. A gente percebe que os conselhos não dão importância para as pesquisas, eles vinculam as pesquisas como se fosse algo para a academia e não para a prática, talvez porque não existe de fato essa conexão (entre pesquisa e contribuição para as práticas), talvez por isso que eles não valorizam, apesar de serem convidados (Assessor Técnico do NUCIT/SESA)

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, os seis Presidentes dos Conselho Regionais de Saúde foram entrevistados e quando indagados a respeito se já tinham sido convidados a participar de seminários ou fóruns para discutir a elaboração ou os resultados das pesquisas, todos, sem exceção, responderam que

nunca foram convidados. E o motivo Para a não participação dos mesmos pode ser extraído do discurso do Assessor "o conselho não tem ainda essa consciência, ainda não despertaram para essa área", a fala parece refletir a representação que o assessor tem do conselho e não do que de fato representa esta instância.

Outro aspecto, no mínimo, interessante foi que a oficina para elaboração dos temas prioritários em pesquisa aconteceu antes da realização da Conferência Municipal de Saúde. O que nós faz refletir; Se a oficina tem como objetivo elencar temas prioritários às pesquisas para que sejam realizadas a partir das necessidades de saúde da população e do próprio sistema, com vista a fortalece-lo e por sua vez a Conferência Municipal de Saúde tem caráter consultivo sobre a situação de saúde da população com finalidade de propor diretrizes para a formulação da política de saúde, entendo que seria no mínimo razoável que os temas elencados como prioridades em pesquisa estivessem balizados pelas discussões levantadas na conferência.

Mais uma vez, percebemos o descaso à temática da participação social. Apesar de os temas formulados na oficina serem, em sua maioria, necessários para o fortalecimento do SUS, acredito estar sendo pouco valorizada a importância da participação popular e do controle social na reorientação das práticas cotidianas de atenção à saúde. Além disso, os temas elencados nas oficinas que deveriam, a partir de uma discussão coletiva, refletir as necessidades da população torna-se fruto das necessidades da gestão e dos pesquisadores, os representantes da comunidade, ou seja, os conselheiros são "dispensados" a participar do processo.

As pesquisas financiadas pela Funcap/PPSUS possuem prazo de dois anos para serem executadas podendo ser prorrogadas por mais seis meses caso o pesquisador tenha tido alguma dificuldade que seja justificável. Ao término do primeiro ano os pesquisadores são convidados a participar do seminário parcial de acompanhamento e avaliação do PPSUS, neste momento é apresentado o andamento da pesquisa e os resultados preliminares, se houver. Ao final dos dois anos o pesquisador deverá enviar a prestação de contas e o relatório final da pesquisa, este será avaliado por pares, ou seja, professores-pesquisadores de universidades pública. Terminado o prazo, é realizado um seminário para que pesquisadores apresentem os resultados das suas pesquisas. São convidados a

participar a comunidade científica, incluindo os pesquisadores-avaliadores dos relatórios e os gestores municipais e estaduais.

O seminário tem como objetivo maior proporcionar o diálogo entre pesquisadores e gestores, sendo esta uma ótima oportunidade para pulverizar o conhecimento científico e facilitar sua utilização em prol da melhoria do SUS. Contudo, o que podemos observar no último seminário realizado foi que apenas uma pequena minoria de pesquisadores apresentou, de fato, os resultados das suas pesquisas, os demais apresentaram apenas resultados preliminares, justificando o atraso à falta de recursos financeiros, o que, na realidade, trata-se também de um mal planejamento da pesquisa. Há ainda uma outra parcela de pesquisadores que nem se quer compareceram ao evento.

De outro lado, temos gestores que não parecem se envolver no debate provocado. Contamos com a presença do secretário de Ciência e Tecnologia do município de Fortaleza e do presidente do Núcleo de Ciência e Tecnologia do Estado. Contudo, nem a Secretária de Saúde, nem o coordenador da atenção básica do município, tampouco o Prefeito, compareceram ao evento. Os principais atores, os que possuem o poder de decisão a respeito da utilização ou não do resultado de uma pesquisa, não se fizeram presentes. O principal objeto do PPSUS é esvaecido do início ao final do processo.

Mais uma vez temos pesquisadores descompromissados com os objetivos dos editais de pesquisadas financiadas e gestores descompromissados com o dinheiro público, com a melhoria do sistema de saúde e com o desempenho das pesquisas. Nesse cenário, torna-se impossível que as pesquisas sejam implementadas. Embora seja oferecido pelo governo todo o aparato anteriormente descrito e que o principal objetivo deste esforço é contribuir para o fortalecimento do SUS, fazendo uso dos resultados das pesquisas, mais uma vez o que vemos é descaso com o dinheiro público.

Diferentemente do que ocorre em âmbito Estadual, não há no Município de Fortaleza fomento à Pesquisa em Saúde. O que existe são pessoas e órgãos públicos responsabilizados por burocratizar à prática da pesquisa e, em menor grau, promover uma organização no modo são realizados os estudos nos serviços de saúde pertencentes ao município.

Nosso trabalho aqui, com relação as pesquisas, é o de fazer o link entre os pesquisadores e as unidades de saúde. O pesquisador traz a anuência emitida pela COGTES e nós colocamos um carimbo de ciente, aí quando ele chegar na unidade de saúde o coordenador vai solicitar essa anuência, se ela tiver com o carimbo de ciente da regional ele autoriza o início da pesquisa, senão o aluno volta aqui com a anuência para que a gente possa colocar o carimbo, as vezes basta o coordenador ligar que a gente libera também, o estudante pode mandar a anuência por e-mail também pra gente. Assim, não é algo tão rígido, é só pra gente tomar conhecimento mesmo. (Assessor Técnico da Educação Permanente)

O discurso acima do Assessor Técnico da Educação Permanente da Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) do Município revela a burocratização da pesquisa. Não há a intenção de se apropriar do tema, de avaliar sua relevância e as possibilidades de aplicação do estudo, de realizar uma análise sobre as possíveis contribuições aos serviços de saúde de abrangência dessa regional. A exigência feita para que o pesquisador se dirija até a CORES, segundo a fala do assessor técnico, é apenas para que o órgão esteja ciente da realização da pesquisa, não existe a objetivação de uma organização em si, a finalidade é apenas burocratizar o processo, levar o papel e receber um carimbo.

Tal realidade vai de encontro com os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde e Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no que diz respeito a realização de pesquisa em saúde e com os próprios princípios da pesquisa em saúde – contribuir para a redução das desigualdades sociais.

A partir do discurso dos conselheiros observamos severa distorção entre o que se espera que uma pesquisa ofereça – subsídios para mudança e melhoria das práticas em saúde, implantação de novas tecnologias, formulação de políticas, redução das desigualdades sociais, enfim, identificar e lidar com questões de saúde da população – e o que de fato ela proporciona – título ao pesquisador e prestígio perante a comunidade científica. A fala do conselheiro “*Algumas pesquisas servem para pessoas fazerem seus trabalhos finais né*” reflete a realidade das universidades brasileiras, totalmente desvinculada de um compromisso ético e profissional que teria potencial de transformar o sistema de saúde e as práticas nele desenvolvidas,

assim como de estimular o desenvolvimento da ciência, incrementando, novas perspectivas, novos olhares.

Algumas pesquisas servem para pessoas fazerem seus trabalhos finais né.... como é que eu falo, as monografias, dissertações, artigos e isso não chega aqui...normalmente não chega. Então automaticamente ela pode até ser apresentada na universidade, em alguma unidade mais estruturada, mas eu não acredito que ela cause, que elas causem efeito de transformação no sistema, isso, não por causa da credibilidade do processo, mas porque a própria gestão não dá espaço construtivo para que esses detalhes sejam discutidos dentro dos planos de saúde. Se as pesquisas fossem, além de publicadas, elas fossem levadas a área de educação permanente da secretaria municipal de saúde e pudéssemos discutir os resultados delas (das pesquisas) dentro dos planos de saúde, aí sim elas teriam como produzir efeitos na estrutura do sistema (Presidente do Conselho Regional de Saúde)

Realizar pesquisa científica é um dos requisitos para a obtenção de títulos acadêmicos nas universidades brasileiras, o objetivo dessa cultura educacional é aproximar o ensino da pesquisa e capacitar o estudante para esta prática. Contudo, o pesquisar pelo simples cumprimento de um regimento universitário, acaba por proporcionar um gasto de energia que resultará na obtenção de um título de graduado, especialista, mestre ou doutor. Acreditamos, que a prática da pesquisa em saúde, mesmo que para iniciantes, deve se apoiar no compromisso ético da relevância do tema pesquisado, da crítica ao que está posto nos serviços de saúde. Não queremos com isso, afirmar que devem ser realizadas somente pesquisas aplicadas e, portanto, aplicáveis, mas que mesmo a pesquisa básica deve ser apoiada em temas relevantes para a população que posteriormente sirva de instrumento para o desenvolvimento de pesquisas aplicadas às realidades dos serviços de saúde.

Muito se tem discutido e publicado acerca do compromisso ético e responsabilidade do pesquisador diante os recursos oferecidos pelo governo para financiar pesquisas, contudo, pouco é discutido sobre a responsabilidade ética de estudantes de graduação e pós-graduação de desenvolverem suas pesquisas em áreas prioritárias e comprometer-se em divulgar os resultados do seu estudo, não apenas no meio acadêmico, mas principalmente no campo em que foi realizado o estudo.

O que observamos em ambas as realidades – pesquisas financiadas ou não – são temas escolhidos a partir da facilidade de desenvolver o objeto, por exemplo se já faz parte do cenário a ser estudado ou pela, ou uma curiosidade individual e, muitas vezes, descontextualizada e não a partir de necessidades da população ou lacuna no conhecimento. Diante este fato, o primeiro passo para o desenvolvimento de uma pesquisa já se encontra comprometido e, possivelmente, a utilização dos resultados não acontecerá, tendo em vista a não relevância do tema pesquisado, ficando, dessa forma, inviabilizado qualquer tipo de impacto, conforme observamos na fala de um trabalhador de saúde membro do conselho local de saúde:

Às vezes me pergunto se realmente essas pesquisas que eu respondo vão contribuir para alguma coisa. Eu acho que pode até contribuir para discussões na universidade, mas aqui (no conselho) e lá no posto eu nunca vi nada mudar por conta de uma pesquisa. Os alunos vêm fazer as perguntas, ou mexem nos prontuários ou entregam questionários e depois pronto, eu nem sei se o que eu falei foi útil. Agora assim, sobre participação e controle social eu nunca respondi entrevista, mas sobre o pré-natal, a diabetes, a hipertensão e os processos de trabalhos, eu mesma já respondi muitas. Acho que deviam pesquisar mais sobre o controle social porque é tão importante e as pessoas nem conhecem, também acho que a questão do acolhimento, do modo como deve ser organizar as unidades também seria interessante (Trabalhador de Saúde)

A questão do impacto da pesquisa em saúde é um elemento crucial do sistema, do qual pesquisadores, estudante, gestores e tomadores de decisão em geral devem estar plenamente cientes. A relevância dos temas abordados, ao lado da qualidade e das estratégias de divulgação dos resultados são componentes importantes para que as evidências científicas passem a ser utilizadas nos processos de tomada de decisão (COHRED, 2006).

