

**Relato de experiência****CONTROLE SOCIAL COMO PRÁTICA DE CUIDADO EM SAÚDE:  
EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE NO  
SERIDÓ-POTIGUAR**

*Dayane Shirley de Lima Santiago<sup>1</sup>, Caroline Nóbrega Bernardino<sup>2</sup>, Natália Rejane de Almeida<sup>3</sup>,  
Patrícia Carla Santos de Moraes<sup>4</sup>; Mercês de Fátima dos Santos Silva<sup>5</sup>.*

1. Especialista em Saúde da Família com ênfase em linhas de cuidado, pela UFPB, Professora Temporária na Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN, tutora da Residência Multiprofissional em Atenção Básica e materno-infantil UFRN.

2. Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), especialista em Farmácia Clínica e prescrição farmacêutica, pelo I-BRAS; Residente em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN. \*Correspondência: Rua Zeco Diniz, 1512 – Penedo – CEP: 59300000 - Caicó, RN. Brasil. E-mail: carolinenb6@hotmail.com.

3. Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Residente em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN.

4. Nutricionista pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Residente em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN.

5. Socióloga, Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP, atualmente, Professora Adjunta I na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí, FACISA/UFRN.

**RESUMO**

O presente artigo objetiva expor a experiência da proposta de implantação de dois Conselhos Locais de Saúde (CLS) no âmbito da Atenção Básica de Saúde. Os CLS a serem implantados se localizarão na área de abrangência de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Básica do município de Caicó/RN que são assistidas pela equipe multiprofissional de Residência em Atenção Básica. Para isso, foi construído um cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, inspirado nas orientações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a saber: Sensibilização dos trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família (ESF); identificação e mobilização das lideranças locais; realização de oficinas de sensibilização com a comunidade; e formalização do CLS com definição do cronograma de reuniões ordinárias. Como resultados têm-se que foi realizada uma reunião de sensibilização com a equipe de cada ESF selecionada e outra para a entrega dos nomes das lideranças de cada micro área de abrangência das UBS pelos respectivos agentes comunitários de saúde (ACS). Ocorreu, também, a apresentação do planejamento de implantação dos CLS em uma reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e formou-se uma comissão composta por conselheiros do CMS que se prontificaram a apoiar e participar do processo de implantação dos CLS propostos. A implantação dos CLS, assim, funciona como um instrumento propulsor de mudanças e transformações na qualidade de vida e saúde da população, permitindo o fomento ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Conselho Local de Saúde; Controle Social; Fortalecimento do SUS.

## SOCIAL CONTROL AS A HEALTH CARE PRACTICE: AN EXPERIENCE OF IMPLEMENTING HEALTH CARE AT SERIDÓ-POTIGUAR

### ABSTRACT

The present article aims to expose the experience of the implementation proposal of two Local Health Councils (LHC) in the scope of Basic Health Care. The LHC to be implemented will be located in the coverage area of two Basic Health Units (BHU) of Basic Care of the municipality of Caicó-RN, which are assisted by the multiprofessional team of Residency in Primary Care. For this, a schedule was established with the activities to be developed inspired by the guidelines of the National Health Council (NHC), namely: Workers' Awareness of the Family Health Strategies (FHS); identification and mobilization of local leaders; awareness-raising workshops with the community; and formalization of the LHC with the definition of the schedule of ordinary meetings. As a result, an awareness raising meeting was held with the staff of each selected FHS and another meeting to name the leaders of each micro area covered by the BHUs by the respective community health agents. There was also a presentation of the LHC implementation plan at an extraordinary meeting of the Municipal Health Council (MHC) and a committee composed of MHC advisers who were prepared to support and participate in the process of implementing the proposed LHC. The implementation of the LHC, thus, acts as a changing instrument and transformation in the quality of life and health of the population, allowing the promotion of the strengthening of the Unified Health System (UHS).

