



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS BRITO

**PRÁTICAS DE CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA:
REVISÃO SISTEMÁTICA**

**SANTO ANTÔNIO DE JESUS
2013**

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS BRITO

**PRÁTICAS DE CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA:
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/ Centro de Ciências da Saúde – UFRB/ CCS, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Paloma de Sousa Pinho Freitas

Co-Orientador: Otoni Silva de Queiroz Souza

**SANTO ANTÔNIO DE JESUS
2013**

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS BRITO

**PRÁTICAS DE CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA:
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, submetida à aprovação da banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em: ____ / 06 / 2013

Professora Mestre Paloma de Sousa Pinho Freitas
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Professora Assistente do Centro de Ciências da Saúde
Orientadora

Professor Otoni Silva de Queiroz Souza
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Professor Substituto do Centro de Ciências da Saúde
Co-Orientador

Professora Mestre Josele de Farias Rodriguez Santa Bárbara
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Professora Titular do Centro de Ciências da Saúde
Convidada

Professora Mestre Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Professora Substituta do Centro de Ciências da Saúde
Convidada

A Otoni Souza pela disponibilidade e incentivo, a Ana Godoy por ter acreditado na elaboração deste trabalho, a Paloma Pinho por ter aceitado o desafio de ser minha orientadora e a Josele Farias pelos esforços pra me ajudar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado sabedoria e força para continuar a minha graduação diante de tantos obstáculos.

A minha família, em especial a minha mãe Margarida dos Santos, pelas constantes orações, amor e carinho, meu muito obrigado por ser seu filho.

A minha noiva Marisa Oliveira Santana, pela compreensão, apoio e incentivo.

A minha Orientadora Paloma Pinho, meu Co-Orientador Otoni Souza e demais membros da banca.

A todos os meus professores, desde o ensino fundamental até ensino superior, pelo eterno aprendizado. Em especial gostaria de citar o professor Leo e a professora Cremilda, por ter sido meus grandes incentivadores para o ingresso na vida acadêmica.

A todos os meus colegas de faculdade, pela amizade, troca de conhecimento, incentivo, e pelos momentos juntos que passamos nesse período.

A todos os meus colegas de trabalho, que me deram força e torceram por essa conquista.

RESUMO

O controle Social apresenta-se como um mecanismo indispensável para construção do direito a saúde num ambiente democrático, sendo a participação popular a principal marca deste processo. Entendendo que os profissionais de saúde da atenção básica podem desempenhar um papel importante na construção do controle social no Sistema Único de Saúde, objetivou-se neste trabalho identificar as práticas de controle social desses profissionais. Trata-se de um estudo de revisão sistemática. A busca bibliográfica foi realizada em estudos indexados no distribuidor de dados, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram: Participação comunitária, SUS, profissional de saúde e atenção básica. Inicialmente foi encontrado 2445 trabalhos, após leitura do título e resumo foi selecionado 20 e com a leitura detalhada dos mesmos restaram 05 para análise. Após análise dos estudos selecionados, ficou evidenciado que as principais práticas de controle social realizadas pelos profissionais de saúde da atenção básica se restringem a: convidar a população a participar das reuniões, seguida pela divulgação das reuniões do conselho de saúde.

Palavras chaves: Participação Comunitária. SUS. Profissional de Saúde. Atenção Básica

ABSTRACT

Social control is presented as an indispensable mechanism for the construction of the right to health in a democratic environment, and popular participation the main hallmark of this process. Understanding that health professionals in primary care can play an important role in the construction of social control in the Health System, the objective of this study was to identify the practices of social control of these professionals. This is a study of systematic review, a literature search was conducted on studies indexed in the data distributor, Virtual Health Library (VHL), The descriptors used were: Community Participation, SUS, healthcare and attention Basic. Initially found 2445 jobs, after reading the title and abstract was selected 20 and the detailed reading of the same remaining 5 for analysis. After analysis of the selected studies, it was evident that the main practices of social control performed by health professionals of primary restricted to: invite the public to attend meetings, followed by the release of the meetings of the board of health.

Keywords: Community Participation, SUS, health care and primary care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

LOS - Leis Orgânicas da Saúde

AB - Atenção Básica

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	Saúde Pública no Brasil: a luta pelo direito a saúde	12
2.2	Direito Popular: o Controle Social no Contexto do SUS;	15
2.3	Controle Social no Contexto da Atenção Básica: reconstruindo o SUS a partir do meu contexto	17
3	METODOLOGIA	20
4	RESULTADOS	22
5	DISCUSSÃO	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFRÊNCIAS	30
	APÊNDICE	35

1 INTRODUÇÃO

O controle Social apresenta-se como um mecanismo indispensável para construção do direito a saúde num ambiente democrático, sendo a participação popular a principal marca deste processo. No Brasil, a participação do Povo na construção do Sistema de Saúde já está consolidada enquanto um direito. A Reforma Sanitária configura-se como principal movimento da sociedade organizada no Brasil, que surge na década de 70 e tem seu apogeu na década de 80, em prol da luta pelo direito à saúde.

Para Paim (2007) a reforma sanitária compreende a democratização da saúde, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e participação social na elaboração de políticas e na gestão; democratização do Estado e seus aparelhos, assegurando a descentralização do processo decisório; democratização da sociedade e da cultura. Sendo assim essa reforma representou um marco histórico da participação social na construção do SUS.

Assim, podemos considerar que a participação da comunidade na gestão do Sistema de Saúde brasileiro foi preconizada pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, culminando com a criação do SUS em 1988, oficializado na Carta Magna, atendendo às reivindicações populares.

Neste contexto, a Saúde passa a ser um direito do Cidadão e um dever do Estado, assegurado pela Constituição Federal e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Neste ínterim fica assegurado os principais meios pelos quais a população exerce o controle social: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (em níveis: local, municipal, estadual e nacional). Dessa forma a comunidade passa a ter o direito, bem como o dever de deliberar, sobre o planejamento, formulação, execução e fiscalização das ações de saúde, assim como da gestão financeira e administrativa do SUS.

Para Arantes et. al. (2009), o controle social em saúde é um dos princípios organizativos do SUS que garante a participação da população no processo de formulação e controle das políticas de saúde no Brasil. Isso significa dizer que as decisões políticas antes estabelecidas apenas pelo Estado passam a ser compartilhada com a sociedade de forma democrática.