Na realidade se nós tivéssemos, se nós tivéssemos os resultados das pesquisas vinda por exemplo, a Universidade Estadual do Ceará ela faz muito isso com os alunos, o pessoal da residência também, mas elas sequer são apresentadas para o conselho, então nós passamos em branco. Se elas fossem discutidas no conselho e fossem tiradas recomendações para discussão no conselho municipal, talvez elas tivessem resultados positivos. Isso não quer

dizer que tudo que se faz na pesquisa é perdido, não alguém deve utilizar alguma coisa, agora da forma que é feita hoje, dos encaminhamentos que são dados é que não funciona. (Trabalhador de saúde)

Considerando que nem todas as pesquisas geram como produto resultados aplicáveis na prática dos serviços de saúde ou na própria organização dos conselhos de saúde, salientamos, que mesmo as pesquisas teóricas e reflexivas, se divulgadas e discutidas em coletividade podem gerar um impacto, difícil de ser medido, porém real, tendo em vista que o processo de divulgação por meio de programas de rádio, grupos de discussão e palestras tendem a provocar nos sujeitos que participam momentos de reflexão capaz de transformá-lo. Além disso, o próprio método de pesquisa poderá promover essa transformação, como é o caso de pesquisas participativas, grupo focal e pesquisa ação.

Além disso, não são todas as questões sociais, ou questionamentos teóricos que se transformam em problemas para a ciência, por outro lado os problemas incluídos nas agendas de pesquisa e, prioritariamente, nas Conferências de Saúde, neste caso a participação e o controle social estão em ambos, são de caráter prioritários, podendo ser abordados de diferentes maneiras, através de métodos e técnicas de diferentes disciplinas, instaurando-se uma arena de disputas onde se definirá quem perde e quem ganha nesse jogo de interesses. Na esfera da participação social o que podemos perceber é que muito embora seja este um tema relevante e esteja contido na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa e na Conferência de Saúde (todas as esferas), o que se vê é o desinteresse da comunidade científica e das agências de fomento na temática.

Conforme o relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2003, o Ministério da Saúde deve atuar para:

Garantir a elaboração, implementação e acompanhamento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde com a efetiva participação das esferas estaduais, municipais e federal, instituições de ensino e pesquisa, prestadores, representantes da sociedade, Conselhos de Saúde, nas suas respectivas esferas e sociedades científicas indicadas pela Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e aprovadas pelos representantes da sociedade. [...] Recomendar às agências de apoio à pesquisa científica e tecnológica que levem em consideração como critérios

fundamentais para a aprovação dos projetos, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e a relevância dos projetos para os problemas de saúde pública (BRASIL, 2004, p. 139).

Segundo o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) deve considerar as necessidades nacionais e regionais de saúde brasileira, aumentando a produção de conhecimentos, de bens materiais e processuais voltados para o desenvolvimento das políticas sociais em saúde. Nesse sentido foi elaborada a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), parte integrante da Política Nacional de Saúde.

Portanto, a ANPPS orienta o financiamento da pesquisa pelas agências de fomento científico e tecnológico, construindo-se em um dos critérios para a aprovação dos projetos. Com a ANPPS, as ações de fomento devem ser orientadas pelas necessidades de saúde da população, devendo o Ministério da Saúde ocupar posição de destaque na coordenação da pesquisa em saúde no Brasil.

O escasso de financiamento às pesquisas em âmbito municipal não é empecilho para a criação de uma agenda que elenque as prioridades de pesquisa, que seja construída coletivamente, com a participação de gestores, pesquisadores e conselheiros de saúde, discutidas nas Conferências de saúde, em todos os níveis e sirva de instrumento consultiva para estudantes na elaboração de seus projetos de pesquisa.

Para que pesquisas sejam utilizadas para promover mudanças na realidade posta, construção de políticas e transformação de sujeitos, consideramos como pré-requisito a socialização das ideias para a definição de prioridades que deverão orientar a produção do conhecimento científico voltado para as necessidades da sociedade. Contudo, o que se vê são editais de pesquisa desarticulados à agenda e que, por sua vez, não contemplam as necessidades identificadas na população. Além disso, não existe uma agenda em âmbito municipal.

Acreditamos que a combinação dos conhecimentos existentes, com base no método científico, gera produtos culturais e alternativas, para a solução de

problemas, validados cientificamente. A disseminação dos resultados é o primeiro passo de pesquisa propicia a internalização do conhecimento influenciando sua avaliação e utilização.

No que diz respeito ao uso do conhecimento produzido a complexidade dos sistemas de saúde implica o domínio distintas áreas de conhecimento, como biologia, sociologia, epidemiologia, administração, clínica, economia etc. Embora utilizem dos conhecimentos das mais variadas áreas, os formuladores de política e tomadores de decisão não dominam esse conjunto de conhecimento, portanto, a “grosso modo”, o conhecimento utilizado para decisões se concretizam com base naquilo que os gestores aprenderam no dia a dia, dos saberes que circulam a sociedade em geral e apenas, eventualmente, pesquisadores são consultados.

Consideramos que esse tipo de utilização do conhecimento é insuficiente e que, portanto, a utilização de conhecimentos científicos pode e deve ser melhor aproveitada. Os formuladores de políticas de saúde poderiam se beneficiar, mais do que fazem atualmente dos conhecimentos produzidos pelos pesquisadores das áreas relacionadas à gestão da saúde. Se não se beneficiam tanto quanto poderiam é porque existem obstáculos à utilização de conhecimentos científicos que precisam ser reconhecidos e superados.

Souza e Contandriopoulos (2004) elencam algumas características importantes para a utilização do conhecimento científico, são elas: Segundo um padrão dominante de produção científica, os eventos a serem estudados devem ser bem definidos e uma relação de causa e efeito deve ser definida; A resolução de controvérsias é o *modus operandi* da ciência, sua presença é constante; A aplicabilidade dos resultados de muitas pesquisas não é facilmente perceptível; As pesquisas são feitas por meio de projetos específicos e isolados. Às vezes, os resultados de duas pesquisas igualmente válidas são contraditórios entre si; Os problemas de políticas de saúde não interessam necessariamente aos pesquisadores.

Em relação a tomada de decisão são elencados alguns aspectos que têm impacto sobre a utilização do conhecimento científico: A tomada de decisão não é um processo exclusivamente racional; toda decisão é necessariamente contextualizada; as relações de causa e efeito entre uma decisão particular e uma consequência específica raramente são claras; os problemas de gestão dos

sistemas de saúde são frequentemente complexos, mal definidos ou de definição polêmica; a aprendizagem de novos conhecimentos é um processo complexo que não depende exclusivamente do acesso à informação; às vezes não levar em conta uma informação disponível é a opção politicamente mais adequada.

A partir das características elencadas, podemos perceber que os obstáculos circundam tanto a produção do conhecimento científico quanto a utilização dos produtos para a tomada de decisão. E pior, mostram que não são obstáculos impostos de fora, mas são dificuldades postas pelos processos mesmo de produção e utilização das pesquisas. A superação dessa realidade posta exige, portanto, mudanças nos modos de conceber e fazer ciência e política.

Acho que o consolidado, os resultados finais das pesquisas deveriam ser apresentados. Por exemplo se ela foi feita na regional, ser apresentada aos conselhos regionais em uma plenária organizada pelo próprio conselho, juntamente com técnicos da secretaria que pudesse emitir um parecer para o conselho municipal. Se a gente entendesse dentro dos resultados das pesquisas que algumas estratégias poderiam ser implementadas para trabalhar melhor uma política, nós poderíamos trabalhar resolução para que fossem implementadas essas estratégias para produzir essas melhoras. Agora de outra forma não tem como. Se nós não produzimos resultados e não tiramos das discussões posicionamentos nós não temos como mudar esse modelo de saúde que ta aí (Presidente do Conselho Regional de Saúde).

Patton (1988), com sua obra *Utilization-Focused Evaluation*, propõe algumas pistas interessantes. A estratégia central é estabelecer boas parcerias entre formuladores de políticas e pesquisadores. A parceria deve ser forjada desde as etapas iniciais da pesquisa para assegurar que sejam levantadas as questões de maior interesse para a formulação de políticas. Além disso o estudo deve enfatizar as variáveis que o formulador de políticas a quem se destinam os resultados pode controlar, sem o que a pesquisa perderia em utilidade para o formulador envolvido. Por último, o pesquisador deve formular recomendações explícitas.

Infelizmente, como salienta Weiss (1988), mesmo adotando todas essas táticas, a utilização das pesquisas pode não se concretizar. É preciso, então, pensar em outras alternativas. De modo geral, o importante é identificar o canal de

comunicação capaz de chamar a atenção dos gestores, tomadores de decisão para as pesquisas. São canais possíveis, os conselhos gestores de políticas públicas, no âmbito da saúde em especial o conselho de saúde, as conferências de saúde e os meios de comunicação em massa.

Fortalecer as interfaces entre pesquisadores e formuladores de políticas é, também para Hanney et al (2003), a estratégia mais importante para favorecer o uso de conhecimentos científicos. Eles ressaltam, contudo, a importância do papel do “receptor”, ou melhor, da capacidade receptiva do gestor, formulador de políticas, que pode ser ampliada por meio de treinamentos e da intermediação de agentes com dupla inserção, tanto acadêmica quanto política.

A falta de integração entre os processos de produção e utilização do conhecimento, em última instância expressa uma debilidade das relações entre a ciência e os demais setores da sociedade, incluindo aqui os conselhos de saúde e os movimentos sociais. Além de impedir que os países da região utilizem plenamente seu já limitado potencial técnico-científico para a solução dos graves e complexos problemas de desenvolvimento econômico e social que enfrentam, esta debilidade de relações entre ciência e sociedade põe em risco a própria sobrevivência da infraestrutura de pesquisa por torná-la um alvo bastante vulnerável aos cortes de gastos públicos dos quais depende quase que exclusivamente.

