

## **Avaliação da Participação Social em Saúde na Ótica dos Estudantes de Administração Pública de uma Universidade Federal no Brasil**

### **Resumo**

O objetivo deste artigo é mostrar como os estudantes do Curso de Administração Pública da Universidade Federal Fluminense (na modalidade semipresencial) avaliam a participação social em saúde, utilizando como *locus* central a atuação de conselhos gestores; simultaneamente busca traçar um paralelo entre a avaliação e a utilização do SUS. Aplicou-se questionário aos alunos, cujos dados foram tratados por teste de independência entre variáveis e pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. Encontrou-se maior participação em saúde na esfera não institucionalizada; onde os resultados obtidos refletiram que a avaliação do SUS independe da participação do cidadão. A avaliação da participação social em saúde mostra que, apesar dos estudantes avaliarem de forma analítica a esfera não institucionalizada, eles não efetivam sua participação na esfera institucionalizada. Isso se deve, principalmente, à falta de transparência, dificuldade de acesso à informação, e à falta de interesse do usuário. Os mesmos entraves foram observados na esfera não institucionalizada. Deve-se atentar para inclusão no currículo acadêmico de práticas de extensão e de disciplinas que versem sobre a temática participação social, como forma de desenvolver o pensamento crítico e promover a conscientização dos estudantes para apropriação desses espaços como auxiliares de suas futuras atividades acadêmicas, de gestão e de docência.

Palavras-chave: Educação, Cidadania, Sistema Único de Saúde, Conselho Gestor, Participação Social.

## **Evaluation of the Social Participation in Health in the Optics of Public Administration Students of a Federal University in Brazil**

### **Abstract**

The objective of this article is to show how the students of the Public Administration Course of the UFF (in the blended mode) evaluate the social participation in health, using as central locus the performance of management councils; simultaneously seeks to draw a parallel between the evaluation and the use of SUS. A questionnaire was applied to the students, whose data were treated by independence test between variables and by the Collective Subject Discourse method. Greater participation in health was found in the non-institutionalized sphere; where the results obtained reflected that the SUS evaluation is independent of citizen participation. The evaluation of social participation in health shows that, although citizens evaluate in an analytical way the non-institutionalized sphere, they do not effect their participation in the institutionalized sphere. This is mainly due to lack of transparency, difficulty in accessing information, and lack of user interest. The same obstacles were observed in the non-institutionalized sphere. It should integrate the academic participation of extension practices and disciplines that deal with social participation, how to develop their capacities and promote an awareness of the students to the realization of such spaces as aids to their activities, Teaching management.

Keywords: Education; Citizenship; Unified Health System; Administrative Council; Participation

## 1 Introdução

O exercício da cidadania é parte importante do desenvolvimento de uma nação. Ela é observada, não só pela garantia de direitos, mas também, e principalmente, por meio da participação e controle social. Carvalho (2002) ressalta que a cidadania tem sido perseguida desde a queda do regime militar brasileiro, e que a liberdade e a participação têm sido as mais bem sucedidas metas da cidadania. A participação e o controle social são práticas importantes, e entender a forma como o cidadão percebe esse fenômeno é fundamental para propor orientações quanto à sua prática.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da reestruturação político-institucional, propiciou novas perspectivas para a saúde pública brasileira. Os princípios e diretrizes do processo de estruturação do SUS possibilitaram a relação entre sociedade e Estado, tendo como marca a participação e o controle social (BRASIL, 2002). Participação em Saúde pode ser entendida a partir de duas óticas: a visão institucionalizada, trazida pela Lei nº 8.142/1990, onde a participação se faz presente através dos Conselhos e Conferências de Saúde nos níveis municipal, estadual e federal; e a visão não institucionalizada, que compreende a participação em qualquer atividade de saúde, sejam elas individual ou coletiva, no nível assistencialista ou educativo (CAMPOS & WENDHAUSEN, 2007; ARANTES et al., 2007; BRASIL, 1990; PEREIRA et al., 2004).