O controle social é citado como um dos princípios da atenção básica/atenção primária saúde, as quais se caracterizam por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem 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. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Está orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Essa aproximação do sistema de saúde com a população promovida pela Atenção Básica (AB) torna importante a existência de espaços a nível local, para a discussão dos determinantes e condicionantes da situação saúde-doença da população. Nessa perspectiva é preciso pensar o controle social para além dos espaços das Conferências e Conselhos de Saúde, apontando para práticas que proporcionam a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde.

A formação de um Grupo de Vivências (adolescente, gestante, Idosos e etc) significa a criação de um espaço local onde poderá ser discutido o processo saúde-doença de um determinado grupo, sendo que possibilitará fazer considerações peculiares sobre os diversos fatores que interferem neste processo. Estando dessa forma dialogando com a comunidade na perspectiva da transformação, de uma maneira personalizada e contextualizada.

Apesar da importante função da Participação Popular no processo de gestão e reconstrução do Sistema de Saúde e do direito assegurado, na prática percebe-se um envolvimento popular ainda muito frágil. Essa realidade vivenciada na prática cotidiana nos faz questionar por que razões esse mecanismo dinâmico e transformador ainda não funciona a contento.

De acordo com Arantes et. al. (2007) é necessário que os profissionais de saúde compreendam os princípios e diretrizes que direcionam o Sistema de Saúde no qual estão inseridos, para que possam viabilizar mudanças necessárias nas práticas de saúde. Dentre os profissionais de saúde destacaremos neste trabalho os que atuam em unidades de atenção básica à saúde por acreditar que os mesmos possam exercer um papel importante na construção e no fortalecimento do controle social, pois estão em contato direto com a população usuária dos serviços, tendo um papel articulador entre a comunidade e a unidade de saúde.

Trata-se de um estudo de revisão sistemática. O interesse com esta linha de estudo, Controle Social, surge a partir da aproximação com o campo de prática do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Centro de Ciências

da Saúde (CCS), Santo Antônio de Jesus BA, onde foi possível perceber que a participação popular na construção do SUS ainda é muito fragilizada e reduzida. Sendo assim o objetivo deste estudo é: Identificar as Práticas de Controle Social desenvolvidas pelos Profissionais de Saúde da Atenção Básica, o qual se justifica à medida que permitirá conhecer melhor as ações desenvolvidas pelos sujeitos do estudo e deixar novas sugestões.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico refere-se à revisão de literatura em torno dos estudos já feitos na área de interesse do tema pesquisado. É adotada para tratar o tema e o problema de pesquisa. A partir da análise da literatura publicada, o pesquisador delineará um quadro teórico e fará a estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. De acordo com Barros e Junqueira (2005), “O referencial teórico consiste na utilização de teorias científicas reconhecidas no campo de conhecimento em que se insere o trabalho proposto, a fim de sustentar os argumentos [...]” (BARROS; JUNQUEIRA, p. 45, 2005).

2.1 Saúde Pública no Brasil: a luta pelo direito a saúde

Durante a década de 60, período da ditadura militar, existia no Brasil, um modelo de saúde médico hospitalocêntrico privatista, que valorizava a saúde individual com o foco na doença e não no sujeito, nessa época o controle era exercido pelo Estado sobre a população (BRASIL, 2006). De acordo com Correia (2010) apenas os trabalhadores formalmente vinculados ao sistema da previdência social, ou seja, aqueles que possuíam carteira de trabalho tinham direito a atendimento médico-hospitalar oferecido pelo Estado. Segundo Cardoso e Jaccoud (2005) apud Correia (2010) os segurados da previdência social somavam nesta época pouco mais de 7% da população brasileira.

Antes da criação do SUS, existiam no Brasil ações pontuais de promoção da saúde e de prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. As ações de saúde existentes na época tinham um caráter médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade. As ações de saúde eram prestadas em alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além de contar em algumas regiões específicas, com destaque para as regiões Norte e Nordeste da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) (BRASIL, 2002).

Nessa época, a assistência à saúde dos brasileiros, estava dividida em três categorias, a saber: Os que podiam pagar pelos serviços, os que tinham direito a assistência prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e os

que não tinham nenhum direito. Apenas os trabalhadores que tinham carteira assinada e seus dependentes tinham direito a assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS. Como o número de beneficiários do INAMPS dependia do desenvolvimento econômico do estado, as pessoas que moravam nas regiões norte e nordeste eram as menos beneficiadas com os recursos destinados a saúde, visto que essas regiões eram as menos desenvolvidas (BRASIL, 2002).

Com a crise financeira da previdência que começou na década de 70, o INAMPS começou a fazer convênios com o setor público e passou a tomar uma série de medidas, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Essas mudanças contribuíram para instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (BRASIL, 2002).

Resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o SUDS foi um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado.

O direito à saúde, hoje, faz parte dos direitos humanos, mas nem sempre foi assim ao longo da história, os movimentos sociais tiveram grande contribuição para efetivação dessa conquista. Estes movimentos visavam um novo paradigma na questão da saúde da população, coletiva e individualmente, O poder antes exercido apenas pelo Estado, passaria a ser articulado entre todos os envolvidos, transformando os atores de passivos e individuais em sujeitos ativos e coletivos (BRASIL, 2006).

Para Nunes et al (2009) A saúde foi um dos primeiros Setores a defender a prática da participação popular em sua gestão. Movimentos populares como a reforma sanitária formados por profissionais de saúde, universitários e setores organizados da sociedade, os quais defendiam a instituição de um modelo de saúde democrático e universal, contribuíram significativamente para essa realidade.

Segundo Paim (2007) a reforma sanitária compreende a democratização da saúde, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social na elaboração de políticas e na gestão; democratização do Estado e seus aparelhos, assegurando a descentralização do processo decisório; democratização da sociedade e da cultura. Sendo assim essa reforma representou um marco histórico da participação social na construção do SUS.

Para Coelho (2012) falar em participação social nos remete ao conceito de cidadania e de direitos sociais. Cidadania compreende o exercício simultâneo de três categorias de direitos: Os direitos civis que engloba a liberdade pessoal, de ir e vir, de expressão, de pensamento, de religião; os direitos políticos de associação, eleitorais e os direitos sociais que compreende condições de vida, trabalho, educação, saúde e assistência em situações de risco social. Mas a conquista da cidadania exige sujeitos políticos e sociais, que participam das decisões que o envolve e que luta pelos seus direitos (BRASIL, 2009). Nessa perspectiva o empoderamento social é tido como uma ferramenta indispensável para a conquista desses direitos.