A debilidade entre produção e utilização do conhecimento manifestada pela baixa utilização dos resultados das pesquisas para definição de políticas e programas e para a produção de bens e serviços de saúde, tem suas raízes na concepção errônea sobre o processo de tomada de decisão e sobre a relação entre este e a pesquisa em geral. Em geral, concebem-se ambos os processos, o de produção de conhecimento e o de tomada de decisão, como processos separados, com lógicas, agentes e espaços institucionais específicos. De fato, é isso temos observado na prática, o que nos faz refletir sobre o enorme esforço que deve ser feito para fazer convergir o que nasceu e se desenvolveu de maneira independente.

Se pensarmos em um processo de decisão que tem como ator principal um único tomador de decisão, que atua de maneira racional, utilizando da melhor informação disponível, o problema da transferência de resultados de pesquisa se resume a uma aproximação entre dois atores centrais, o tomador de decisão, por um lado, e o pesquisador, por outro, para que esta faça chegar ao tomador de decisão a

informação necessária em formato adequado e no momento oportuno, de modo que sua decisão seja cientificamente fundamentada.

Contudo, na realidade o processo de definição de uma política, ou de transformação de modelo não obedece a este modelo ideal. Em lugar do tomador de decisão fazendo escolhas racionais em maior ou menor grau baseadas em evidência, o que se observa é um processo bastante mais complexo que envolve diversos atores, com interesses diferenciados e por vezes contraditórios. Reconhecendo o caráter essencialmente político desse processo, a promoção de uma maior utilização de resultados de investigação para a definição de políticas implica instrumentar a atuação dos diferentes atores, particularmente dos que usualmente estão excluídos do processo de decisão, buscando diminuir as enormes iniquidades de acesso a informações e conhecimentos.

As iniquidades de acesso a conhecimentos e informações são especialmente dramáticas, pois ao reforçar a exclusão, têm um enorme poder de gerar e ampliar outras iniquidades. No caso da saúde, as iniquidades de informação podem ser consideradas um importante determinante das iniquidades de saúde, na medida em que o acesso iníquo a conhecimentos e informações prejudica a atuação individual e coletiva dos membros de uma sociedade para a mudança de estruturas, comportamentos e políticas. O acesso universal à informação deve portanto ser parte essencial do processo de definição de políticas de saúde voltadas para a equidade. Para definir estratégias, canais e oportunidades que permitam disseminação ampla de resultados de pesquisa é necessário conhecer os diversos atores sociais, identificando as fontes de informação em que cada um deles confia, que tipo de informação lhes interessa, como avaliam a informação, que motivações têm para tomar decisões específicas e com quem interagem, competem ou se aliam (BRONFMAN; TROTSLE, 2000).

Não há, portanto, nenhuma contradição entre, por um lado, a promoção de políticas baseadas em evidência e, por outro, a ampliação da participação social na definição das mesmas, pois ambos os processos se reforçam mutuamente. Entretanto, para que haja uma maior participação social na definição de políticas de saúde é também necessário romper com o processo tradicional de definição de agendas e políticas em círculos de decisão restritos e multiplicar os espaços para a expressão dos diferentes interesses e a construção de consensos, o que, em última

análise, significa o aperfeiçoamento das instituições democráticas das sociedades da região.

Enfrentamos, portanto, o duplo desafio de desenvolver e fortalecer a capacidade de gerar, interpretar e adaptar novos conhecimentos e tecnologias e ao mesmo tempo, criar os espaços de ajustes democráticos que permitam que esta capacidade se ponha, de maneira equitativa, a serviço da melhoria da saúde dos povos da região.

5.3 O QUE DIZEM OS PESQUISADORES DA SAÚDE COLETIVA ACERCA DA ATUAL CONJUNTURA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA

Diante toda a reflexão feita nos capítulos anteriores e com o propósito de favorecer um movimento dialético sobre o tema, consideramos oportuno desvelar os sentidos atribuídos pelos pesquisadores à utilização das suas pesquisas no âmbito da saúde e, principalmente da participação social, assim como a toda a lógica da produção científica existente hoje.

Sabemos que o atual padrão ouro no que concerne ao perfil esperado dos pesquisadores, em um extenso conjunto de regiões e países, e de forma bastante

expressiva no Brasil, se concentra no mais elevado número de publicações científicas, indexadas em periódicos, a maioria deles, sediada em países centrais (GASTALDO; BOSI, 2010). Além disso, a aplicação dos resultados das pesquisas ganha destaque e torna-se componente indispensável na avaliação das agências de fomento. Segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) “*pesquisas aplicadas são indiscutivelmente mais financiadas, pois colaboram de forma imediata com o desenvolvimento industrial e econômico do país*” (CAPES, 2015)

Quando indagamos os pesquisadores acerca do impacto que suas pesquisas geram ou sobre a aplicabilidade dos resultados encontrados as respostas foram difusas. De um lado temos as pesquisas epidemiológicas que garantem, na maioria das vezes, resultados imediatos e aplicáveis em menor tempo, a depender dos custos; de outro, as pesquisas nas áreas das ciências sociais e humanas que se valem, sobretudo, de uma reflexão qualitativa a respeito do fenômeno a ser estudado, impossível de ser quantificado e que demandam maior tempo para gerarem impacto, tendo em vista serem necessárias mudanças de ordem cultural e política.

Para uma pesquisa na minha área gerar um impacto são necessários alguns anos, talvez uns dez anos ou mais, é difícil estipular. É necessária uma mudança cultural as vezes. Por exemplo, eu posso realizar uma pesquisa sobre dengue em vários sentidos, posso estudar o comportamento do mosquito, as áreas propensas à proliferação da larva, o desenvolvimento de uma vacina ou de um fármaco, mas eu estou estudando a relação da comunidade com o mosquito, o processo de sensibilização deles para o cuidado de si e os resultados preliminares já publicados demonstram que é necessário uma mudança na educação, na cultura, na forma de ver o mundo, isso exige mudanças no governo a nível federal, a política de educação deve ser mudada, devemos ultrapassar a fase de alfabetização da população para a fase da educação transformadora, da tão sonhada pedagogia para libertação e isso de fato demanda tempo (Professor-pesquisador)

Olha eu acredito que elas têm um potencial de gerar uma mudança, mas não depende só da pesquisa, depende de toda uma gama de atores. Se eu aponto as falhas no protocolo de atendimento ao AVE (Acidente Vascular Encefálico) e apresento essas falhas ao hospital então cabe ao hospital realizar as mudanças necessárias, eu sozinho, não tenho como, isso já foge do meu papel de pesquisador,

eu não implemento ações eu proponho caminhos, eu identifico problemas, apenas isso (Professor-pesquisador)

Toda pesquisa tem um potencial transformador, acho que em maior em menor grau todas geram um impacto. As vezes o impacto é em nível local, é mudando a prática dos trabalhadores, é sensibilizando o sentimento de coletividade. As vezes durante uma entrevista você promove uma mudança, pelo simples fato de escutar os problemas das pessoas, fazer ela falar sobre a prática do trabalho dela, acho que esse exercício é capaz de promover uma autoavaliação e gerar uma mudança (Professor-pesquisador)

Não queremos aqui adentrar à discussão do qualitativo/quantitativo, até porque, acreditamos que ambos são complementares e se fazem necessários à produção do conhecimento, para além dessa discussão o que aparece nas falas são as dificuldades que as pesquisa qualitativa tem de gerar impactos imediatistas, ademais concordamos que o primeiro passo para utilização da produção científica é a divulgação dos seus resultados, fato este, que oferece mais uma barreira a pesquisa qualitativa.

Barreira esta criada pelo sistema de avaliação de pesquisa que fez emergir a crença nos veículos internacionais como superiores a produção e veiculação nacional. Cabe aqui refletir sobre como publicar resultados de uma pesquisa de cunho subjetivo, em uma sociedade regida pela lógica do mercado. Se os periódicos internacionais já se mostram indiferentes ao que é produzido pelos assim chamados países do terceiro mundo, são, no mínimo, resistentes em publicar aquilo que escapa dos seus contextos de origem no âmbito dos estudos epidemiológicos, deserto, muito mais difícil é inserir discussões acerca de aspectos qualitativos da saúde, como é o caso da participação e do controle social em saúde e outros temas de que se ocupam as ciências sociais e humanas.

Acrescente-se o imperialismo do idioma inglês – fenômeno hoje quase naturalizado, mas uma poderosa construção social, se tomada em seus efeitos – que simplesmente impede que certos estudos qualitativos possam ser traduzidos para este e outros idiomas, tendo em vista os repertórios culturais. Acrescente-se o limite de extensão dos artigos – cada vez mais exíguo – impondo à pesquisa qualitativa um nível extremo de concisão, empobrecendo a teorização e outros elementos essenciais à qualidade dos artigos qualitativos.

Em consonância com o que temos elencado, do conjunto dos periódicos incluídos nos estratos superiores (A1 e A2), menos de 5% veiculam pesquisas qualitativas e, mesmo nesses poucos, os artigos qualitativos constam quase como exceções. A concentração destes se dá no extrato B3. Se um artigo A1 equivale a mais de três artigos no estrato B3 consoante os critérios atuais, um pesquisador vinculado ao enfoque qualitativo terá de intensificar bem mais seu ritmo de produção se pretender se equiparar a pesquisadores da tradição quantitativa – no caso da Saúde Coletiva, representada pela Epidemiologia e disciplinas afins (BOSI, 2012)

Agora mais do que nunca impera a pesquisa aplicada, textos de reflexão e discussão teórica não valem nada. Basta você dá uma olhada nos editais de pesquisa. Por isso que tá esse lixo acadêmico aí, aumentamos e muito o número de artigos produzidos na nossa universidade, mas a qualidade deixa muito a desejar (Professor-pesquisador).

Tal intensificação, como é sabido, é uma contradição perversa para a tradição qualitativa em Saúde Coletiva, fato que se liga à natureza desse enfoque no qual os artefatos centrais são a teorização e os processos interpretativos realizados pelo pesquisador.

No trabalho desenvolvido por Lúcia Bosi (2012), a autora destaca ainda as controvérsias do processo de avaliação por pares, segundo Bosi o que temos hoje são avaliadores que não sabem avaliar pesquisas qualitativas e dessa forma impedem sua aceitação em certos periódicos, da mesma forma que em editais, haja vista ser fato reconhecido as dificuldades de localizar revisores qualificados no enfoque qualitativo, no âmbito da Saúde Coletiva.