Tendo como base o aparato legal e teórico acerca da institucionalização do SUS e das esferas de participação, o presente estudo objetiva mostrar como os estudantes do curso de Administração Pública da Universidade Federal Fluminense na modalidade semipresencial (APU/ UFF) avaliam a participação social em saúde, utilizando como *locus* central a atuação dos conselhos gestores em sua cidade (para análise da participação institucionalizada); e, simultaneamente, traça um paralelo entre a avaliação e utilização do Sistema Único de Saúde (entendido como participação social em esfera não institucionalizada).

Trata-se de uma pesquisa aplicada, de caráter descritivo, e com abordagem quali-quantitativa. Foi realizada pesquisa com um grupo de estudantes do curso de Administração Pública, por meio de questionário on-line composto por perguntas abertas e fechadas, cujo tratamento e análise de dados foi realizado a partir de análises estatísticas, buscando esclarecer a existência de correlação entre utilização/participação dos serviços públicos de saúde e a avaliação do SUS. O método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi utilizado para analisar a pergunta aberta que questionou os desafios e entraves percebidos pelos respondentes que desmotivavam e/ou impediam sua participação de forma efetiva.

O presente artigo está estruturado em seis tópicos. O primeiro explora a evolução dos conceitos de cidadania, participação e controle social. No segundo tópico, apresentamos o histórico do Sistema Único de Saúde, evidenciando os processos sociais, legais e estruturais que marcaram a sua construção e evolução até os dias atuais. O terceiro trata da participação social nas esferas institucionalizada e não institucionalizada. O quarto tópico apresenta a metodologia de pesquisa, os procedimentos e técnicas de coleta e tratamento de dados. No quinto tópico, apresentamos os resultados e seu diálogo com a literatura. E no sexto, as conclusões acerca do esforço de pesquisa são apresentadas ao leitor.

## 2 Cidadania, Participação e Controle Social

Cidadania é o livre agir do cidadão sob o exercício de seus direitos e sob a observância de seus deveres. Seu conceito remonta à Revolução Francesa (1789), que marcou a transição entre o regime absolutista, na Europa, e o início da sociedade moderna como a entendemos hoje. Sob a égide da democracia, a Assembleia Constituinte francesa promulgou a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (DDHC). Esse documento trouxe em seu escopo o conceito básico de cidadania: a igualdade de direitos, ao ressaltar “que os homens nascem e são livres e iguais”. Nesse sentido, a lei teria a função de regular o limite do direito do cidadão, para que este não afetasse o exercício do direito de outrem (FRANÇA, 1789, *s.p.*).

Posteriormente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH (adotada e proclamada em 1948) procurou reafirmar os valores e princípios promulgados na Declaração de 1789, ao declarar que “o reconhecimento da dignidade [do homem] e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (ONU, 1948, *s.p.*).

No entanto, Ulhôa (2007) ressalta que o conceito de cidadania vai além da definição básica de garantia de direitos e deveres, da liberdade e da igualdade. O autor considera a existência de uma dialética fundamental nesse conceito (que só pode ser plenamente exercida em regimes democráticos): “a dialética da liberdade individual e da responsabilidade social” (ULHÔA, 2007, p. 53). O controle social (aqui tratado como uma das fases do processo de participação social) é aspecto importante dessa responsabilidade social do cidadão. Ainda sobre o conceito de cidadania e sobre a atuação do cidadão, vale ressaltar que a concepção aqui perseguida, entende o cidadão não como um “instrumento eleitoral”, mas como um ator que acompanha constantemente as “esferas pública e estatal, tanto em âmbito local, dimensão que é sempre destacada como lócus primeiro de atuação da cidadania, como em outras dimensões que lhe foram desvendadas por meio de ferramentas da tecnologia de informação como a internet” (VASCONCELOS, 2014, p. 82).

Para Demo (2009, p. 19), a participação é um processo que surge, por “tendência histórica”, após a dominação e supressão de direitos. O autor ressalta ainda que, por ser um processo social e histórico, a participação deve ser conquistada; ela não tem fim em si mesma, nem pode ser doada; ela precisa ser construída e constantemente aprimorada. Reforçando o ideário de participação atrelada ao controle social, a DDHC, em seus artigos XXII, XXIV e XXV, declara que a garantia de direitos necessita de uma “força pública”, “instituída para fruição por todos” (FRANÇA, 1789, *s.p.*). Mattus (1993) trata essa “força pública” como a associação do “homem individual”; que, por meio da consciência do “homem coletivo”, busca a participação. Atrelado ao conceito de cidadania, a participação e o controle social, são fundamentais para o pleno gozo de direitos no Estado democrático.