De acordo com Horochovski e Meirelles (2007) O empoderamento significa o aumento do poder e autonomia do sujeito, da comunidade, de um grupo social, tornando-os voz ativa nas tomadas de decisões, aumentando sua visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão.

Nas últimas décadas, os discursos sobre saúde passaram por amplos questionamentos, impulsionando transformações no campo das políticas públicas e práticas. Eventos como: A Conferência de Alma Ata sobre Cuidados Primários no Cazaquistão em 1978, a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde na cidade de Ottawa em 1986 bem como a VIII conferência Nacional de saúde realizada em 1986 no Brasil, marcaram essa transformação contribuindo para o empoderamento e autonomia dos sujeitos.

A VIII conferência Nacional de saúde realizada em 1986 é considerada o grande salto para efetivação da participação social no SUS. Participaram dessa conferência cerca de 5 mil pessoas e ficou marcada como a primeira a contar com a participação de representantes sociais, diferentes das anteriores marcada pela participação, praticamente restrita, de gestores e técnicos governamentais (BRASIL, 2006).

Uma das conquistas dessa conferência foi o SUS, o qual foi defendido na Constituição de 1988 e regulamentado em setembro de 1990, pela Lei nº 8.080, com o intuito de assegurar a saúde para todos os cidadãos. O artigo 2º da referida lei assegura a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo uma nova forma de organização e de funcionamento do setor saúde (BRASIL, 1990).

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, os serviços e ações de saúde passaram a ser universais, direito de todos e dever do Estado. A partir desta legislação o conceito de saúde deixa de ser apenas ausência de doença e é ampliado para o produto de inúmeros fatores determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento, o meio

ambiente, o trabalho, a renda, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, visto que esses fatores são responsáveis pelo bem estar físico, mental, social e ambiental dos indivíduos (BRASIL, 2006).

O SUS é regido por um conjunto de princípios, tais como: a Universalidade da assistência, que visa garantir o acesso de todos à saúde, de forma gratuita, sem distinções ou restrições; a Integralidade, a qual amplia a abrangência do conceito de saúde para garantir ações preventivas e de tratamento em qualquer nível de complexidade; a Equidade, que defende, por meio de políticas que canalizem maior atenção aos mais necessitados, ações para a promoção da justiça social; a descentralização das ações de saúde, para que as políticas públicas sejam geridas pelos municípios, com autonomia financeira e responsabilidades sobre recursos financeiros, cabendo aos gestores o estabelecimento de parcerias e atribuições entre as esferas de Governo; e o direito da Participação social, pelo qual a população de forma democrática participa dos processos decisórios, por meio da fiscalização e desenvolvimento das políticas de saúde (BRASIL, 2011).

Sendo assim pode-se inferir que o sistema de saúde que vigora atualmente, é resultado da luta da população pelos seus direitos. Luta esta que continua nos dias atuais, para fazer cumprir o que está garantido como direito, por isso faz-se necessário que a população não se acomode e exerça seu papel de ator social.

2.2 Direito Popular: o Controle Social no Contexto do SUS

O controle social no SUS está assegurado no Art. 198 da constituição federal e regulamentado pela Lei nº 8.142/90 que define o papel da sociedade na gestão do serviço de saúde onde os sujeitos ou atores sociais participam ativamente, por meios democráticos, da formulação das políticas públicas de saúde. Neste sentido, o usuário do serviço passa a ter o direito, bem como o dever de deliberar, sobre o planejamento, formulação, execução e fiscalização das ações de saúde, assim como da gestão financeira e administrativa do SUS.

A lei supracitada institucionaliza os meios pelos quais a população pode exercer o controle social criando espaços como: As Conferências e os Conselhos de saúde, dessa forma as pessoas passam a ter espaços de direito para o exercício da cidadania, expressar sua opinião e participar de forma ativa na deliberação e gestão das políticas públicas de saúde no país.

As conferências e conselhos de saúde acontecem nas três esferas de governo periodicamente, Municipal, Estadual e Federal (BRASIL, 2009). A primeira é realizada a cada quatro anos, onde a população tem a oportunidade de avaliar, planejar e estabelecer

metas a serem alcançadas no próximo quadriênio. Já os Conselhos, são definidos como órgãos de caráter permanente e deliberativo, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho. Foram criados na perspectiva de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990).

Para Oliveira (2007) compete aos conselhos de saúde:

Fiscalizar e controlar gastos, acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS; apoiar e promover a educação o controle social.

Além dos conselhos Estaduais e Municipais de saúde existe outra opção de participação direta da sociedade na gestão da saúde local, que são os chamados, em alguns municípios, conselhos gestores locais. Estes órgãos funcionam em hospitais, ambulatórios e unidades de saúde, tendo composição tripartite: funcionários do SUS, usuários e representantes da administração municipal (BRASIL, 2006). Esses conselhos locais fortalecem ainda mais a participação popular, uma vez que aproxima a população das discussões sobre as questões de saúde da comunidade e pelo fato de facilitar o acesso dos mesmos a esse espaço de discussão. De acordo com Souza e Kruger (2010) o Conselho Local de Saúde é o espaço de participação mais próximo da comunidade e é o primeiro onde as necessidades dos usuários podem se manifestar.

A representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde deverá ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Sua composição deve estar de acordo com a lei supracitada e obedecendo ao proposto pela resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece: 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de trabalhadores de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes do governo e de prestadores de serviços de saúde, conveniados, ou sem fins lucrativos.

Para Arantes et al (2008), o controle social em saúde é um dos princípios organizativos do SUS que garante a participação da população no processo de formulação e controle das políticas de saúde no Brasil. De acordo com Crevelim (2005) o conceito de controle social vai além do acesso coletivo à tomada de decisões. Pode ser definido como o controle sobre a própria situação e sobre o próprio projeto de vida, mediante a intervenção em decisões, iniciativas e gestões que afetam o entorno onde tal situação e projetos se desenvolvem.