Os distintos aspectos assinalados não podem ser isolados; mais que isto, eles se potencializam na complexa sinergia do processo de produção do conhecimento e nos modelos voltados à sua avaliação. Temos que considerar, ainda, a suposta inferioridade produtiva da “área humana” se comparada à biomedicina e à tecnologia, a um só tempo, conforme evidenciamos, causa e efeito do processo de avaliação dos produtos por pares – se vincula ao tema das políticas de Ciência e Tecnologia, notadamente à questão do financiamento e das agendas

nessa esfera. Observando tais agendas e, sobretudo, os editais, nos quais a concepção hegemônica de ciência e de tecnologia se evidencia, podemos constatar o lugar reservado à pesquisa qualitativa. Tanto no que concerne aos temas prioritários quanto ao montante dos recursos destinados aos poucos Editais em Ciências Humanas e Sociais, revelam-se flagrantes iniquidades.

Somando-se a tudo isso que foi exposto o sistema capitalista, conforme vivenciamos hoje, observamos que o mercado é o ordenador da produção científica, dessa forma será produzido aquele conhecimento que possa ser utilizado, de preferência a curto prazo, justificando assim o financiamento empregado. Temos, portanto, a reforma do Estado como principal marco histórico das mudanças ocorridas nas instituições sociais republicanas, dentre elas, a universidade pública.

O denominado movimento reformista fora caracterizado pelas intensas e extensas modificações decorrentes da Reforma do Aparelho do Estado, no Brasil em 1995, instituídas pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso. O complexo movimento de reformas visava o fortalecimento da administração pública direta – núcleo estratégico do Estado – e a descentralização da administração pública com a implantação de agências executivas e de organizações sociais controladas por contratos de gestão. No campo da educação superior, as mudanças se orientaram a partir de pressupostos que caracterizavam as universidades como organizações sociais. As universidades passariam a organizar-se como entidades públicas não-estatais ou fundações públicas de direito privado, isso significa afirmar o gradual processo de mercantilização que iniciaria na educação superior neste período.

A produção científica nas universidades públicas a partir da Reforma do Aparelho do Estado evidenciou uma indução ao financiamento, no sentido deste ser o elemento solucionador de problemas de ordem técnica e social no país naquele momento de ajuste e de mudanças na economia brasileira. O trabalho formativo desempenhado pelas escolas e universidades passou a reforçar por meio das práticas pedagógicas e de pesquisa, os princípios do velho liberalismo econômico – individualismo, competitividade e produtividade – eixos que se tornariam posteriormente, orientadores do desenvolvimento de pesquisas no país.

Não estamos mais livres para pesquisar o que queremos. As universidades públicas perderam a autonomia, são agora regidas

pela lógica capitalista, nossas pesquisas seguem a lógica do mercado, produzimos de acordo com as regras do mercado, ditadas pela Capes e pela Funcap. Antes éramos pagos para pensar, agora somos pagos para produzir (Professor-pesquisador).

A universidade por meio de orientações econômicas mais amplas, resultantes do processo de mundialização do capital, passa a produzir uma nova cultura universitária, por meio de práticas sociais individualistas, concorrenciais e produtivistas. Aliás, a proposta desse ideário era naturalizar esses elementos na prática universitária daqueles sujeitos envolvidos com a produção do conhecimento científico na universidade pública, envolvendo-os de tal forma, por meio dos avanços tecnológicos e do financiamento de pesquisas, que estes não teriam condições de recusa ou mesmo de uma reflexão mais cautelosa dos processos que envolviam essas mudanças na universidade e no trabalho dos pesquisadores. A naturalização desses elementos na prática universitária de alunos e professores envolvidos com a pesquisa nos leva a deduzir um processo de mercadorização da ciência.

O saber perde então a sua condição de “valor de uso” e passa a ser avaliado como algo que existe para ser vendido e que também existe para ser consumido com vistas a uma nova produção. Fornecedores e usuários do conhecimento passam a ter uma relação com o saber como “valor de troca”. O seu valor é determinado por uma realidade extrínseca a ele; ele é, segundo a definição clássica, a expressão do trabalho humano socialmente necessário para produzi-lo. O saber tornou-se a principal força de produção (LYOTARD, 2008, P. 129).

Pode-se dizer que, assim, por meio da naturalização das práticas produtivistas na universidade, acentuadas pelos interesses do mercado, que a cultura do imediatismo passa a ser consolidada em relação aos fenômenos sociais e estes por sua vez passam a ser explicados e reproduzidos por meio de análises fragmentadas e superficiais, legitimando desta forma uma visão pragmática de ciência e produção do conhecimento.

Tal “visão de mundo” faz com que, de forma semelhante ao que ocorre em outros setores de políticas sociais, na avaliação acadêmica em Saúde Coletiva não se valorizem produtos voltados para os sistemas de saúde e para os problemas

nacionais, como parece ser a questão da participação e do controle social em saúde, mas aquilo que se mostra “lucrativo” no mercado globalizado das publicações.

Esse sistema de avaliação tem provocado um impulso à pós-graduação no Brasil, o que de fato é bom, mas, por outro lado, devido às pressões por produção científica, tem elevado a realização de pesquisas superficiais apenas para cumprir tais exigências, até constrangimentos profissionais pela não obtenção dos pontos requeridos pela CAPES. E isso tem acarretado na busca por publicação a todo custo, criando o chamado produtivismo acadêmico.

O produtivismo acadêmico é entendido nesse trabalho como um fenômeno derivado dos processos de regulação e controle, em particular os de avaliação, que se caracterizam pela excessiva valorização da quantidade da produção científico-acadêmica, tendendo a desconsiderar a sua qualidade (SGUISSARDI; SILVA JÚNIOR, 2009). Teve sua origem nos anos 1950 nos EUA e se tornou mundialmente conhecido pela expressão *public or perish*, significando que os professores/pesquisadores universitários que não publicassem de acordo com os parâmetros postos como ideais pelos órgãos financiadores, pela burocracia universitária ou pelo mercado, teriam sua carreira comprometida (FONSECA, 2001; NASCIMENTO, 2010; SGUISSARDI; SILVA JÚNIOR, 2009).

O processo de privatização e mercantilização do conhecimento deu uma nova razão e função social à universidade pública. A nova ordem neoliberal aproxima este ente público do mercado, apresentando-o em uma lógica empresarial, segundo a qual, a qualidade foi substituída pela produtividade e o saber pelo custo/benefício (RODRIGUEZ; MARTINS, 2005). Sendo assim, o produtivismo acadêmico é resultado das políticas mercantilistas que negam a educação superior enquanto direito social e tornam-na mercadoria. A partir da nova lógica do capital, o mercado passa a regular as relações sociais. Nesta lógica, as universidades passam a ocupar um lugar de formação e produção científica. De acordo com Sguissardi e Silva júnior (2009), a nova ordem resultou em reformas no ensino superior modificada via CAPES e CNPq que acentuaram o produtivismo acadêmico.

Na verdade, não importa o que você vai pesquisar, o que importa é quantos artigos vão resultar da sua pesquisa. A CAPES não quer

saber se a sua pesquisa é inovadora, ou se ela traz uma discussão válida, isso não pontua, o que vale são quanto artigos você produziu e em quais revistas você publicou. Professor-pesquisador tem que produzir artigo. Essa é a lógica que impera. Dá aula é coisa para professor substituto ou aquele que não está vinculado a pós-graduação (Professor-pesquisador).

Fica claro, que o produtivismo induzido limita a democracia e a autonomia da universidade. O viés positivista e mercantilista é que, de fato, está pautando a produção do conhecimento, e nem as necessidades de saúde da população ou a identidade pessoal do pesquisador tem espaço nesse sistema. O direito à educação está sendo substituído pelo avanço do mercado sobre a educação, que está sendo vista como um serviço.

A Capes torna-se a agência reguladora desse movimento, e o CNPq o agente indutor, bem como a relação entre o mercado e a universidade se estreita, tendendo a submeter-se ao mesmo tempo. “*O tempo da economia tende a tornar-se o tempo da produção acadêmica*”, estabelecendo, assim, um nível de produtividade para a pesquisa nas universidades que se torna o parâmetro para se alcançarem os benefícios da Capes e do CNPq, donde se tem a materialidade da produção do produtivismo acadêmico (SGUISSARDI; SILVA JÚNIOR, 2009, p.124).

Não estamos mais livres para pesquisar o que queremos. As universidades públicas perderam a autonomia, são agora regidas pela lógica capitalista, nossas pesquisas seguem a lógica do mercado, produzimos de acordo com as regras do mercado, ditadas pela Capes e pela Funcap. Antes éramos pagos para pensar, agora somos pagos para produzir (Professor-pesquisador).

A universidade modifica-se profundamente com a reforma de Estado, que nela se faz demasiadamente presente, tirando-lhe a autonomia e induzindo seu movimento institucional para um objetivo privado/mercantil. Como consequência, mudam-se os rumos da formação dos graduandos, pós-graduandos e especialmente dos trabalhos dos professores-pesquisadores da pós-graduação, orientados pelo produtivismo acadêmico.

O depoimento acima mostra o poder de regulação e de controle da pesquisa pelas agências de fomento. As agências financiam as pesquisas de impacto, ou seja, aquelas cujos resultados são imediatamente aplicados ao setor produtivo ou na resolução de problemas sociais decorrentes da política industrial e econômica. Como dito acima, o tempo da universidade e da pesquisa deve equiparar-se ao tempo da sociedade e da economia. O controle e a regulação dão-se de forma tão eficaz que a comunidade científica somente os critica, como faz o entrevistado, depois de ter desistido *“da carreira professor-pesquisador, agora eu sou somente professor, aulista como dizem aqueles que me condenam, agora eu posso falar tudo que penso sobre essa indústria de pesquisadores. Estou fora!”*

O pesquisar que busca fazer ciência no tempo da ciência não tem mais lugar dentro desta nova universidade. Coloca a si mesmo para fora da pesquisa, da pós-graduação em face a mudança de cultura que dá coesão a sociedade e que se expressa na universidade. É claro perceber que a aula e a graduação foram desvalorizadas neste processo em que se consolidou o produtivismo acadêmico, basta atentarmos para a fala desse professor, agora não mais pesquisador.

Nós passamos por um concurso público para sermos prioritariamente professor, mas agora ser somente professor é motivo de constrangimento para muitos colegas. Acho que pesquisar a favor de um sistema capitalista e excludente é que não deve ser motivo de orgulho. Hoje esses mesmos professores-pesquisadores que me julgam aulista, nem se quer pisam na sala de aula da graduação, pois na lógica do produtivismo acadêmico não há espaço para isso. As aulas são ministradas por professores substitutos, desvalorizados pela alta carga horária e baixos salários e muitas vezes, desqualificados. (Professor-pesquisador

Na prática, o que temos é a “terceirização” das aulas na graduação nas universidades públicas. Todas as atividades da prática universitária parecem estar orientadas para a obediência das normas da Capes, para a utilização dos financiamento do CNPq e da Funcap, contingenciadas pelas precárias condições de trabalho.