**Keywords:** Local Health Council; Social Control; Strengthening of the Unified Health System.

### INTRODUÇÃO

Trazer à tona a discussão dos Conselho Locais de Saúde (CLS) como prática de cuidado estimula o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a participação direta da comunidade nas decisões de saúde do território, incentivando a participação nas decisões sobre as políticas públicas de saúde e na formação de lideranças locais que auxiliem na divulgação de ações de saúde. Dessa forma, os CLS tornam-se espaços ideais para a manifestação das necessidades da comunidade, representando a legitimidade democrática da participação popular em sua base, por se tratar de um espaço menos formal e menos burocratizado (1)

Além disso, um CLS bem implementado, possibilita a população de um determinado território de saúde se corresponsabilizar com a efetivação dos projetos e programas públicos que atendam à construção de “projetos de felicidade” em saúde, tendo em vista que, é no território em saúde que se experimentam e se partilham as necessidades de saúde coletivas e individuais da comunidade. Isto por que, “não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira

saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos” (p.28). Neste sentido, julga-se também de fundamental relevância, na produção sobre o cuidado, a implementação dos CLS como elo articulador de iniciativas para estabelecimentos de “bons encontros clínicos” nas práticas assistências nos serviços de saúde (2).

Cabe enfatizar que o controle social que aqui discutimos parte da compreensão de que é produto de lutas sociais do Movimento de Reforma Sanitária - MRS “o qual conferiu, na história de democratização das políticas de saúde, visibilidade aos movimentos sociais, quer pela denúncia das “ausências e omissões” dos serviços instalados, quer pela luta em construir espaços regulares para exercício do controle nos serviços e nas burocracias de sua gestão”. Foi instituído a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que garantiu em seu artigo 198, à sociedade o direito de participar e intervir na gestão da saúde. Assim, as ações e serviços públicos de saúde devem se organizar de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas; e participação da comunidade.

São estas diretrizes que dão corpo a organização e respaldo às intervenções no que diz respeito à participação da comunidade. Para garantir a efetivação da diretriz que trata da participação da comunidade, foi regulamentado através da sanção das Leis 8.080 e 8.142 de 1990, que instituí os conselhos de saúde nas três esferas de governo, e estabelece o Conselho de Saúde como um órgão de caráter permanente e deliberativo, colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para 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.

Os mecanismos formais de atuação da participação social em saúde no Brasil. Tais mecanismos estão estruturados a partir dos conselhos e conferências, regulados na referida Lei, que garante a instituição de conselhos em nível federal, estadual e municipal em caráter permanente e deliberativo, com capacidade de avaliar e fiscalizar serviços e recursos em saúde (4).

O debate sobre os conselhos como instrumento de exercício da democracia esteve presente entre setores liberais e da esquerda em suas diferentes matrizes. A diferença é que eles são pensados como mecanismos de colaboração, pelos liberais e

como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda (5).

As Leis 8.080 e 8.142 de 1990 abarcaram a ideia do acesso universal como pilar da política de saúde, em construção naquele momento nas diretrizes do SUS, modificando os serviços de saúde e permitindo, assim, a tentativa de substituição do modelo hegemônico e biomédico que priorizava, até então, ações individuais curativas em detrimento daquelas promocionais da saúde e da coletividade (6).

É importante ter clareza que ainda há um longo caminho para o fortalecimento dos CLS's, em especial para o caso da realidade que será relatada (ainda nem foram implantados), tendo em vista que "a participação social no SUS via conselhos locais de saúde ainda é frágil, contudo, potencializa o surgimento de novos atores, socializa as informações do SUS e fortalece espaços participativos neste âmbito" pois mesmo diante dessa fragilidades, esses espaços apresentam condições de disputa e que podem sim garantir melhorias para o sistema de saúde local. Desse modo, é mais do que necessário pensar em mecanismos de controle social e participação popular na gestão em saúde considerando as realidades "micros" (no caso, os CLS) como forma de valorização da experiência (6).

Desde a constituição dos conselhos de saúde, sua construção tem sido desafiadora, tanto em nível nacional, como estadual, municipal e local. Pois em cada realidade específica coexistem diferentes interesses, concepções e utilidades neste espaço social, uma vez que os conselheiros atuam com distintas perspectivas metodológicas e políticas (3).

Dessa forma, vê-se a importância fundamental que o CLS tem para desenvolvimento do controle social, sendo um alicerce para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, já que as pessoas que utilizam os serviços de saúde têm maior legitimidade para fiscalizar e acompanhar tais serviços, podendo participar das deliberações acerca de suas demandas de saúde (7). Devido à convicção de que esse é um tema relevante para a Saúde Coletiva que o objetivo desse trabalho é compartilhar a experiência do planejamento e ação de implantação de dois CLS na Atenção Básica de Saúde no município de Caicó no Rio Grande do Norte (RN).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo empírico-descritivo, um relato de experiência sobre a proposta de discussão da implantação do Conselho Local de Saúde em dois territórios de saúde, nos meses de maio a julho de 2017, na área de abrangência de duas

Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Básica do município de Caicó/RN que são assistidas pela equipe Multiprofissional de Residência em Atenção Básica (RMAB).