O controle social, tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado. (SILVA; CRUZ; MELO, 2007). No campo da saúde, o controle social é entendido como a participação direta da população no processo de gestão pública, resultando na apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços. Esse entendimento indica um novo tipo de relacionamento entre a sociedade e o Estado, onde o controle social e o processo de democratização do país é um pressuposto essencial para a consolidação desse ideal (GERSCHMAN, 2004).

Para que o controle social seja efetivo é preciso que os sujeitos do processo (comunidade, profissionais e Estado) estejam articulados em prol de um objetivo comum. É importante que a comunidade seja conhecedora dos seus direitos e deveres, ou seja, que exercite a sua cidadania; já os profissionais tem fundamental importância, enquanto mediador entre o levantamento dos problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades da comunidade, criando condições pertinentes para que se levantem e defendam as ideias de modo participativo e o Estado deve garantir ao cidadão a condição de co-autor das soluções referente ao processo de saúde doença que o envolve, garantindo espaços de discussões (conselhos e conferências de saúde) que valorize uma relação horizontal nas tomadas de decisões.

2.3 Controle Social no Contexto da Atenção Básica: reconstruindo o SUS a partir do meu contexto

A atenção básica representa a reestruturação do modelo de atenção à saúde no Brasil e representa a principal porta de entrada do SUS. Tem na saúde da família a sua estratégia prioritária. Nesta perspectiva, tendo em vista a proximidade com as famílias de uma determinada área, representa principal espaço de diálogo com a comunidade favorecendo a criação de espaços que discutam as necessidades de sua população adstrita, expandindo as práticas de controle social para além dos conselhos municipais e conferências de saúde.

Junior e Martins (2012) afirmam que alguns municípios têm expandindo essas práticas implantando os conselhos locais de saúde, os quais normalmente atuam na área de abrangência de uma determinada unidade de saúde, por exemplo, uma Unidade de Saúde da Família (USF) objetivando discutir e definir com a comunidade local os principais problemas de saúde, as formas de intervenção e o envolvimento da comunidade.

Dentre os fundamentos e diretrizes da AB, tem destaque o Estimulo a participação dos usuários como forma de ampliar a 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).

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que a ESF seja composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A política citada acima determina como atribuições comuns a todos os profissionais: Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social. (BRASIL, 2012).

Mas apesar de tudo isso, estudos revelam (COTTA et. al., 2011; JUNIOR e MARTINS, 2012) que a participação popular tem sido pouco efetiva. Alguns fatores como a falta de cultura de participação, a disputa por interesses pessoas nas reuniões do conselho de saúde entre outros, tem contribuído para essa realidade como mostra um estudo realizado em Fortaleza (COELHO; JORGE e GUIMARÃES, 2009).

Para Arantes (2007) os profissionais de saúde precisam compreender os princípios que direcionam o Sistema de Saúde no qual estão inseridos, para se tornar um sujeito fundamental para a construção e a viabilização das mudanças nas práticas de saúde. Sendo assim o profissional de saúde deve ser capaz de interagir socialmente com a população, compreender e participar de decisões mais complexas, mobilizando dessa forma um saber construído na interação do indivíduo com a situação que o cerca.

Diante desta realidade é necessário esses profissionais desenvolverem processos de diálogo entre a unidade de saúde que trabalha e a população, promovendo encontros onde seja possível repensar e construir práticas de saúde compartilhando saberes. É preciso pensar em práticas como a educação em saúde, afim de resgatar o protagonismo dos cidadãos na definição dos seus direitos e na formação de atores que exerçam o controle social nos espaços instituídos e na sociedade.

Nessa perspectiva vale apenas se espelhar em algumas experiências bem sucedidas vivenciadas em algumas cidades como: Betim em Minas Gerais, Fortaleza no Ceará, Baixada Fluminense no Rio de Janeiro e São Carlos em São Paulo, nas quais o controle social é

atuante (BRASIL, 2007). Portanto é importante que os envolvidos nesse processo (população, profissionais de saúde e gestores) se articulem na tentativa de fortalecer o controle social, buscando novas estratégias e alternativas que abranjam a participação da comunidade para além dos conselhos e conferência de saúde.

3 METODOLOGIA

De acordo com Minayo (2007) a metodologia pode ser entendida como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, p.14, 2007).

A metodologia da pesquisa deve ser entendida como o conjunto detalhado e sequencial de métodos e técnicas científicas a serem executados ao longo da pesquisa, de tal modo que se consiga atingir os objetivos inicialmente propostos e, ao mesmo tempo, atender aos critérios de menor custo, maior rapidez, maior eficácia e mais confiabilidade de informação (BARRETO; HONORATO, 1998).

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, a qual permite que pesquisas anteriores sejam sumarizadas e conclusões estabelecidas a partir do delineamento das pesquisas avaliadas possibilitando a síntese e análise do conhecimento científico acerca do tema investigado (LINDE, 2003 apud SAMPAIO e MANCINE, 2007).

De acordo com o autor supracitado, a revisão sistemática utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. São úteis para integrar as informações selecionadas de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência auxiliando na orientação para investigação futura.

A elaboração deste trabalho seguiu as 5 etapas descritas por Sampaio e Mancini, (2007) que deve conter numa revisão sistemática. A primeira etapa refere-se a elaboração da pergunta científica. De acordo com Castro (2001) a formulação da pergunta é o passo mais importante de uma pesquisa. Ela vai definir qual o tipo de estudo apropriado, a estratégia e a tática a serem utilizadas, sendo importante verificar que ela seja relevante para o tema e possível de ser respondida. Diante do exposto foi construída a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as práticas de Controle Social desenvolvidas pelos Profissionais de Saúde da Atenção Básica?

A segunda etapa diz respeito a busca de evidência, a qual visa garantir que todos os trabalhos importantes ou que possam ter algum impacto na conclusão da revisão sejam incluídos. A busca bibliográfica para a elaboração deste trabalho foi realizada em estudos indexados no distribuidor de dados, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Os descritores

utilizados foram: Participação comunitária, SUS, profissional de saúde e atenção básica. Inicialmente foi encontrado 2445 trabalhos, após leitura do título e resumo foi selecionado 20 e com a leitura detalhada dos mesmos restaram 05 para análise.

Como critério de inclusão foi estabelecido: Artigos, dissertações e teses completos e originais, publicados no período entre 1990 a 2012, no idioma português, que continham um dos descritores selecionados, disponíveis na internet em bancos de dados nacionais.