Nesse contexto, foram inseridos também os alunos da graduação, que na modalidade de iniciação científica instituída pela Capes recebem bolsa de incentivo

à pesquisa e, com isso, ganham além de experiência na pesquisa pontos para adentrarem nos programas de pós-graduação.

Segundo Carlos Alberto Aragão de Carvalho Filho presidente do CNPq, em entrevista concedida na sala de imprensa do CNPq, em março de 2010, salientou o avanço quantitativo das bolsas de Iniciação Científica, que passaram de 29 para 43 mil, o que significa um incremento de 14 mil bolsas.

O incremento no número das bolsas de Iniciação Científica se dá em um momento em que o país dedica especial atenção ao setor de ciência, tecnologia e inovação, que este ano foi contemplado com o maior orçamento federal de sua história, mais de R\$ 7 bilhões. As bolsas de IC têm papel estratégico na formação de pesquisadores qualificados, pois são com elas que os professores procuram despertar vocação científica e incentivar novos talentos potenciais entre estudantes de graduação e ensino médio. Estudos já comprovaram que o estudante que é iniciado muito cedo no mundo da ciência reduz o tempo de titulação no mestrado e doutorado (CARVALHO FILHO, 2010).

Podemos perceber que nos últimos cinco anos o CNPq tem investido maciçamente na concessão de bolsas de Iniciação Científica, isso mostra conforme o próprio comentário do presidente do CNPq, citado acima, que a Iniciação Científica representa a introdução do aluno no mundo da produtividade acadêmica, como também representa a possibilidade de colocar no mercado de trabalho sujeitos titulados em menor tempo e produtivos por maior tempo. Não podemos deixar de ressaltar que grande parte dos investimentos, tanto no financiamento de pesquisas, quanto na própria oferta de bolsas, majoritariamente, se destaca aqueles projetos voltados à inovação tecnológica.

Esse contexto permite-nos fazer uma constatação, o movimento de priorizar a IC e o doutorado, mostra a tentativa de substituição do que se fazia anteriormente no mestrado. Se antes a IC possuía a característica de familiarização com a pesquisa, atualmente, ela passa a ser o espaço privilegiado de formação do pesquisador por meio da inserção do aluno, desde a graduação, em projetos de pesquisa dos seus orientadores. Esse movimento parece-nos indicar a intenção de diminuir o tempo de preparação do pesquisador nas universidades públicas e a perspectiva de colocar no mercado de trabalho, jovens “talentos” produtivos,

resultantes, em partes, dos processos de intensificação do trabalho de pesquisa de professores e alunos desde a graduação.

Diante disto, a cultura do imediatismo parece consolidar-se em relação aos fenômenos sociais e estes por sua vez passam a ser explicados e reproduzidos por meio de análises fragmentadas e superficiais, legitimando desta forma o pragmatismo. Percebe-se que na perspectiva do pragmatismo a crítica, vai aos poucos desaparecendo e em seu lugar consolida-se uma ciência de banco de dados, onde é vendida ao pesquisador como pesquisa de impacto, ou seja, uma ciência incorporada à mercadoria. Esta, por sua vez, perde então a conotação de originalidade, de amor à causa pela ciência e o pólo da crítica começa então a ser atrofiado e passa a velar os conflitos na sociedade, que se contradizem na prática social (SGUISSARDI; SILVA JÚNIOR, 2009).

Podemos perceber que no atual modelo de produção científica, muitas vezes, o mecanismo da superficialidade reforçado em torno da pressão por publicações, impossibilita e fragiliza o caráter da reflexão crítica e da totalidade sobre os fenômenos sociais e contribui cada vez mais para a produção de uma coesão em torno da necessidade de priorizar nas pesquisas o critério da utilidade em detrimento do critério da verdade.

Se é certo que o momento atual nos confronta com os desafios da complexidade, então talvez essa crise possibilite resgatar alianças entre saberes, livres das amarras de uma produtividade muitas vezes estéril, adoecedora e alienante. Um projeto que recomponha ontologicamente a ciência e sinalize para um caminho mais ético, inventivo e democrático, consoante os compromissos históricos da Saúde Coletiva brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate sobre participação social na saúde vem ocorrendo amplamente em congressos, reuniões de serviços e publicações no campo da saúde coletiva. A ênfase principal tem sido as questões relativas ao fortalecimento e papel dos conselhos e conferências de saúde, bem como as lutas sociais para ampliação dos recursos disponíveis. Contudo, pouca valorização é dada aos resultados das

pesquisas realizadas acerca da temática participação, embora saibamos que como eixo central da reforma sanitária brasileira, a participação social esteve intimamente associada como estratégia de democratização social, superando uma simples expansão do direito à saúde e consolidando-a em potente transformadora da realidade.

Os discursos dos conselheiros de saúde, assim como dos gestores desvelam severo distanciamento entre a universidade e os conselhos de saúde, embora esteja a primeira comprometida eticamente com o desenvolvimento de pesquisas que reflitam a respeito da organização social com vistas a suscitar um debate sobre seus determinantes e condicionantes que culmine em estratégias para a redução da desigualdade social, o que temos observado é que de um lado temos os movimentos sociais (antes nascido nas universidades) e de outro pesquisadores comprometidos com editais de pesquisa. Além disso, mesmo tendo espaço nos conselhos de saúde professores-pesquisadores desconsideram a capacidade dos mesmos de transformar realidades e sujeitos.

O que observamos é que o desinteresse de professores-pesquisadores no tema da participação social e do controle social em saúde não está apoiado em uma visão acrítica da sociedade, mas sim nos moldes do sistema de monitoramento e avaliação das pesquisas brasileiras que privilegia, em maior grau, a quantidade a qualidade, a publicação em periódicos internacionais em detrimento do fortalecimento dos periódicos nacionais.

A questão acerca do que vem sendo feito com os resultados das pesquisas pedem um posicionamento quanto à propriedade dos mesmos e seus usos, levando-nos a um distanciamento tanto de visões utilitaristas como de posições indiferentes à sua utilização, como se a finalidade do saber produzido fosse tão somente repousar em volumes nas prateleiras das universidades ou nos *curriculum vitae* dos pesquisadores. A questão da apropriação social não é meramente técnica; é ético-política.

A cultura do consumo imediato, proporcionada pelo sistema capitalista, direciona a produção científica às necessidades do mercado, fazendo emergir a necessidade da produção para a utilização. Não negamos neste estudo a importância de pesquisas que direcionam seus resultados a resolução de problemas da população, contudo, salientamos que, muitas vezes, os problemas vão além do

enfoque prático e aplicável, conforme observamos na análise da produção brasileira acerca da participação. Os desafios ao Sistema Único de Saúde perpassam por aspectos sociais e culturais, nesse sentido, pesquisas produzidas cujo enfoque seja a aplicação prática a curto prazo dos seus resultados, por si só não dão conta de resolver a problemática estrutural da saúde. Nesse interim, pesquisas reflexivas, teóricas cujo enfoque seja suscitar a dialética das causas e das soluções se fazem de suma importância ao desenvolvimento científico e da sociedade.

São inegáveis as contribuições alcançadas com o advento do atual sistema de monitoramento e avaliação de pesquisas e pesquisadores, através deste sistema, o Brasil passa a ser visto e reconhecido pela comunidade científica. Entretanto, é importante refletir criticamente acerca das consequências negativas geradas. Tal sistema fez despontar uma produção científica fragilizada pela perda da reflexão crítica da totalidade dos fenômenos em prol de “pesquisas salames”, produzidas para responder à lógica de mercado e “fatiadas” em artigos científicos para gerar “lucro” ao sistema.

Questionamos se não é chegada a hora de aperfeiçoar o sistema de monitoramento e avaliação da produção científica brasileira, donde o não quantificável, ou seja, os aspectos referentes a relevância das pesquisas possam ser balizadores para uma avaliação das pesquisas e dos pesquisadores.

Além disso, devemos considerar que todo o processo de produção e utilização das pesquisas que vem sendo discutido nesse estudo acaba por transformar universidades públicas em empresas, pesquisadores em empreendedores e estudantes em sujeitos acrílicos e desconexos do contexto social. O que percebemos é que, na atual lógica do sistema de pesquisas nem a produção científica está sendo utilizada para a mudança das práticas e desenvolvimento tecnológico, como almejam a CAPES e o Ministério da Saúde (e que em certa medida se fazem necessários), nem tampouco estão contribuindo para a busca de verdade (ainda que temporárias) como foi outrora.

O direito ao conhecimento integra a cidadania; o monopólio da ciência por parte dos experts e técnicos regride a democracia, favorecendo, conforme se observa nos dias atuais, a expansão de comportamentos vinculados a interesses de segmentos que controlam meios poderosos de disseminação de discursos, notadamente a mídia.

Pensamos que a política Nacional de ciência e tecnologia deve estar inserida em um projeto mais geral de desenvolvimento do Brasil. O desafio do desenvolvimento não deve ser relegado exclusivamente as forças de mercado, pois as empresas, ainda quando amparadas por diversas medidas de Estado, não se direcionam e não se propõem, por si só, a carrear a satisfação de todas as necessidades sociais e, muito menos, a resolver os problemas da desigualdade social.

Suspeitamos que oportunidades que vem despertando em linhas mais abertas ao livre pensar, solidamente alicerçadas na produção de renomados pesquisadores no domínio da pesquisa, podem fazer emergir novos protagonismos na academia, nos serviços, nos vários grupos e comunidades que protagonizam o campo da Saúde Coletiva. Se é certo que o momento atual nos confronta inexoravelmente e cada vez com mais força com os desafios da complexidade, então talvez nessa crise se encontre a oportunidade de: tecer esperanças em uma (re)avaliação da ciência e da pesquisa; sonhar com novas alianças entre enfoques e saberes; e com o resgate da alegria e do encantamento com o fazer científico apaixonado, longe das amarras de uma produtividade muitas vezes estéril, adocedora e alienante. Um projeto que nos conduza a um novo tempo no qual os desafios aqui assinalados não sejam mais contemporâneos.

O aprofundamento da democracia mostra-se como condição e consequência de uma melhor utilização do conhecimento científico. É por isso que consideramos importantes as sugestões singelas de Patton, de Weiss e de Hanney et al. Nas condições atuais, as iniciativas de aproximação entre os pesquisadores e os formuladores de políticas e as iniciativas de difusão ampla dos conhecimentos científicos são em si, estratégias de favorecimento do encontro da ciência com o senso comum

Mesmo numa sociedade carente de maturidade política, a busca por melhores condições sociais está presente, é algo que se dá numa concepção dialética, de forma simultânea ao estabelecimento da precariedade, mas condicionada às possibilidades de cada momento histórico. Da mesma maneira, a existência de um Estado pressupõe a existência de tensões na relação Estado-sociedade, principalmente, devido ao Estado ser, em princípio, um aparato da classe dominante para a manutenção da ordem.