As unidades escolhidas foram a UBS Enfermeiro José Menandro Cruz, localizada no bairro Castelo Branco na Zona Leste e a UBS Ana de Antão, localizada no bairro Boa Passagem na Zona Norte desta mesma cidade. A opção por elencar estas unidades como cenário para construção deste trabalho, diz respeito ao vínculo que os residentes estabelecem com as mesmas, uma vez que as atividades práticas da residência também são executadas nestes cenários além da necessidade do estímulo à discussão em torno dos espaços de participação e controle social nessas duas regiões da cidade.

É necessário destacar que a cidade de Caicó tem uma população estimada em 68.222 habitantes. É a principal cidade da microrregião do Seridó Ocidental, distante 256 km da capital estadual, Natal/RN. Seu território ocupa uma área de 1.228. 574 km, posicionando-o como o quinto município com maior extensão do Rio Grande do Norte. O Estado do RN apresenta oito Regiões de Saúde, de modo que Caicó faz parte da 4ª Regional de Saúde, juntamente com mais 24 municípios (8).

As referidas UBS escolhidas em Caicó-RN apresentam especificidades e vulnerabilidades diferenciadas. A UBS de Castelo Branco, como é conhecida, atendem aproximadamente 2.784 pessoas, e a UBS de Boa Passagem atende cerca de 8.000 pessoas. Na primeira UBS, os atendimentos predominantes são para as mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos e o diagnóstico situacional predominante é a hipertensão arterial sistêmica. Já a UBS Ana de Antão, que aloca duas equipes de saúde em um único local para atendimento, predomina mais homens com idade de 25 a 64 anos e o diagnóstico situacional prevalece a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus.

Grosso modo, os residentes vinculados as supracitadas UBS levaram a proposta de discussão da criação de CLS para construção coletiva aos profissionais de saúde, lideranças populares, conselheiros comunitários e gestão de saúde do município. Para tanto, estabeleceu com estes atores sociais envolvidos um cronograma com atividades específicas e prazos para cumprimento das etapas estabelecidas para implantação do CLS, a fim de garantir que os objetivos da implantação fossem atingidos. Estes passos foram inspirados a partir de orientações do Conselho Nacional de Saúde – CNS, sendo as principais etapas elencadas: I. Sensibilização dos trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família (ESF); II. Identificação e mobilização das lideranças e das instituições/entidades de usuários da área de abrangência da unidade básica de

saúde, tais como associações de moradores, organizações não-governamentais, entidades religiosas e escolas; III. Realização de oficinas de sensibilização com a comunidade; IV. Reunião com o Conselho Municipal de Saúde de Caicó e; V. Formalização do CLS com definição do cronograma de reuniões ordinárias.

Essas reuniões ordinárias têm como objetivos discutir sobre o controle social como direito dos usuários; formação de comissão eleitoral com a finalidade de organizar o processo de eleição dos membros representantes dos usuários para compor o Conselho Local de Saúde; apresentação de edital para publicação de convocação da eleição do Conselho Local de Saúde e acompanhamento de seu processo de publicação no Diário Oficial; inscrição das entidades da comunidade candidatas à serem membros do conselho; realização da eleição dos candidatos representantes dos usuários para comporem o Conselho Local de Saúde e; criação do regimento interno do Conselho Local de Saúde.

Para organização das atividades nos cenários de práticas, os 21 residentes, dentre eles, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fonoaudiólogos, dentistas e fisioterapeutas, foram subdivididos em duas equipes, que se articulam para planejamento, organização e andamento de suas demandas bem como das próprias UBS. Dentre as atividades desenvolvidas pelos residentes, destacam-se neste trabalho, as ações em torno do processo de implantação dos CLS nessas UBS.

A discussão em torno do processo de implantação dos CLS foi proposta na disciplina de Formação Política e Participação Estudantil III, a partir de uma demanda da própria realidade dos territórios de saúde, que apresentavam desconhecimento do controle social enquanto direito e da possibilidade de instituir um CLS, uma vez que não existiam em seus territórios. Outro fator importante é o próprio papel da RMAB, que tem entre seus diversos objetivos, colaborar na reestruturação da rede de saúde dos municípios em que está inserida. Isso é fundamentado no fato das próprias características das Residências, enquanto formação em serviço, com supervisão direta por profissionais capacitados (preceptoria), supervisão acadêmica (tutoria), regime de dedicação exclusiva, cenários de formação e práticas em serviços da rede de atenção à saúde nos três níveis de complexidade (9).