Foram excluídos: Artigos, dissertações e teses disponíveis apenas em resumo, não disponíveis na internet em bancos de dados nacionais, que não fossem originais, em outros idiomas que não português e que não fizessem parte dos descritores de seleção.

A terceira etapa consiste na revisão e seleção dos estudos, que foi realizada inicialmente mediante a leitura criteriosa do título e resumo, a fim de verificar a adequação com a questão norteadora. Além disso, foram extraídas de cada artigo informações acerca das características e rigor metodológico, intervenção estudada e principais resultados encontrados. A análise dos dados extraídos foi realizada de forma exploratória.

Na quarta etapa é feita a análise da qualidade metodológica dos estudos, nessa etapa foi analisado o tipo de estudo, natureza do estudo e a originalidade dos mesmos.

Por fim, na quinta etapa é reservado para a apresentação dos resultados, para melhor visualização dessa etapa foi elaborado uma tabela contendo o autor do estudo, periódico, ano de publicação, local do estudo, natureza, população do estudo, objetivo e resultados.

4 RESULTADOS

Para melhor apresentação dos resultados foi elaborado uma tabela, a qual permite identificar o autor, ano de publicação, periódico, local do estudo, natureza do estudo, objetivo do estudo, população do estudo e resultados. A partir dos trabalhos selecionados foi possível identificar as práticas de controle social dos profissionais de saúde da atenção básica, as quais serão mostradas na tabela 1.

Tabela 1: Artigos encontrados no distribuidor de dados BVS, utilizando os descritores: Participação Comunitária; SUS; Profissional de Saúde e Atenção Básica.

AUTOR/ ANO/ PERIÓDICO	LOCAL DO ESTUDO	NATUREZA DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	DO	POPULAÇÃO DO ESTUDO	RESULTADOS
FLACH A./ 2002. tede.ufsc.br/ teses	Santa Maria RS	Qualitativa.	Identificar os fatores que facilitam e os que dificultam o exercício do Controle Social em saúde com base na opinião de representantes do executivo municipal, trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias e usuários de Unidade Básica de Referência. Regional em Saúde.		Representantes do executivo municipal, trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias e usuários.	Os trabalhadores de saúde são os que têm menos clareza sobre o que seja o Controle Social, estão menos sensíveis a participação popular no cotidiano do setor comparado com os usuários dos serviços de saúde, as lideranças comunitárias e representantes do executivo municipal.
ARANTES C. I. S; MESQUITA CC; MACHADO M. L. T.; e OGATA M.N. / 2007 / Texto Contexto Enfermagem	São Carlos, SP	Estudo descritivo- exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa de análise dos dados	Analisar as concepções e identificar às ações de controle social de enfermeiras de unidades de atenção básica a saúde de um município do interior paulista.		Profissionais de Enfermagem do sexo feminino.	A principal ação voltada ao controle social apontada pelas enfermeiras realizada por elas e por sua equipe foi convidar a população a participar das reuniões do conselho gestor, seguida pela divulgação das reuniões do mesmo e pela leitura das sugestões deixadas pelos usuários nas caixinhas de sugestões. O estudo mostrou também que tanto as concepções, como as práticas de enfermagem voltadas ao controle social, estão vinculadas à atuação dos conselhos gestores das unidades.

CAMPOS L; WENDHAU SEN A. / 2007 / Texto Contexto Enfermagem	Município catarinens e	Metodologia Problematizad ora	Descrever as concepções/ práticas de participação de uma equipe de Saúde da Família e implementar processo de reflexão sobre estas questões, utilizando metodologia problematizadora.	Um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.	Constatou-se que as concepções e práticas da equipe são atravessadas pela visão medicalizante, suas principais concepções de participação é o comparecer às reuniões, atividades e programas propostos pela equipe, quanto às práticas participativas foi identificado como mais frequente o ato de convidar para reuniões e a realização de grupos, atividades educativas, físicas e recreativas.
ARANTES C.I.S.; MESQUITA CC; MACHADO M.L.T.; OGATA M. N. / 2008 / Acta Paulista enfermagem	São Carlos SP	Abordagem qualitativa através de encontros educativos participativos	Relatar a experiência de um processo de discussão dos resultados de uma pesquisa sobre controle social na atenção básica a saúde	Enfermeiras	Os resultados da pesquisa mostraram que o processo educativo contribuiu para ampliação do conhecimento sobre suas atividades para o fortalecimento do controle social. As atividades citadas de responsabilidade do enfermeiro foram: divulgar para os trabalhadores e população em geral sobre o que é controle social e a existência do conselho, capacitar os trabalhadores e usuários, divulgar as conquistas do conselho gestor para população, trocar experiências com outras unidades onde o conselho é atuante, buscar novos conhecimentos e se atualizar sobre o tema, envolver os demais membros da equipe e as demais secretarias na orientação e incentivo ao controle social, garantir espaços para as reuniões dentro da unidade de saúde, buscar retorno para as solicitações feitas nos conselhos gestores locais, garantir que ajam representantes dos bairros no conselho municipal.
AZEVEDO D. M. de; LUCENA L. A. de; HOLANDA CSM de;/ 2010 / R. pesq.: cuid. fundam. online.	Ouro Branco- RN	Estudo exploratório de natureza qualitativa, realizado a partir de entrevista direcionada aos profissionais de saúde da ESF do município de Ouro Branco- RN.	Identificar a compreensão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre controle social, e apreender as contribuições deste na instância local.	Profissionais de Saúde	Os resultados do estudo mostram que os profissionais de saúde entendem o controle social como uma ferramenta que garante direitos à saúde, representada por um conjunto de ações básicas, que quando desenvolvidas resultam no bem estar da população. Tem a intersectorialidade como importante para o fortalecimento do controle social e consideram relevante a existência do conselho de saúde.

A pesquisa realizada no distribuidor de dados BVS, localizou 2445 trabalhos. Após leitura minuciosa dos trabalhos encontrados, foram selecionados 04 artigos e 01 dissertação de mestrado, segundo os critérios definidos. Quanto ao local dos estudos 02 foram realizados em São Paulo, 01 no Rio Grande do Norte, 01 no Rio Grande do Sul e 01 em Santa Catarina. O marco temporário variou de 2002 a 2010. Em todos os 05 trabalhos houve a participação do Profissional Enfermeiro (a) como população do estudo, sendo que em 02 destes participaram exclusivamente esses profissionais.