Consideramos que para que as políticas de saúde e as políticas de pesquisa em saúde se integrem e se consolidem como políticas públicas voltadas a atender ao interesse público e à promoção da equidade, é necessário o fortalecimento do processo democrático de definição destas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles e instrumentando sua participação com acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes que permitam a defesa fundamentada de seus interesses.

REFERÊNCIAS

ACIOLI S. Participação Social na Saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2010.

ARNSTEIN, S. R. Uma escala da participação cidadã. *Participe – Revista da Associação Brasileira para Promoção da Participação*, p. 4-13, 2002.

ASSIS MMA, JORGE MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA JSSS, NASCIMENTO MAA (Orgs.). *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opin. Pública*, Campinas, v.14, n.1, p. 43-64, 2008.

BAQUERO, M. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: FLEURY L, LOBATO LVC (Orgs). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010

BARBOSA, A. M. G. Políticas de Saúde e Participação Social. *Revista Profissão Docente*, Uberaba, v. 9, n. 21, 2009.

BISPO JUNIOR, JP; GERSCHMAN, S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2015.

BISPO JUNIOR, JP; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2013.

BISPO JUNIOR, JP; GERSCHMAN, S. *Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, 2013.

BISPO JUNIOR, JP; MARTINS, PC. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, 2014.

BOBBIO N. *O Futuro da Democracia*. 11ª Edição. São Paulo: Paz e Terra; 2009.

BOBBIO, N. Estado, governo, sociedade. Para uma teoria geral da política, São Paulo: Paz e Terra, 1999.

BOBBIO, N; MATTEUCI, N & PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: Editora UnB, 1991.

BONAVIDES, P. A Constituição aberta. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

BORDENAVE, J.E.D. *O que é participação?* 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BOSI, MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2012.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP; 2004.

BRASIL. *Anais da 1ª Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde*. 1994. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_conf_nac1.pdf>. Acesso em: 16 set. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. *Resolução CNS 466*. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. *Decreto nº 8243 de 23 de maio de 2014*. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 02 ago. 2014

BRASIL. *Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 16 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde*, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. (Relatório Final).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2006. 208 p. Série E. Legislação de Saúde. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf>. Acesso em 04 ago. 2014

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades em Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. 2ª Edição. Brasília: MS; 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Decit 10 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) – diretrizes técnicas*. Brasília: MS; 2007.

BRASIL. *Pesquisa para o SUS: Mais Conhecimento, Saúde para o Brasil*, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AFB_MIN_carti.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2014

BRONFMAN M; TROTSLE P. *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*. Editorial Manual Moderno. Santa Fé de Bogotá, 2000

BUDO, MLD et al. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, Dez. 2010.

CARLOS, E. *Controle social e justiça redistributiva no orçamento participativo*. 1. ed. Vitória/ES: EDUFES, 2007.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Cebes, 2012. p. 141-166.

CARVALHO, AI. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, GCM. *Participação da comunidade na saúde*. São Paulo: Saberes editora, 2014

CASTIEL LD, SANZ-VALERO J, RED MEL-CYTED. Entre fetichismo e sobrevivência: o artigo científico é uma mercadoria acadêmica? *Cad. Saúde Pública*, . v. 23, n. 12, 2007

CASTILHO, V. Educação continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento profissional. *Mundo Saúde*. v. 24, n. 5, 2000.

CASTRO, RCL et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviço. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n.9, 2012.

CEARÁ. *Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico*. Disponível em: <<http://www.funcap.ce.gov.br>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

COELHO, JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude soc.*, São Paulo, v. 21, supl. 1, 2012.

COHRED - COUNCIL ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT. *Supporting health research systems development in Latin America: collaborative paper*. Antigua, 2006.

CORREIA, MVC. Controle social. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/> > Acesso em: 22 jul. 2014

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102-128.

COSSETIN, A. *Controle Social na Estratégia de Saúde da Família: avaliação participativa das ações em Saúde Mental*. 2010.155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

COTTA, R.M.M; CAZAL, M.M; MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

COTTA, RMM et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010.

COTTA, RMM et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011.

COTTA, RMM; CAZAL, MM; MARTINS, PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

CUBA, EG.; LINCOLN, YS. *Avaliação de Quarta Geração*. Campinas: Editora Unicamp, 2011. Tradução de Beth Honorato.

DA SILVA, AL. Ensaio em Saúde Coletiva: Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. *Saúde Coletiva*. Editorial Bolina: São Paulo, v. 2, n. 7, 2005

DAHL. *Poliarquia*. São Paulo: Edusp, 1997

DAMASCENO, S. S. et al. Fomentando o controle social em rodas de conversa com usuários de uma unidade de saúde da família. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 59-66, 2010.

DEMO P. *Avaliação qualitativa*. 7 ed. Campinas: Autores associados, 2002.

DEMO, P. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1990.

ELIAS, FTS; PATROCLO, MAA. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 215-227, Mar. 2005.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Cebes, 2012. p. 979-1010.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Cebes, 2012. p. 979-1010.

ESCOREL, S; MOREIRA, MR. Participação social. In: GEOVANELLA, MHMM. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 28, p. 979-1009.

FERREIRINHA, IMN; RAITZ, TR. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. *Ver Adm Pública*. Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, 2010. p. 367-383

FLICK U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão do ano de 2010 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza*. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acesso em: jul. 2014.

FORTALEZA. *Prefeitura Municipal de Fortaleza*. Disponível em: <www.fortaleza.ce.gov.br> Acesso em: jul. 2014.

GASTALDO D, BOSI MLM. ¿Qué significa tener impacto? Los efectos de las políticas de productividad científica en el área de salud. *Enfermería Clínica*. v. 20, n. 3, 2010.

GRISOTTI, M; PATRICIO, ZM; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2010.

GUIMARÃES R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2004.

GUIZARD, F. L., et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

GUIZARDI FL, PINHEIRO R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.

HANNEY SR, GONZALEZ - BLOCK MA, BUXTON MJ, KOGAN M. *The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods os assessment*. *Health Res Policy Sys*. v. 1, n.2, 2003

KELSEN H. *A democracia*. 2ª ed. São Paulo. Martins Fontes; 2000.

KLEBA, ME et al . O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2010.

KLEBA, ME; COMERLATTO, D; FROZZA, KM. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. *Rev AdM Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, 2015

KLEBA, ME; ZAMPIROM, K; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um conselho municipal de saúde. *Saúde soc. São Paulo*, v. 24, n. 2, 2015

LABRA, ME. Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidade e paradoxos do controle social. In: UGÁ MAD, SÁ MC, MARTINS M, BRAGA NETO FC, organizadores. *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 89-118.

LAVALL E, OLSCHOWSKY A, KANTORSKI LP. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm (Online)*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, Jan. 2009.

LAZARINI, WS; SODRE, F; DALBELLO-ARAUJO, M. O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 2, 2014.

LÜCHMANN LHH. *A representação no interior das experiências de participação*. Lua nova 2007. p. 139-70.

LUZ MT. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. *Physis* 2005; 15(1):39-57.

LYOTARD, Jean-François. *A Condição Pós-Moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2008..

MARTINS, CS et al . Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, 2013.

MATTA, GC; MOROSINI, MVG. Atenção Primária à Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/>> Acesso em: 30 jun. 2014

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2013.

MULLER NETO, JS; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2014.

OBORN E; BARRET M; RACKO G. Knowledge translation in health care: a review of the literature. Cambridge Judge Business School. University of Cambridge. Working Paper Series 5/2010. Disponível em: <http://www.jbs.cam.ac.uk/research/working_papers/2010/wp1005.pdf>. Acesso em: 03 jun 2010

- OLIVEIRA, AMC; IANNI, AMZ; DALLARI, SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, 2013.
- OLIVEIRA, ML; ALMEIDA, ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, n. 1, 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.
- PANG, T. et al. Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bulletin of the World Health Organization*, Washington, v. 81, n. 11, 2003.
- PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- PATTON M. *The evaluator's responsibility for utilization*. *Eval Pract*, 1988.
- PÉREZ, D. et al. Augmenting frameworks for appraising the practices of community-based health interventions. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 24, p. 335-41, 2009.
- REIS, PED. A pesquisa em saúde: implicações para a prática profissional. *Rev Bras Prom Saúde*, v. 18, n. 2, 2005.
- ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s69-s78, 2008.
- RODRIGUEZ, M. V; MARTINS, L. G. A. As políticas de privatização e interiorização do ensino superior: Massificação ou democratização da educação brasileira. *Revista de Educação*, Valinhos, v. 8, n. 8, 2005.
- SANTOS FAS, SOUZA IMC, GURGEL IGD, BEZERRA AFB, BARROS NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saúde Pública*. v. 45, 2011
- SANTOS, B.S & AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, BS (Org.) *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2002.
- SCHUMPETER J. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1984.
- SERAPIONI, M; ROMANI, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 11, Nov. 2006 .
- SERAPIONI, M; SILVA, MGC. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, 2011.

SGUISSARDI, V.; SILVA JÚNIOR, J. R. *Trabalho intensificado nas federais: pós-graduação e produtividade acadêmica*. São Paulo: Xamã, 2009.

SILVA, J. M. D.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SIPIONI, ME; SILVA, MZ. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, 2015.

SORATTO, J; WITT, RR. Participação e controle social: percepção dos trabalhadores da saúde da família. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, 2013.

SORATTO, J; WITT, RR; FARIA, EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dez. 2010.

SOUZA, LEPP; CONTANDRIOPOULOS, AP. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 546-554, abr. 2004.

SOUZA, RO. Participação e controle social. In SALES, MA; MATOS, MC; LEAL, MC (org). *Política social, família e juventude*. São Paulo, SP: Cortez, 2004.

STEIN E. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre método em filosofia. In: Habermas J. *Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer*. Porto Alegre: L&PM, 1987. p.98-133.

STOTZ, EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, 2006.

TRIVIÑOS, A.N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992.

URBINATI N. *O que torna a representação democrática?* Lua Nova, 20

WEISS CH. *Evaluation for decisions: is anybody there? Does anybody care?* Eval Pract; 1988

WENDHAUSEN, Á; CARDOSO, SM. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 60, n. 5, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National Health Research System. Report of an International Workshop*. Chara, Thailand, 12-15 March 2001. Geneva: World Health Organization; 2002.