## **RESULTADOS**

Como resultados têm-se que foi realizada uma reunião de sensibilização com a equipe de cada ESF selecionada e outra para a entrega dos nomes das lideranças de

cada micro área de abrangência das UBS pelos respectivos agentes comunitários de saúde (ACS). Ocorreu, também, a apresentação do planejamento de implantação dos CLS em uma reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e formou-se uma comissão composta por conselheiros do CMS que se prontificaram a apoiar e participar do processo de implantação dos CLS propostos.

Ao vivenciar, como profissionais, a implantação do CLS, observou-se um contexto de relações sociais fragmentadas; vínculos fragilizados entre as equipes de Estratégias de Saúde da Família e população, diante desses desafios, pode-se afirmar que é necessário perceber a existência de interesses conflitantes, sendo necessário diagnosticar o “nós críticos” do conflito e trabalhar a partir deles como “parte fundamental de qualquer iniciativa que busca constituir espaços democráticos e abertos de participação popular em saúde nos serviços locais” (3).

Diante disso, instituir tais conselhos tem exigido dos sujeitos envolvidos habilidades para trabalhar em equipe (trabalhadores-gestores-usuários), e esse vem sendo um dos primeiros desafios a serem enfrentados no cotidiano do trabalho em saúde, ocasionando dificuldades no diálogo e conflitos de interesses, o que se torna um obstáculo que deve ser trabalho por meio do processo de educação permanente, caso deseje-se estabelecer efetivamente o conselho como instância de controle social e interação serviço-comunidade (3).

Outra atividade desenvolvida pelos residentes para incentivar a divulgação de informação e estimular a participação da população foi a confecção de boletim informativo, tratando de modo objetivo o que era uma CLS, qual seu papel, como os cidadãos poderiam participar e como funcionava. Essa foi mais uma estratégia utilizadas pelos residentes como forma de divulgação, por compreender ser esse também um mecanismo de informação e porta de entrada para incitar curiosidade e aproximar a população a participar.

A experiência foi muito enriquecedora para todos os profissionais envolvidos, já que no momento de desenvolvimento da atividade parece-nos haver, em algum nível, a aproximação e o fortalecimento do vínculo usuário-profissional. Situação como apontamos acima, considerada ideal para qualquer possível transformação no território de abrangência das UBS. Ressaltou-se a importância CLS para a melhoria da saúde coletiva, assim como a vigilância na gestão, nas Unidades de Saúde e sobre seu direito de cidadão na participação nos problemas na comunidade e sua resolução, visando o controle social e o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS.

No decorrer das etapas percebemos mais nitidamente que a população tem poucos saberes dos seus direitos como usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como não são incentivados pelos profissionais das Unidades Básicas à participação em reuniões ou pautas para as discussões sobre suas necessidades e produção de saúde. Isso também pode ser reflexo do incipiente impacto dos movimentos sociais nas lutas em saúde, uma vez que a participação dos movimentos sociais nos espaços de conselhos são essências, na medida que qualifica o debate e potencializa a participação democrática (5).

Apesar do fato de abordar localmente, os conselhos sejam demandados pelos movimentos populares, através de práticas dialógicas em suas comunidades e reivindicam a participação no controle de serviços locais já estruturados. Esta ainda é uma realidade que não atingimos em nossos cenários de práticas. Uma vez que não há movimentos populares organizados pautando a luta em torno da saúde desta cidade (3).

Colocar em cena de discussão sobre a implantação de CLS's em um território que historicamente não pauta o direito à saúde de modo democrático e participativo, é realmente um desafio. Uma vez que a cultura política presente no Brasil aponta historicamente a negação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, e onde há o predomínio das "práticas políticas do favor, patrimonialista, do cooptação da população, populista e clientelista" (3).

## **DISCUSSÃO**

De certo modo, é possível analisar que participação da sociedade no setor Saúde passou por processos de mudanças complexos, que resultaram em um sistema de controle social cada vez mais qualificado e que teve como primeira conquista, sua legitimação legal através da Constituição de 1988, bem como da homologação das Leis 8.080/90 e 8.142/90. O que garantiu à população os espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde, enquanto mecanismos essencialmente democráticos, que permitem sua melhor organização para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado.