Após análise dos estudos, ficou evidenciado que as principais práticas de controle social realizadas pelos profissionais de saúde se restringem a: convidar a população a participar das reuniões, seguida pela divulgação das reuniões do conselho de saúde. Outras atividades também foram citadas como: capacitar os trabalhadores e usuários, divulgar as conquistas do conselho gestor para população, trocar experiências com outras unidades onde o conselho é atuante, buscar novos conhecimentos e se atualizar sobre o tema, envolver os demais membros da equipe e as demais secretarias na orientação e incentivo ao controle social, garantir espaços para as reuniões dentro da unidade de saúde, buscar retorno para as solicitações feitas nos conselhos gestores locais, garantir que ajam representantes dos bairros no conselho municipal. Além de realização de grupos, atividades educativas, físicas e recreativas.

Foram destacados os fatores limitantes para as práticas de controle social, dentre eles destacam-se: a pouca cultura de participação na comunidade, à cultura da medicalização, a falta de informação, a falta de diálogo entre os diferentes saberes, o descrédito, a educação bancária, o alto índice de rotatividade dos profissionais e a fragilidade dos conselhos de saúde.

Por outro lado Foram citados também fatores que contribuem para o fortalecimento do controle social como: a educação em saúde, capacitações para profissionais de saúde sobre o SUS e atuação em comunidade, conscientização da população sobre seus direitos de cidadania, a existência de espaços de controle social para além dos Conselhos e Conferências de Saúde, a citar: espaço da Associação Comunitária, da Igreja, e da escola.

Um dos estudos aponta para um despreparo tanto dos usuários como dos profissionais para as práticas de controle social. Outro trabalho traz como resultado que os trabalhadores de saúde são os que têm menos clareza sobre o que seja o Controle Social, estão menos sensíveis a participação popular no cotidiano do setor comparado com os usuários dos serviços de saúde, as lideranças comunitárias e representantes do executivo.

5 DISCUSSÃO

A população brasileira sempre lutou por melhores condições de vida, essa luta se intensificou no início da década de setenta com a reforma sanitária, a qual buscava mudanças principalmente no setor saúde, que era desigual e para poucos. Graças ao inconformismo e coragem da população da época, que nos dias atuais tem-se um sistema de saúde universal e igualitário. Porém está longe de ser o sistema de saúde que a população merece. Houve muitos avanços e conquistas, mas alguns ideais defendidos pelos sanitaristas continuam pouco efetivos, como é o caso do controle social no SUS, que apesar de ser regulamentado há mais de duas décadas e ter institucionalizado espaços como os Conselhos e as Conferências de Saúde, continuam pouco efetivos. Segundo Soratto (2011) a simples criação desses espaços não garantem a efetiva participação e o controle social no SUS.

Destaca-se inicialmente a dificuldade para encontrar trabalhos com a temática em discussão. De acordo com Ribeiro e Nascimento (2011) a participação da comunidade no SUS ainda é considerada incipiente. Partindo dessa realidade pode-se inferir que a escassez de trabalhos que discutam as atribuições dos profissionais de saúde na efetivação do controle social pode estar contribuindo para que essa ferramenta tão importante ainda não funcione a contento, visto que estes profissionais são um dos sujeitos envolvidos nesse processo, juntamente com a comunidade e demais instâncias. Dessa forma é necessário que essa temática seja mais discutida na literatura a fim de contribuir para maior compreensão dos profissionais acerca do seu papel na promoção do controle social.

Dentre os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, os resultados deste trabalho mostram que os Enfermeiros (as) estão mais presentes nas atividades de controle social, comparado aos demais profissionais. Nos 05 estudos selecionados todos contaram com a participação do Profissional Enfermeiro (as) como população do estudo, sendo que em 2 houve participação exclusiva dos mesmos. Essa realidade por um lado é positiva, pois significa que os mesmos têm contribuído para o fortalecimento do controle social no SUS, ainda que longe do ideal. Por outro lado é sabido que os demais componentes da equipe, também devem desenvolver essa atividade como está preconizado na política nacional da atenção básica.

Todos os estudos selecionados apontam como sujeitos das práticas de controle social um tripé, formado pelos usuários, gestores e profissionais de saúde, como destaca Arantes et al (2007) ao afirmar que o controle social não é exercido somente pelos usuários,

mas pelos diferentes segmentos representativos que, no caso dos serviços básicos de saúde, constituem-se em usuários, gestores e trabalhadores.

Para Campos e Wendhausen (2007) a importância do profissional de saúde no processo de participação é fundamental, visto que ele pode atuar como um mediador no momento em que a comunidade levanta seus problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades. Mas para isso é preciso que esses profissionais sejam conhecedores dos princípios e diretrizes do SUS. Um dos trabalhos analisados traz como resultados, que os trabalhadores de saúde têm menos clareza sobre o que seja o Controle Social, estão menos sensíveis a participação popular no cotidiano do setor, quando comparados com os usuários dos serviços de saúde, as lideranças comunitárias e representantes do executivo.

Questiona-se aqui como esses profissionais podem ser mediadores entre comunidade e o serviço de saúde, se pra ensinar é preciso saber e pra motivar é preciso está motivado. Nesse sentido é preciso pensar em estratégias que mudem essa realidade. Campos e Wendhausen (2007) ver como urgente a necessidade de desenvolver e/ou incrementar programas de educação permanente de modo a capacitar os trabalhadores de saúde, não somente no nível teórico, mas na prática, para o trabalho com a comunidade de maneira participativa. Corroboram com essas autoras, FLACHE, 2002; ARANTES et. al., 2007; ARANTES et. al., 2008; AZEVEDO, LUCENA e HOLANDA, 2012, que também acreditam na política de educação permanente como estratégia para o incentivo ao controle social.

Apesar de alguns estudos apontarem para o pouco envolvimento dos profissionais de saúde nas práticas sociais, acredita-se que os mesmos constituem sujeitos fundamentais para a construção e a viabilização das mudanças nas práticas de saúde, bem como o incentivo e fortalecimento do controle social. Por isso buscou-se neste trabalho identificar as práticas de controle social dos profissionais de saúde da atenção básica, pois estão em contato direto com a população usuária dos serviços de saúde.