ZAMBON, VD; OGATA, MN. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 4, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A
 PARTICIPAÇÃO?
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONSELHEIROS DE SAÚDE

O estudo pretende avaliar como o conhecimento produzido na temática da participação repercute nas instancias de participação e instituições de saúde. Temos, portanto os seguintes questionamento: Como e se as pesquisas têm contribuído para promover a participação dos usuários? Que papel pesquisadores tem desenvolvido para pulverizar os princípios e diretrizes do SUS, principalmente a participação e o controle social? Profissionais, pesquisadores e usuários percebem as pesquisas realizadas como potencializadora de espaços democráticos e participativos?

A pesquisa tem como objetivo: avaliar como o conhecimento produzido na temática da participação repercute nas instancias de participação e instituições de saúde; Identificar as pesquisas produzidas cuja temática aborde a participação social; Analisar a aplicabilidade das pesquisas sobre participação social no âmbito da atenção primária; Discutir fragilidades e desafios das pesquisas que abordem a participação social e suas influências na dinâmica cotidiana no SUS.

A pesquisa utilizará as seguintes técnicas: entrevista em profundidade, entrevista semiestruturada, análise de documentos e observação sistemática. As informações registradas serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Garantimos que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, no entanto, se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Contatos através do telefone: Jamine Borges: (85) 9666.4631.

Os discursos e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos, apresentados em eventos científicos assim como nos cenários da pesquisa, além disso esperamos: proporcionar uma reflexão sobre a aplicabilidade das pesquisas; subsidiar agências de fomento no gerenciamento das pesquisas, propondo estratégias para a gestão das mesmas; possibilitar a construção de sujeitos que lutem pela construção do SUS.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2014.

 Participante

 Pesquisador
 Jamine Borges de Morais

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A
 PARTICIPAÇÃO?
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
GESTORES/DIRIGENTES

O estudo pretende avaliar como o conhecimento produzido na temática da participação repercute nas instancias de participação e instituições de saúde. Temos, portanto os seguintes questionamento: Como e se as pesquisas têm contribuído para promover a participação dos usuários? Que papel pesquisadores tem desenvolvido para pulverizar os princípios e diretrizes do SUS, principalmente a participação e o controle social? Profissionais, pesquisadores e usuários percebem as pesquisas realizadas como potencializadora de espaços democráticos e participativos?

A pesquisa tem como objetivo: avaliar como o conhecimento produzido na temática da participação repercute nas instancias de participação e instituições de saúde; Identificar as pesquisas produzidas cuja temática aborde a participação social; Analisar a aplicabilidade das pesquisas sobre participação social no âmbito da atenção primária; Discutir fragilidades e desafios das pesquisas que abordem a participação social e suas influências na dinâmica cotidiana no SUS.

A pesquisa utilizará as seguintes técnicas: entrevista em profundidade, entrevista semiestruturada, análise de documentos e observação sistemática. As informações registradas serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Garantimos que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, no entanto, se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Contatos através do telefone: Jamine Borges: (85) 9666.4631.

Os discursos e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos, apresentados em eventos científicos assim como nos cenários da pesquisa, além disso esperamos: proporcionar uma reflexão sobre a aplicabilidade das pesquisas; subsidiar agências de fomento no gerenciamento das pesquisas, propondo estratégias para a gestão das mesmas; possibilitar a construção de sujeitos que lutem pela construção do SUS.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2014.

 Participante

 Pesquisador
 Jamine Borges de Morais

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A
 PARTICIPAÇÃO?
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PESQUISADORES

O estudo pretende avaliar como o conhecimento produzido na temática da participação repercute nas instancias de participação e instituições de saúde. Temos, portanto os seguintes questionamento: Como e se as pesquisas têm contribuído para promover a participação dos usuários? Que papel pesquisadores tem desenvolvido para pulverizar os princípios e diretrizes do SUS, principalmente a participação e o controle social? Profissionais, pesquisadores e usuários percebem as pesquisas realizadas como potencializadora de espaços democráticos e participativos?

A pesquisa tem como objetivo: avaliar como o conhecimento produzido na temática da participação repercute nas instancias de participação e instituições de saúde; Identificar as pesquisas produzidas cuja temática aborde a participação social; Analisar a aplicabilidade das pesquisas sobre participação social no âmbito da atenção primária; Discutir fragilidades e desafios das pesquisas que abordem a participação social e suas influências na dinâmica cotidiana no SUS.

A pesquisa utilizará as seguintes técnicas: entrevista em profundidade, entrevista semiestruturada, análise de documentos e observação sistemática. As informações registradas serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Garantimos que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, no entanto, se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Contatos através do telefone: Jamine Borges: (85) 9666.4631.

Os discursos e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos, apresentados em eventos científicos assim como nos cenários da pesquisa, além disso esperamos: proporcionar uma reflexão sobre a aplicabilidade das pesquisas; subsidiar agências de fomento no gerenciamento das pesquisas, propondo estratégias para a gestão das mesmas; possibilitar a construção de sujeitos que lutem pela construção do SUS.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2014.

 Participante

 Pesquisador
 Jamine Borges de Morais

APÊNDICE D – Roteiro para oficina com dirigentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde

Horário da oficina: Início _____ Término_____

Quantos participantes: _____

Quem estava presente:

Hoje em dia muitas pesquisas estão sendo realizadas na área da saúde e diante este fato indagamos se os resultados dessas pesquisas repercutem no cotidiano dos serviços, em específico na ESF.

Escolhemos cinco eixos principais para discutir esse tema:

- Acolhimento e Vínculo;

Processo de trabalho e organização do serviço

- Acesso;

Organização do serviço

- Participação social;

Participação do sujeito nos conselhos de saúde e nas decisões referente a organização dos serviços e do seu projeto terapêutico. Autonomia do sujeito.

- Medicamentação;

Uso do medicamento como única terapêutica possível; Autonomia do sujeito.

- Drogas.

Processo de trabalho e Organização do serviço (acesso)

1. Falem um pouco sobre as pesquisas que estão sendo realizadas nas UAPS. (Relevância dos temas; contribuição para o serviço; mudança das práticas)
2. Sobre os temas elencados vocês acreditam que as pesquisas contribuem para modificar as práticas, melhorar os serviços e transformar os sujeitos? (comentar sobre cada tema separadamente)
3. Quais são os desafios percebidos para a implementação dos resultados das pesquisas
4. Quais estratégias poderiam ser pensadas para facilitar a divulgação e implementação dos resultados das pesquisas
5. Existe a devolução dos resultados da pesquisa? Como é feita? Se não, por qual motivo não acontece? (horário, espaço físico, disponibilidade do pesquisador ou dos trabalhadores)
6. Qual sua contribuição, como gestor, para implementar os resultados das pesquisas na UAPS

APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista: Conselheiro de saúde

Identificação:_____.

Idade:____. Sexo: M () F (). Formatação profissional:_____.

Pós-Graduação: () Especialização_____.

() Mestrado_____.

() Doutorado_____.

() Outra_____.

Área de atuação:_____.

Vínculo empregatício:_____.

Local de trabalho:_____.

Tempo de atuação no local de trabalho:_____.

1. Fale um pouco sobre a atividade que você desenvolve neste órgão?
2. O Sr(a) participa da tomada de decisão (políticas, organização dos serviços e assistência)? Como se dá essa participação?
3. O Sr(a) utiliza para fundamentar sua tomada de decisão, (políticas, organização dos serviços e assistência) resultados de pesquisas? Como se dá essa utilização? Comente um pouco sobre isso.
4. O Sr(a) já foi convidado a participar de discussões (seminários, fóruns, simpósios) dos resultados de pesquisas? Comente um pouco sobre isso.
5. Quais são os desafios percebidos para a implementação dos resultados das pesquisas e quais estratégias poderiam ser pensadas para facilitar sua utilização?
6. sabe-se que as pesquisas têm o potencial de promover mudanças, diante esta afirmativa fale um pouco sobre o conhecimento produzido e a prática da participação social

APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista: Assessor Técnico da Educação Permanente

Identificação:_____.

Idade:____. Sexo: M () F (). Formatação profissional:_____.

Pós-Graduação: () Especialização_____.

() Mestrado_____.

() Doutorado_____.

() Outra_____.

Área de atuação:_____.

Vínculo empregatício:_____.

Local de trabalho:_____.

Tempo de atuação no local de trabalho:_____.

1. Fale um pouco sobre a atividade que você desenvolve neste órgão?
2. Comente como se dá o processo de gestão de pesquisas no SUS no âmbito Estadual, Municipal e nos serviços de saúde? (Fluxo, organização, acesso e comunicação entre Estado e Município).
3. O Sr(a) já foi convidado a participar de discussões (seminários, fóruns, simpósios) dos resultados de pesquisas no SUS? Comente um pouco sobre isso.
4. Fale como os resultados das pesquisas contribuem para a tomada de decisão (política, organização dos serviços e assistência)?
5. Como se dá sua participação na implementação dos resultados das pesquisas no SUS?

APÊNDICE G – Quadro-síntese da produção científica brasileira acerca da temática participação social em saúde

Nº	Nome dos autores/ Ano de publicação	Periódico	Título	Objetivo	Principais resultados
1	Bispo Junior; Gerschman , 2015	Cadernos de saúde pública	Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil	Analisar a representatividade e a representação de interesses no CES/BA.	O estudo evidencia um conjunto de problemas referentes à representatividade no CES/BA. São discutidas as peculiaridades da representação nas instâncias de participação social e as dimensões que conferem legitimidade aos representantes.
2	Kleba; Comerlatto ; Frozza, 2015	Revista de administração pública	Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas	Identificar instrumentos e mecanismos de gestão utilizados no processo decisório pelos Conselhos Municipais de Assistência Social e de Saúde em Chapecó (SC).	A partir da leitura de atas (2005 a 2009), obtiveram-se como instrumento mais citado os relatórios de prestação de contas, embora esses não evidenciem articulação com objetivos e metas definidos no plano municipal. Os mecanismos mais utilizados são comissões internas, capacitação, conferências e comunicação com outras organizações. Os conselhos estudados recorrem a instrumentos e mecanismos com potencial para ampliar a participação na gestão pública municipal.
3	Sipioni; Silva, 2015	Saúde em Debate	Democracia e saúde: a prestação de contas como legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES)	Analisar a representação da sociedade no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES) a partir da prestação de contas dos representantes.	Apesar de alguns discursos demonstrarem distanciamento entre ambos, outros indicam grande proximidade, o que revela certa legitimidade da atividade participativa nestas instâncias. É necessário aprofundar esse debate para que se possa ampliar as possibilidades de um melhor entendimento sobre a representação em instâncias participativas.
4	Kleba; Zampirom; Comerlatto , 2015	Saúde e sociedade	Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas:	Analisar a incorporação de deliberações do Conselho Municipal da Saúde em	A implementação das decisões depende de diferentes órgãos ou de outras esferas de governo, não apenas da competência dos conselheiros para formular ou defender suas propostas, ou ainda