Sobre a associação e participação, a DUDH, em seus artigos XIX e XX, ressalta que todos têm direito de expressar opiniões e “transmitir informações e ideias por quaisquer meios” (ONU, 1948, *s.p.*), inclusive por meio de reuniões e associações pacíficas. À democracia prescreve-se o direito e a responsabilidade da participação e do controle, como forma de fiscalizar o poder vigente, práticas que ganharam respaldo legal com a Constituição de 1988 (BRAVO, & CORREIA, 2012).

O caráter democrático e participativo da constituição foi essencial para o processo de redemocratização do Estado brasileiro, e pretendeu garantir direitos básicos, baseados na “soberania, cidadania, e dignidade da pessoa humana” (BRASIL, 1988, *s.p.*). E ainda reforçou o caráter participativo do regime democrático ao dizer que “todo

o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos [da] Constituição da República Federativa do Brasil - CRFB” (BRASIL, 1988, *s.p.*). O exercício direto do poder (por meio de grupos orientados para planejamento, regulação, avaliação, e controle de políticas sociais) é a base teórica do presente artigo, e constituiu importante avanço na gestão de políticas públicas, principalmente de serviços de saúde.

### **3 Movimentos de Participação Social: histórico pré e pós Sistema Único de Saúde**

Até meados do século XIX a organização da saúde pública brasileira era elementar e o interesse do Estado, por uma estrutura sanitária de assistência à saúde (RAMMINGER, 2012), era limitado a um regime unitário e centralizador (POLIGNANO, 2001). A atenção às políticas de saúde no Brasil somente ocorreu no início do século XX, quando as epidemias se tornaram impasses ao comércio agroexportador; no qual o Estado realizou ações preventivas de erradicação através do modelo sanitarista campanhista (RAMMINGER, 2012; POLIGNANO, 2001). As ações sanitárias de caráter coletivo marcaram o início dos movimentos sociais em saúde no Brasil: militares positivistas e civis foram contra a obrigatoriedade da vacina, e em 1904, os movimentos populares contra a Campanha de Vacinação Obrigatória, culminaram na conhecida Revolta da Vacina (RAMMINGER, 2012).

O crescimento populacional e econômico ampliou os limites do governo quanto à qualidade na assistência à saúde. Em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) através do Decreto nº 4.682, assegurando assistência médica aos trabalhadores vinculados. Porém, devido ao baixo número de contribuintes e ao alto índice de fraudes na concessão dos benefícios, as CAPs foram substituídas, em 1933, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (POLIGNANO, 2001).

Com os crescentes desenvolvimento industrial, urbanização e renda *per capita*, os institutos de assistência médica começaram a sofrer pressões pela classe operária por melhores atendimentos médicos. A partir de 1945, a falta de planejamento nos IAPs passou a prejudicar a qualidade do atendimento; então, em 1966, houve a fusão dos IAPs, originando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que garantia aos trabalhadores e seus dependentes uniformização dos benefícios da previdência social. Porém, os serviços de saúde continuavam voltados apenas aos trabalhadores formais e à população de maior renda (POLIGNANO, 2001).

A crise internacional, a redução do crescimento econômico nacional e o arrocho salarial da década de 70, que levou a política econômica da ditadura à crise, também causou a decadência dos serviços da previdência social (POLIGNANO, 2001). De um lado, a saúde pública ficou sucateada diante da falta de recursos e da incapacidade em solucionar os problemas de saúde; e do outro os Movimentos Sanitários tomaram força pela ação de grupos acadêmicos ligados à Saúde Pública (BRASIL, 2002). Para Ramminger (2012, p. 32) “[...] o Movimento Sanitário reivindicou um novo conceito de saúde que considerasse não só a dimensão biológica, mas também a social no processo saúde-doença”.