No qual o controle social passa a ser uma importante ferramenta de democratização das organizações, sendo cada vez mais importante adotar uma série de práticas que efetivem a participação da sociedade na gestão (10,11).

Entretanto, a Lei nº 8.142/1990 não cita a criação de conselhos locais de saúde, geralmente vinculados a unidades de atenção primária à saúde (Nogueira et al., 2008).



Apesar de não prevê especificamente a instituição dos CLS, é em seu § 5º do art. 1º que se define que as conferências de saúde e os conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento determinadas por regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Assim, abre-se o precedente para que o controle social ocorra em outros ambientes, que não somente nas três esferas de governo. Com isso, o CLS torna-se o espaço ideal para a manifestação das necessidades da comunidade, representando a legitimidade democrática da participação popular em sua base, por se tratar de um espaço menos formal e menos burocratizado (6).

É por ser justamente o espaço do CLS menos formal, que sua função é vista como pedra de torque para o fortalecimento da atenção Primária à Saúde idealizado pela ESF. Onde os indivíduos que utilizam os serviços de saúde apresentam maior legitimidade e empoderamento para fiscalizar e acompanhar os serviços, seus limites e potencialidades e conseqüentemente contribuir nas deliberações acerca de suas diretrizes.

Entre as normativas legais que regulamentam os funcionamentos dos conselhos de saúde, destacamos a Resolução nº 333, na qual o Conselho Nacional de Saúde procurou ampliar e estruturar o funcionamento dos conselhos, estipulando tempo de mandato dos membros, definindo competências, responsabilidades e funções (12). Mas em 2012, após inclusão de outros serviços e programas no SUS, se fez necessário revê-la, assim o Ministério da Saúde aprovou a Resolução nº 453, que trata da reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos (Brasil, 2012), substituindo a Resolução nº 333 de 2003. Apesar de mencionar o CLS, ela não traz especificações sobre sua atuação, composição ou área de abrangência, ficando sob responsabilidade dos municípios legislar sobre os CLS por meio de decreto, lei municipal ou portaria da Secretaria Municipal de Saúde.

Desse modo, acreditamos que se faz necessário um trabalho contínuo e pedagógico (método da educação permanente que envolve todos trabalhadores de saúde, gestão e usuários do serviço) para garantir bases sólidas, para que os CLS não sejam ruídos e reproduzam o que a conjuntura atual apresenta, onde cada vez mais são espaços despolitizados e com perspectiva de apassivamento dos movimentos sociais (3).

Com isso, é importante a luta pela garantia de representação de usuários e trabalhadores de saúde por membros de entidades vinculadas a estes segmentos, enquanto uma estratégia fundamental para a real participação e interferência da

sociedade nas decisões referentes à política pública de saúde, de forma que as suas demandas sejam de fato contempladas e suas necessidades de saúde sejam atendidas (3).

A colaboração e o incentivo dos profissionais de saúde à participação popular enriquecem o território em saúde, amplia qualidade de vida e estabelece a dimensão dialógica para intervenção em saúde e para produção de práticas de cuidado que geram projetos de felicidades para sujeitos e coletividades. Dessa forma, a implantação do CLS é um instrumento propulsor de mudanças e transformações na promoção da saúde da população, sendo, portanto, importante estimular os usuários a acessarem e exercerem seus direitos e deveres para desenvolver sua autonomia sobre a integridade da sua situação de saúde e lutar pela concretização da mesma.

A complexidade em implantar um CLS requer um leque de estratégias bastante amplo e a educação popular e permanente podem ser ferramentas fundamentais na construção de bases de empoderamento político dos movimentos sociais, lideranças locais e usuários do SUS. O incentivo em atividades educativas aponta um caminho para propiciar o diálogo de ideias sobre o conselho e favorecer a reflexão individual e as problematizações coletivas, de modo a dinamizar a construção do CLS (4).

Esse incentivo é primordial, já que a educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disto, esta é, em sua totalidade, um processo [...] em que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e suas vidas (4).

É importante perceber que apenas a existência formal dos espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade. Pois mesmo após a implantação outros desafios podem surgir para efetivar sua implementação, uma vez que os conselhos de saúde se deparam com inúmeros desafios que prejudicam sua efetividade, tais como: problemas de representação, com desconsideração do princípio de paridade ou escolha de membros por vias pouco claras e falta de divulgação das atividades e iniciativas dos conselhos para a comunidade, o que resulta em baixa adesão popular nos processos decisórios locais (13).