Após análise dos trabalhos selecionados ficou evidenciado que as principais práticas de controle social realizadas pelos profissionais de saúde se restringem a: convidar a população a participar das reuniões, seguida pela divulgação das reuniões do conselho de saúde. Esse resultado revela uma limitação das ações voltada para o controle social realizada por esses profissionais, entendendo que o conceito de controle social exige muito mais que um simples convite para participar de uma reunião na unidade ou no conselho de saúde. A população precisa em primeiro lugar entender o que é o controle social, sua importância, como participar bem como os benefícios que essa ferramenta pode trazer para comunidade.

Dessa forma os profissionais de saúde precisam acreditar que o envolvimento da população no levantamento dos problemas da comunidade, elaboração das possíveis políticas de saúde, bem como participação como sujeito ativo no processo saúde-doença colaboram tanto para o desenvolvimento do seu trabalho como para a melhoria da condição de saúde da população. Mas isso exige o interesse e compromisso desses profissionais, como ressalta Campos e Wendhausen (2007). Que por estarem mais perto da população são os maiores responsáveis pelo esclarecimento e envolvimento da mesma na tentativa de contribuir para o empoderamento destes.

Outras atividades como: capacitar os trabalhadores e usuários, divulgar as conquistas do conselho gestor para população, trocar experiências com outras unidades onde o conselho é atuante, buscar novos conhecimentos e se atualizar sobre o tema, envolver os demais membros da equipe e as demais secretarias na orientação e incentivo ao controle social, garantir espaços para as reuniões dentro da unidade de saúde, buscar retorno para as solicitações feitas nos conselhos gestores locais, garantir que ajam representantes dos bairros no conselho municipal. Além de realização de grupos, atividades educativas, físicas e recreativas, foram citadas em um dos estudos, porém, com menos frequência. (ARANTES et al, 2008).

As atividades citadas nesse trabalho em específico se aproximam mais da complexidade do conceito de controle social, porém precisam ser uma realidade não só em São Carlos SP, onde o estudo foi realizado, como também em todo Brasil, além de serem mais valorizadas pelos profissionais.

É importante destacar, alguns fatores limitantes e outros facilitadores para as práticas de controle social, citados nos estudos selecionados, a começar pelos limitantes como: a pouca cultura de participação da comunidade, à cultura da medicalização, a falta de informação, a falta de diálogo entre os diferentes saberes, o descrédito, a educação bancária, o alto índice de rotatividade dos profissionais e a fragilidade dos conselhos de saúde.

O espaço onde deveria prevalecer a democracia e o discurso coletivo tem se configurado como espaço de interesses pessoais, como afirma Coelho, Jorge e Guimarães (2009) os quais relatam em seu estudo que alguns conselhos de saúde tem se configurado como arenas de interesses pessoais e se conformado como mera formalidade no cumprimento da legislação vigente. Observa-se que esses fatores envolvem todos os sujeitos do processo e que contribuem para o insucesso do controle social, desta forma a solução para esses problemas pode está numa melhor articulação entre população, profissionais de saúde e gestores.

Com relação aos fatores facilitadores foram citados: A educação em saúde, a existência de espaços de controle social para além dos Conselhos e Conferências de Saúde, capacitações para profissionais de saúde sobre o SUS e sobre atuação em comunidade e a conscientização da população sobre seus direitos de cidadania. Esses fatores de fato contribuem para o fortalecimento do controle social, mas precisam ser uma realidade.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental nas transformações do trabalho em saúde, com atuação crítica, reflexiva, propositiva e compromissada com a transformação local (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Nesse sentido é preciso começar capacitando os profissionais para que eles possam proporcionar para comunidade momentos educativos que contribuam tanto para prevenção da sua saúde como para o fortalecimento do controle social.

Nessa perspectiva tem se levantado a discussão sobre as formas de controle social para além dos conselhos e conferencias de saúde. Campos e Wendhausen (2007) descrevem esses espaços como forma não institucionalizada de participação social, que segundo estas autoras são as possibilidades de participação em toda e qualquer atividade de saúde, desde as mais individuais/assistenciais como uma consulta até as mais coletivas/educativas como um grupo educativo de portadores de Hipertensão Arterial. Dessa forma esse novo pensamento é mais uma estratégia de fortalecimento para o controle social.

Porém é importante destacar que todos os trabalhos selecionados, citam os mecanismos institucionalizados através dos Conselhos e Conferências de Saúde, os quais representam legalmente a democracia na gestão de saúde no Brasil. Espaços estes que foram conquistados como direito e que precisam funcionar conforme a lei vigente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho contribuiu para o aprofundamento na discussão de um tema muito relevante no setor saúde que é o controle social no SUS. O qual é fruto de uma grande conquista do povo brasileiro que sempre lutaram em diferentes épocas para que suas condições de saúde e conseqüentemente dos seus filhos e netos fossem melhor. A metodologia de revisão sistemática contribuiu para identificar as atividades de controle social dos profissionais de saúde da atenção básica, alcançado dessa forma o objetivo proposto neste trabalho.

Os resultados desta pesquisa apontam para uma atuação limitada dos sujeitos do estudo com relação às atividades de controle social. Entendo que convidar a população a participar das reuniões e divulgar as reuniões do conselho de saúde não contemplam as atividades que podem ser realizadas a fim de promover participação da população de forma ativa na gestão pública, orientando as ações do Estado na direção dos interesses coletivos.

Foi possível identificar também alguns fatores facilitadores e outros limitantes envolvidos na efetivação do controle social. Mas a presença desses fatores principalmente os limitantes não podem ser desculpa para deixar de fazer as atividades de controle social. Pelo contrário devem ser motivo para o estímulo ao desenvolvimento de possíveis estratégias.

Nessa perspectiva a educação permanente pode ser uma ferramenta importante, à medida que possibilite a capacitação dos trabalhadores para transformação de suas práticas profissionais. Porém não basta apenas acreditar nessa ferramenta, é preciso que a mesma esteja implementada e seja uma realidade na prática desses profissionais.