Após intensos conflitos, o Movimento da Reforma Sanitária alavancou a política de descentralização e desconcentração dos serviços de saúde, ampliou e fortaleceu a participação social e influenciou a reformulação das políticas públicas de saúde (ANDRADE, 2001). O marco da luta dos movimentos sanitários ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a participação da sociedade organizada (RAMMINGER, 2012), onde os principais temas debatidos relacionaram “saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do

setor” (ANDRADE, 2001, p. 6). A VIII Conferência foi base para que o arcabouço jurídico institucional vigente contemplasse as mudanças necessárias à saúde pública brasileira, seguindo a reforma sanitária (PUGIN, 1996 *apud* ANDRADE, 2001).

Na Constituição Federal do Brasil de 1988, a saúde passou a ser derivada de políticas sociais e econômicas, de direito do cidadão e dever do Estado, e como parte da seguridade social cujas ações e serviços seriam providos por um Sistema Único de Saúde (SUS) (RAMMINGER, 2012). O objetivo da Reforma Sanitária foi assim efetivado com a regulamentação do SUS, dada pela Lei nº 8.080/90, que define o processo de descentralização e as competências das três esferas do governo na promoção, proteção e recuperação da saúde, e organização e funcionamento de serviços e ações em saúde; e com Lei nº 8.142/90 que define a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências de recursos financeiros entre os poderes de gestão (BRASIL, 1990).

A criação do SUS foi um marco legal, normativo e decisivo na evolução do sistema institucional brasileiro. E, para garantir uma estrutura democrática na construção da nova gestão do sistema, foram estabelecidos princípios e diretrizes para assegurar os valores de bem-estar, justiça social e igualdade. Portanto, o processo pela busca de soluções aos problemas críticos de saúde se refletiu na origem dos princípios doutrinários do SUS (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2008), como: universalidade, integralidade e equidade; dos quais provêm alguns princípios organizativos: descentralização, hierarquização e participação popular (POLIGNANO, 2001).

O cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS pelo Estado garante à sociedade acesso a ações e serviços de saúde, assegurando a universalização do acesso e integralidade das operações. A participação social é a base para o Estado ter maior conhecimento e segurança ao reorientar políticas regionalizadas de saúde, fazendo jus à equidade (TEIXEIRA, 2011). A marca do SUS, como processo social em construção, é a participação ou o controle social como proposta pública, democrática e popular contra a injustiça social (BRASIL, 2002), e a inserção do cidadão na gestão pública, voltando as ações do Estado para os interesses da coletividade (BRASIL, 2001).

#### **4 Participação Social em Saúde: conceito em constante construção**

Os termos Participação Social ou Controle Social são utilizados para indicar as formas pelas quais o cidadão comum, de forma organizada, tem a possibilidade de influenciar as decisões do Estado na formulação e construção de políticas públicas (DIEGUES, 2012).

O conceito de participação tem sido utilizado para nomear diferentes atividades que vão desde a presença física do cidadão, utilizando os serviços tidos como públicos, de forma passiva nos processos decisórios; ativamente através do exercício do voto; até em sua atuação em movimentos sociais e militâncias partidárias. O advento da Constituição incluiu a sociedade civil no arcabouço jurídico institucional (GOHN, 1997 e 2004) conferindo ao cidadão a possibilidade de participar das decisões do Estado na formulação e construção das políticas públicas (GUIMARÃES & COUTINHO, 2010; GOHN, 2003), e, segundo Pateman (1992, *idem*), tem como condição ideal para a participação a simetria de poder e informação entre todos os envolvidos no processo decisório, garantindo, dessa forma, que no contato entre o cidadão e as esferas institucionalizadas, os reais interesses da sociedade sejam levados em conta nesse processo.