			desafios de um Conselho Municipal de Saúde	Chapecó/SC.	do interesse, compromisso ou engajamento do gestor municipal. O pouco tempo disponível para o debate nas reuniões do Conselho resulta muitas vezes em decisões que desconsideram fatores importantes, como a capacidade instalada, recursos disponíveis e previsões para a manutenção das atividades incorporadas. O impacto da participação social sobre as políticas públicas na área da saúde requer qualificação do processo decisório, prevendo os múltiplos fatores, de caráter técnico e também político, envolvidos em sua implementação.
5	Muller Neto; Artmann, 2014	Cadernos de saúde pública	Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde	Analisar os discursos dos participantes sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde.	Os discursos encontrados refletem um consenso sobre a importância da conferência municipal de saúde, mesmo no caso daqueles que questionam a efetividade de suas decisões no planejamento e na gestão. Observaram-se discursos resultantes de interpretações de tradições teóricas distintas.
6	Lazarini. Sodré; Dalbello-Araujo, 2014	Interface	O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil	Analisar a relação entre a educação em saúde e a política de participação e controle social promovida na cidade de Vitória-ES	Evidenciou-se que a gestão orientou sua política pela participação, mas restringiu-se ao Conselho Municipal de Saúde. A educação em saúde foi tratada pontualmente durante as reuniões. Quando debatida, foi como modelo tradicional, configurando-se em estratégia para vigilância. A Educação Popular em Saúde foi mencionada no segundo governo, mas sem a redefinição das práticas. Sinaliza-se a necessidade de reconhecer as diferentes formas de participação social em Vitória e ampliar o debate acerca do modelo dialógico da educação em saúde.
7	Bispo Júnior; Martins, 2014	Saúde em Debate	Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde	Analisar as percepções de conselheiros de saúde com relação à participação na Estratégia de Saúde da Família.	Os resultados evidenciaram que os conselhos são percebidos como instrumento da melhoria da assistência e também como espaço de promoção da saúde. Evidenciou-se existir um sentimento de desinteresse das comunidades pelas práticas participativas. Alguns fatores contribuem para o pouco envolvimento da população, a exemplo das debilidades assistenciais e da percepção da

					esterilidade do conselho na resolução dos problemas comunitários.
8	Oliveira; Ianni; Dallari, 2013	Ciência e Saúde Coletiva	Controle social no SUS: discurso, ação e reação	Descrever e analisar a dinâmica da participação social, a partir das representações sociais dos Conselheiros Municipais de Saúde de Belo Horizonte sobre os sentidos do controle social.	Verifica-se que a instituição política Conselho Municipal de Saúde, reflexivamente, aciona diversos mecanismos para aprimorar seus modos de ação e organização e, também, o comprometimento dos atores para com esse fórum.
9	Martins et al, 2013.	Saúde em Debate	Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde	Aferir o grau de conhecimento dos usuários, trabalhadores e gestores de saúde, bem como dos representantes desses segmentos no Conselho Municipal de Saúde do Município de Colombo, localizado no Estado do Paraná.	Os resultados demonstram grande desinformação dos usuários, dos novos conselheiros e da maioria dos trabalhadores, em contraste com os gestores e os conselheiros com mais tempo no cargo
10	Soratto; Witt, 2013	Texto & Contexto - Enfermagem	Participação e controle social: percepção dos trabalhadores da saúde da família.	Analisar as percepções da equipe de saúde da família sobre participação e controle social em saúde.	Os resultados mostraram percepções relacionadas aos reflexos do modelo de saúde e outras que sinalizam a possibilidade do avanço das discussões com contribuição do nível local para a participação e o controle social em saúde.
11	Coelho, 2012	Saúde e sociedade	Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação	Reflexões sobre a busca e o exercício da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo seu conceito como as diferentes ações dos grupos sociais que influenciam a formulação, execução, fiscalização e	As ações de construir a cidadania e formar sujeitos coletivos são tomadas como fundamentos para a conquista de espaços democráticos e de direitos sociais. No ambiente dos espaços institucionais de participação, foram destacados elementos necessários para consolidar e efetivar a participação popular, como a relação entre os atores e a comunicação para a socializar as informações e conhecimentos em saúde.

				avaliação das políticas públicas.	
12	Zambon; Ogata, 2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo.	Analisar os CMS de uma Região de Saúde do Estado de São Paulo abordando aspectos relacionados à criação, estruturação, organização e funcionamento dessas instâncias pautadas nas recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS).	Algumas leis dos conselhos têm inconsistências quanto às normas locais e nacionais em relação ao caráter deliberativo, paridade dos usuários, regimento interno, gestor como presidente nato e não garantia de estrutura administrativa e financeira para funcionamento.
13	Cotta et al, 2011	Physis	O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde.	Analisar a experiência do controle social, via Conselho de Saúde - CS, em um município de pequeno porte.	O que se verificou foi um grande desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação social em saúde, gerando assim uma forte influência dos gestores locais na dinâmica e no funcionamento do CS, principalmente na determinação de seus membros, impedindo, dessa forma, que esse seja um espaço concreto para que os usuários se apropriem da forma institucional e política do conselho.
14	Soratto; Witt; Faria, 2010	Physis	Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família.	Construir um processo de participação popular e controle social em saúde, no território de uma Estratégia Saúde da Família, na região sul do Estado de Santa Catarina.	Constatou-se que a institucionalização de espaços participativos não garante a participação popular e o controle social em saúde.
15	Cotta et al, 2010	Physis	Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde.	Capacitar os Conselheiros Municipais de Saúde do município de Viçosa-MG, visando a sensibilizá-los para o exercício pleno e consciente de seu papel no controle social, possibilitando	Como resultado, foi possível identificar alguns desafios para o exercício do controle social, como a importância da participação ativa e da necessidade de buscar informações e trocar experiências. Destarte, destaca-se que a participação dos conselheiros de saúde em oficinas de capacitação aparece como uma possibilidade de superação das dificuldades de implementação das conquistas legais, ao sensibilizar estes atores

				assim a construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário.	sociais para transpor a posição de meros expectadores passivos em protagonistas na construção de um sistema de saúde universal e equitativo.
16	Cotta, Cazal, Martins, 2010	Ciência e Saúde Coletiva	Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social.	Analisar o formato institucional do CMS de Viçosa (MG), abordando sua estrutura e dinâmica de funcionamento, regras de composição e competências.	Dos 34 membros entrevistados (77,2% dos membros do CMS), 44,2% afirmaram que as decisões tomadas no CMS não são informadas à população e 35,3% não repassam as informações sobre as propostas e discussões tomadas no CMS para discussão e deliberação por seus pares. Pela análise documental, constatou-se que a composição do CMS de Viçosa, na gestão estudada, não está de acordo com a distribuição prevista pela legislação federal. Os resultados sugerem a existência de problemas relacionados à representação, limitando a participação social no conselho.
17	Kleba et al, 2010	Ciência e Saúde Coletiva	O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC)	Analisar a efetividade do controle social a partir do estudo sobre atribuições dos Conselhos Municipais da Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Educação e da Saúde no município de Chapecó (SC).	A análise das informações revela sobrecarga de atribuições burocráticas, restringindo o debate político inerente ao papel dos conselheiros. Além disso, questionamos a legitimidade de suas atribuições, considerando as condições objetivas de sua participação: o caráter voluntário, não profissional, não remunerado; o tempo restrito dos encontros; a falta de estrutura física e operacional qualificada e autônoma, entre outras. Os conselhos gestores são espaços de exercício de cidadania, o que requer maior atuação na criação e no fortalecimento de canais e processos de diálogo com diferentes atores sociais, constituindo elos na rede de parcerias em prol do enfrentamento dos problemas sociais da cidade e da construção de condições favoráveis à vida.

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP




UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM: OLHARES PLURAIS SOBRE A CONTRIBUIÇÃO PARA AS POLÍTICAS, ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E ASSISTÊNCIA NA INTERFACE COM PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Maria Salete Bessa Jorge

Área Temática:

Versão:

CAAE: 31117214.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 662.093

Data da Relatoria: 18/05/2014

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um estudo de Avaliação de Quarta Geração, caracterizado como um estudo avaliativo pautado numa abordagem construtivista. O estudo será realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, com gestores, gerentes, trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) e professores de Instituições de Ensino Superior (IES), coordenadores de projetos de pesquisas concluídas. Para a coleta de dados serão utilizadas três (03) técnicas: a entrevista semiestruturada, grupo focal e documentos. O tratamento do material empírico será orientado pela análise de conteúdo temática das entrevistas, narrativas dos grupos focais e observações pelos pressupostos da hermenêutica crítica.

Objetivo da Pesquisa:
Avaliar como as pesquisas em saúde e enfermagem contribuem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência à saúde na interface com a produção do cuidado na atenção primária.

- Analisar como as investigações colaboram para a legitimidade do controle social em saúde.
- Discutir como os resultados das pesquisas

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700
Bairro: Itaperi
UF: CE
Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-6990
Fax: (85)3101-6926
CEP: 60.714-903
E-mail: anovotem@uece.br

Página 01 de 02



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Contribuição do Parecer: 662.933

interferem no acesso à rede de atenção à saúde; a influência dos resultados de pesquisas na produção do cuidado integral, considerando o acolhimento e vínculo; como as investigações interagem com melhoria do processo gerencial de enfermagem na APS; Descrever: como as pesquisas fortalecem a gestão do sistema de saúde local, considerando o financiamento e a capacidade instalada; de que maneira os resultados das pesquisas influenciam nas práticas clínicas e cuidado em enfermagem na

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os participantes estão relacionados ao constrangimento de responder as questões da entrevista e os benefícios está relacionada as contribuições para a melhoria de práticas assistenciais e qualidade de atendimentos aos usuários e seus familiares, bem como resposta para gestores e comunidade científica sobre a efetividade e impacto das pesquisas nos serviços de saúde, sendo capaz de gerar reflexões sobre a realidade

sanitária, elaborações de pesquisas a partir da participação

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância com objetivos claros e desenho metodológico bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão em anexo, atendendo às determinações da portaria 466/12

Recomendações:

Nenhuma recomendação a ser feita.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Sítio Munguba, 1700

Bairro: Itapet

UF: CE

Telefone: (85)3101-9390

Município: FORTALEZA

Fax: (85)3101-9505

CEP: 60.714-903

E-mail: anavalveska@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 002.093

FORTALEZA, 27 de Maio de 2014

Assinado por:
Ana valeska Siebra e silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Sâneas Manguba, 1700 CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi Município: FORTALEZA
UF: CE Telefone: (85)3101-6690 Fax: (85)3101-6695 E-mail: anavaleska@uece.br