Tem se discutido em algumas literaturas as formas de controle social não institucionalizada, o que permite expandir o controle social para além dos Conselhos e Conferências de Saúde, essa realidade favorece o diálogo entre trabalhadores e comunidade e fortalece as ações de controle social. Portanto é preciso incutir tanto nos usuários quanto nos profissionais de saúde, um pensamento político e uma visão crítica da realidade, a fim de manter forte uma das maiores conquistas da população brasileira, que é o direito de participar de forma ativa junto ao Estado na elaboração das políticas públicas de saúde, bem como no controle das ações deste.

Por fim entende-se que o exercício do controle social no Brasil ainda não é uma prática efetiva em todo País, mas acredita-se que os profissionais da atenção básica podem contribuir para a efetivação do mesmo, desde que se percebam como sujeito desse processo.

REFERENCIAS:

ARANTES CIS et al. **Controle social na saúde:** discutindo o resultado de uma pesquisa com enfermeiras; Acta Paul enferm; 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a11v22n4.pdf>> acesso 7. Nov. 2012.

ARANTES CIS et al. **O controle social no sistema único de saúde:** concepções e ações de enfermeiras da atenção básica; Texto Contexto Enferm. Florianópolis; 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/a13v16n3.pdf>>, acesso 05 Nov. 2012.

AZEVEDO DM de, LUCENA LA de, HOLANDA CSM de. **O controle social enquanto instrumento para a qualidade da assistência na estratégia de saúde da Família.** R. pesq.: cuid. fundam. online out./dez. 2012. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2011/pdf_637>,

acesso 19. Jan. 2013.

BARROS, AT de; JUNQUEIRA, RD. A elaboração do projeto de pesquisa. In: **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**, São Paulo, Atlas, 2005.

BARRETO AVP; HONORATO C de F. **Manual de sobrevivência na selva acadêmica.** Rio de Janeiro: Objeto Direto, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde:** Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, 1. ed.

Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>,

acesso 1. Fev. 2013.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 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 da saúde e da outras providencias. Diário Oficial da União, 28 dez. 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>; acesso em: 07 Nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro:** Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Seminário Internacional, Brasília, 2002.

Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf>, acesso 13. Jan. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, outubro, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>, acesso 14. Fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> acesso 3. mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf> acesso 4. Jan. 2013.

BRASIL. Revista Brasileira Saúde da Família. – Ano VIII. Edição Especial Nov. 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_ed_especial2007.pdf>. acesso 3. nov. 2012.

CAMPOS L, WENDHAUSEN A. **Participação em saúde: concepções e práticas de Trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2.pdf>>, acesso 26. Jan. 2013.

CASTRO AA. **Formulação da Pergunta de Pesquisa.** São Paulo, 2001. Disponível em: <http://metodologia.org/wp-content/uploads/2010/08/lv5_rsl04.pdf>, acesso 12. Fev. 2013.

CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>, acesso 3. Fev. 2013.

COELHO JS. **Construindo a Participação Social no SUS**: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, p.138-151, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/12.pdf>>, acesso 2 mar. 2013.

COELHO MO, JORGE MSB, GUIMARÃES JMX. **Participação social na atenção básica à saúde**: Concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do programa saúde da Família. *Rev. APS*, v. 12, n. 4, p. 448-458, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555336&indexSearch=ID>>, acesso 23. Jan. 2013.

CORREIA NF, **Educação popular e gestão participativa na saúde**: Instituinto espaços. 2010. 116 f. Dissertação (mestrado profissional em desenvolvimento e políticas públicas) – Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ e do IPEA, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=596694&indexSearch=ID>>, acesso 2. Fev. 2013.

COTTA RMM, MARTINS PC, BATISTA RS, FRANCESCHINI SCC, PRIORE SE, MENDES FF. **O controle social em cena**: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/19.pdf>>, acesso 11. Jan. 2013.

FLACH A. **Controle social em saúde**: Possibilidades e limites. 110. F. Dissertação (mestrado em enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0436.pdf>>, acesso 27. jan. 2013.

GERSCHMAN S. **Conselhos Municipais de saúde**: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n. 6, p. 1670-81, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/26.pdf>>, acesso 16. Fev. 2013.

HOROCHOVSKI, R.R.; MEIRELLES, G. **Problematizando o conceito de empoderamento**. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia. Florianópolis, 2007. Disponível em: <http://www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf>, acesso 18. Fev. 2013.

JUNIOR JPB, MARTINS PC. **Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família**: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a04v22n4.pdf>>, acesso 10. Fev. 2013.

MINAYO MCS et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Coleção Temas Sociais. 25ª ed, Rio de Janeiro, Vozes, 2007.

NUNES GM et al. **Os Desafios da Participação Popular no Sistema Único de Saúde**. III Encontro de Pesquisadores em Gestão Social. Juazeiro/BA – Petrolina/PE, 2009. Disponível em: <http://sejarealista.files.wordpress.com/2009/12/3-part_popular-no-sus.pdf>, acesso 5. Jan. 2013.

OLIVEIRA FS de, **Controle social no sistema único de saúde – SUS**: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde. v. 6, n. 11, 2007. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/primafacie/article/view/4402>, acesso 18 jan. 2013.

PAIM JS, **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (doutorado em saúde pública) – programa de pós-graduação em saúde coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>> acesso 2. Jan. 2013.

RIBEIRO FB de, NASCIMENTO MAA. **Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde**: a (re)significação do ser sujeito. Revista Baiana de Saúde Pública, v.35, supl.1, p.151-166 jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSup1/a2306.pdf>>, acesso 22. Jan. 2013.

SAMPAIO RF, MANCINI MC. **Estudos de revisão sistemática**: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>>, acesso 19. Fev. 2013.

SILVA AX, Cruz EA, Melo V. **A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social**. Ciênc Saúde Col. Rio de Janeiro, 2007, Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012318.pdf>>; acesso em: 8 Nov. 2012.

SORATTO J. **A participação e o controle social na percepção da equipe de saúde da família**. 2011. 120 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) programa de pós- graduação em enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31125/000782158.pdf?sequence=1>>, acesso 25. Jan. 2013.

SOUZA, AV; GRUGER, TR. **Participação social no sus**: Proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. R. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, Jan./Jun. 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/72/113>>, acesso 17. Fev. 2013.

**APÊNDICE A: PLANILHA PARA CONSOLIDAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO DAS
INFORMAÇÕES COLETADAS**

AUTOR/ ANO/PERÍÓ DICO	LOCAL DO ESTUDO	NATUREZA DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	POPULAÇÃO DO ESTUDO	RESULTADOS