Tratar a participação social somente pela ótica do controle mostra-se como um reducionismo dos direitos sociais assegurados pela Constituição, pois o que se busca a

partir da participação social é a ampliação desta dimensão, abarcando as áreas de controle e fiscalização da aplicação dos recursos e também planejamento e formulação de políticas, possibilitando que as medidas atendam ao interesse da coletividade (ROLIM, CRUZ, & SAMPAIO, 2013; KLEBA, & COMERLATTO, 2011), Coutinho e Guimarães corroboram com esta posição ao afirmar que:

A efetivação do controle social radica no processo de participação que, para se realizar, não prescinde encarar o poder e abrir espaços. Por conseguinte, a participação não é ausência, superação, eliminação do poder, mas uma forma de compartilhá-lo. O controle social não se refere apenas à prestação de contas dos gastos públicos dos órgãos governamentais à sociedade, mas, sobretudo a uma prática societária de envolvimento da sociedade civil nos negócios públicos. (COUTINHO, & GUIMARÃES, 2010, p. 167).

Para Coelho (2012) participação é determinante fundamental da democracia, significa “decidir, acompanhar e avaliar a organização dos serviços” (COELHO, 2012, p. 145), sendo imprescindível garantir que as diferentes faces da sociedade sejam contempladas nas decisões das políticas. Nesta concepção devemos quebrar os muros entre sociedade e Estado, entendendo que esta faz parte do cotidiano e é fruto dos interesses e interlocução de diferentes atores sociais (PÊGO, 1993).

A Constituição Federal de 1988 traz a ênfase ao controle social a partir de normas e dispositivos legais que permitem o controle, fiscalização e avaliação da ação estatal nas três esferas de Governo. A participação em saúde pode ser entendida a partir de duas óticas: a visão institucionalizada, trazida pela Lei nº 8.142/1990, onde a participação se faz presente através dos Conselhos e Conferências de Saúde nos níveis municipal, estadual e federal; e pela forma não institucionalizada, que compreende a participação em qualquer atividade de saúde, sejam elas individual ou coletiva, no nível assistencialista ou educativa (CAMPOS, & WENDHAUSEN, 2007; ARANTES et al., 2007; BRASIL, 1990; PEREIRA *et al.*, 2004).

A Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.142/1990) dispõe sobre o controle social na Gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área de saúde, e define as instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e os Conselhos Gestores (cujos membros são usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde). Estas duas esferas (conferências de saúde e conselhos gestores) são as principais formas de participação da sociedade atualmente, porém não bastam para sintetizar nossa complexa realidade social, sendo insuficientes como única porta de acesso à participação social. Pois um processo de participação democrática deve permitir também iniciativas individuais ou coletivas, como fóruns de trabalhadores, ouvidorias, audiências públicas, entre outros (ROLIM, CRUZ, & SAMPAIO, 2013).

As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos, e são compostas por diferentes segmentos sociais, com os objetivos de avaliar o sistema de saúde, atuar no planejamento de ações e propor metas para os próximos quatro anos. O processo se inicia de forma regionalizada e a partir de temáticas previamente direcionadas. Os Conselhos, de caráter permanente, atuam na formulação de estratégias e controle da execução das políticas, sua composição deve contemplar 50% de usuários e os demais 50% membros do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde. O número de conselheiros é definido por lei de cada ente federado, e o presidente deve ser eleito entre os membros. As vagas devem ser distribuídas de forma paritária e de acordo com os critérios estabelecidos em lei (CARVALHO, 1995; COELHO, 2012). Possuem como postulado a busca da participação de todos os afetados pela políticas de saúde, com foco

nos mais necessitados, sua atuação deve contribuir para o alcance dos objetivos do SUS (CARVALHO, 1995). A participação nas reuniões é aberta à população e durante as quais são discutidos assuntos relativo às demandas específicas do conselho, onde através do diálogo com os setores executivo e legislativo buscam definir as prioridades na alocação dos recursos visando o atendimento das demandas da sociedade (PINHEIRO, & CANÇADO, 2014).

A participação social, via conselhos oportuniza uma maior transparência nos processos decisórios e visibilidade de suas ações, trazendo maiores chances de inserção na arena das discussões das políticas públicas os reais anseios dos diferentes grupos formadores da sociedade, atendendo inclusive demandas de grupos com menor poder organizativo e de pressão junto ao Estado (KLEBA, & COMERLATTO, 2011). Silva, Jaccoud e Beghin (2005, *idem*) reconhecem a participação como elemento chave na formulação das políticas públicas, e os conselhos como canais para a ampliação de direitos e promoção da equidade social no campo em que as políticas são formuladas. Kleba e Comerlatto (2011) complementam o argumento ao salientar que através do dialogo dos diferentes atores e segmentos envolvidos abre-se a possibilidade para que os conselhos possam:

(...) constituir-se enquanto espaços democráticos, à medida que os atores ali envolvidos desenvolvam não apenas suas habilidades para negociar e consensuar, mas também para inovar, criando novas possibilidades a partir do compartilhamento de idéias e experiências.[...] à medida que as pessoas envolvidas estejam abertas para aprender novas competências, saberes e formas de agir e interagir nos espaços de suas relações cotidianas. (KLEBA, & COMERLATTO, 2011, p. 25).