Alguns desses desafios já começam a se apresentar no processo de implantação do CLS na realidade apresentada, onde estamos enfrentando a baixa adesão não só popular, mas também dos profissionais da ESF. Essa resistência é realmente preocupante, uma vez que entre as atribuições das equipes está a participação nos espaços de controle social bem como o incentivo para sua

constituição, pois assistir os usuários e suas famílias em territórios adstritos não é só tratar doenças, mas significa se apropriar das outras visões de mundo e mergulhar em outras realidades, com a possibilidade de atuação profissional voltada para participação e controle social de acordo com os princípios norteadores do SUS (14).

O fato dos profissionais da ESF não se reconhecerem enquanto membros essenciais nos espaços de controle social no SUS e especificadamente no CLS fragiliza a própria estruturação do SUS, por entender que os trabalhadores são um dos pilares de sustentação dessa política em conjunto com os usuários e gestores no SUS. O que pode acarretar por sua vez, o repasse da luta por melhores condições de trabalho, para a população e a gestão, sem que os trabalhadores se vejam enquanto sujeitos na defesa de seus direitos e da melhor estruturação dos espaços e relações de trabalho (14).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar da participação e controle social no SUS possuir extenso arcabouço teórico, no cotidiano dos serviços de saúde sua discussão ainda é bastante incipiente, especialmente nas cidades de interior do país, com caráter coronelista bastante presente como é o caso de Caicó. Os motivos para o receio/ausência de problematização por parte dos profissionais sobre essa temática nas UBS, podem ser os mais diversos. Entretanto, um de seus limites pode estar relacionado ao modelo de atenção à saúde ainda centrado na doença, pois as UBS que os residentes estão inseridos se apresentam como pequenos ambulatórios espalhados pela cidade; com práticas pouco integradas, com foco reduzido na prevenção e promoção à saúde, o que impede a progressão da discussão para outros níveis no tocante a participação e ao controle social no SUS.

Assim, é importante evidenciar que a relação que se tem entre participação em saúde, controle social em saúde e ESF são relações próximas, indissociáveis e implicitamente encadeadas. Além disso, a não apreensão dessas relações refletem problemas que vão além do receio individual de participar, mas que também põe em cheque o nível de resolutividade da própria atenção básica; uma vez que não se absorve essas demandas de participação social como parte do planejamento, organização e execução no trabalho em saúde nos territórios. E, conseqüentemente, seu trabalho não está sendo direcionado para os problemas do território, mas sim aguardando a demanda espontânea da própria comunidade que busca um serviço e que não se reconhece como parte e não o compreende (14).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza AV, Krüger TR. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v3, n.1, p.80-96, 2010.
2. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.
3. Cruz PJSC, Vieira SCR; Massa NM; Araújo TAM; Vasconcelos ACCP. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Revista Saúde e Sociedade**, v.4, n.21, p. 1087-1100, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902012000400025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000400025&lng=en&nrm=iso)>.
4. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 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 dá outras providências. [internet] Brasília, DF; 1990. [acesso em 2017 out. 11]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm).
5. Bravo MIS, Menezes JSB. Participação social e controle social na saúde: a criação de conselhos de gestão participativa no Rio de Janeiro. In: Bravo MIS, Menezes JSB. *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013. p.273-292.
6. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Popular participation in a local health council: limits and potentials. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2015; 24(2):442-449
7. Quandt FL, Fantin AD, Oliveira JR, Kovaleski DF. Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode. *Saúde Transf Soc*. 2013; 4(3):83-90.
8. Brasil. IBGE. População estimada, 2017. [acesso em 2017 out. 11]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=240200>.
9. Schmaller VV, Lemos J, Silva MG, Lima MLLT. Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. *Textos & Contextos*. 2012; 11(2):346 - 361.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [acesso em 2017 out 11]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual\\_Para\\_Entender\\_Control\\_Social.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf).
11. Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AD, Matta G, *et al*. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Rev de Saúde Pública*. 2004; 14(1):15- 39.
12. Brasil. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde [internet]. Brasília, DF; 2003. [acesso em 2017 set 30]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf).
13. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saude soc [serial on the Internet]*. 2017; [acesso em 2017 Set 30]; 26(2):411-423. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902017000200411&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902017000200411&lng=en&nrm=iso)>. Access on 30 Sept. 2017.

14. Soratto, J. A participação e o controle social na percepção da equipe de saúde da família. [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

Recebido: setembro / 2017

Aceito: outubro / 2017