Valla (1998), entretanto, critica esta posição ao afirmar que em muitos casos, os conselhos têm sido formulados como forma de legitimar a política do Estado ante a população, não conseguindo garantir a necessária participação no cotidiano das reuniões e na realização de práticas diretas de controle e participação social (VALLA,1998). Mesmo com o aparato legal que lhe confere suporte, a participação social é um conceito em constante construção e depende, em grande medida, do compromisso e da mobilização da comunidade na busca por seus direitos. Percebe-se, por exemplo, a diferença entre as demandas sociais por saúde dos grupos de baixa renda com incipiente representatividade ou força política, dos grupos com aparato político estruturado, que detém o poder de impor suas demandas nas pautas de negociação das esferas institucionalizadas (COELHO, 2012).

Fortalecer a gestão participativa e o planejamento estratégico entre todos os setores e diferentes atores sociais, contribuindo para articular, mobilizar e estimular a participação popular (...), com vistas a uma atenção à saúde universal e de qualidade, são alguns dos objetivos que devemos pleitear (CONASS, 2007; CECCIM, & FEUERWERKER, 2004) rompendo, assim, com a falta de acesso à informação, e trazendo para a realidade o texto legal, permitindo a participação plena e efetiva da população. Os diferentes segmentos precisam abrir-se ao diálogo, reconhecendo suas diferenças e semelhanças e permitindo acesso igualitário às informações produzidas pelo SUS (COELHO 2012; KLEBA, & COMERLATTO, 2011). Conhecimento é poder, somente detendo este poder a população poderá acompanhar, fiscalizar e orientar as ações governamentais, retirando a população do papel de refém do saber técnico, observado nas esferas de participação social (COELHO, 2012).

Crevelim e Peduzzi (2005) também alertam para a atual formulação dos programas de saúde, cujo atual desenho é feito para a população; sendo que o ideal seria

sua formulação e aplicação com a população. Os conselhos devem se organizar buscando bloquear práticas clientelistas; desenvolvendo práticas e estruturas de participação capazes de garantir a autonomia dos atores sociais e estimular vínculos associativos entre os grupos locais; e buscando constantes melhorias, de forma que os conselhos possam ser efetivados, refletindo espaços de produção da comunicação e integração entre os diferentes segmentos sociais (MARTINS; CKAGNAZAROFF & LAGE, 2012). Sua atuação pode ser “reinventada, buscando ouvir a população (...), permitindo a livre expressão das demandas e necessidades de saúde da população” (SHIMIZU *et al* p. 2282, 2013).

## 5 Metodologia

O presente trabalho constitui-se de uma pesquisa aplicada, de caráter descritivo, e com abordagem quali-quantitativa. As pesquisas aplicadas trazem como característica fundamental o empenho na aplicação, utilização e consequências práticas do conhecimento, analisando a realidade social com seus múltiplos relacionamentos entre homens e instituições. Caráter descritivo é o nível de pesquisa que tem por objetivo principal descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre diferentes variáveis, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2008). A abordagem quali-quantitativa é tipo de abordagem que alia em seu esforço a abordagem quantitativa (que requer o uso de recursos estatísticos e numéricos, traduzindo as opiniões e informações em números e conferindo maior margem de segurança) e a abordagem qualitativa (que busca descrever a complexidade do problema analisado, compreendendo a dinâmica e as particularidades dos grupos e seus indivíduos, contribuindo para seu processo de mudanças) (DHIEL, 2004, *apud* DALFOVO, LANA e SILVEIRA, 2008).

Para a coleta de dados, foram utilizados pesquisa bibliográfica (em livros, artigos científicos, e ordenamentos jurídicos) e estudo de campo (a partir da aplicação de questionário on-line via plataforma Google Drive). A pesquisa bibliográfica foi a base para a temática desenvolvida no referencial teórico, buscando esclarecer a construção histórica do processo de cidadania e participação com *locus* centrado na formação e institucionalização do atual sistema de saúde brasileiro e seus desafios para garantir a efetiva participação social.

Como forma de transpor a barreira da amplitude populacional, selecionamos como espaço amostral os estudantes do curso de Administração Pública na modalidade semipresencial da UFF. A amostra foi selecionada por conveniência, buscando melhor adesão à pesquisa, pois nessa modalidade, os alunos possuem afinidade com o meio digital, o que facilitou o acesso e resposta ao questionário, e consequentemente ampliação do horizonte de confiabilidade para as conclusões do estudo. O questionário foi disponibilizado através da plataforma Moodle – utilizada para a prática de ensino da graduação em questão – que direcionou os estudantes para a plataforma Google Drive. As respostas ao questionário foram encaminhadas diretamente para o diretório central, onde os dados brutos foram extraídos para análise e tratamento.

O questionário foi composto por uma série de perguntas abertas e fechadas, derivadas do problema de pesquisa e dos objetivos estabelecidos. O questionário foi estruturado subjacente à percepção dos alunos sobre o tema participação social com perguntas: comportamentais, com o propósito de conhecer a avaliação dos discentes quanto ao Sistema Único de Saúde (como meio não institucionalizado de participação) e quanto aos conselhos gestores de saúde (como meio institucionalizado de participação



social); e preferenciais, buscando avaliar a opinião pessoal dos mesmos quanto às condições ou circunstâncias relacionadas a problemática da pesquisa.

No primeiro bloco, os estudantes realizaram uma avaliação do Sistema Único de Saúde, sendo questionados sobre a sua utilização efetiva e a qualidade apercebida. No segundo bloco, a participação social, na esfera institucionalizada foi abordada e introduzimos questionamentos acerca da participação do estudante nas esferas de discussão. O terceiro e último bloco de perguntas foi direcionado a estudantes que possuem conhecimento do tema Participação Social, com foco na atuação dos Conselhos Gestores de Saúde. Para cumprir com seu objetivo, o questionário realizou um corte seccional na última pergunta do segundo bloco, sendo as perguntas pertinentes à avaliação dos conselhos feitas somente para pessoas que tinham conhecimento da dinâmica dos Conselhos de Saúde, realizando uma avaliação desta esfera como meios institucionalizados de Participação Social, tendo como base a ótica do cidadão/usuário.

A análise dos resultados coletados, através do questionário elaborado, teve como objetivo investigar se a avaliação do Sistema Único de Saúde possui relação de dependência direta com a Participação Social, seja na esfera não institucionalizada (utilização dos serviços oferecidos pelo SUS) ou na esfera institucionalizada (com foco nos Conselhos de Saúde). Buscando confirmar tal hipótese, utilizamos o tratamento estatístico para confrontar as relações de avaliação e participação nas esferas supracitadas, e através da estrutura do questionário demonstrar como o cidadão/usuário avalia a Participação Social em saúde, nos formatos não institucionalizado e institucionalizado.

Os dados provenientes da pergunta discursiva existente no último bloco foram tratados através do instrumento de análise denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC foi utilizado para realizar a análise quali-quantitativa da pergunta aberta que buscou exprimir os desafios e entraves percebidos pelo cidadão que desmotivam e/ou impedem sua participação de forma efetiva. O DSC é uma ferramenta que faz a quantificação de dados qualitativos, através da organização e tabulação de textos. A técnica consiste em analisar o material verbal e/ou escrito proveniente de depoimentos/discursos individuais. Ao tratar esses depoimentos, o DSC derivou discursos-síntese, escritos em primeira pessoa, que expressam a ideia/pensamento da coletividade, como se ela fosse a emissora do discurso (LEFEVRE, CRESTANA, CORNETTA, 2003).

Na primeira etapa do DSC foram atribuídas Expressões-Chaves (E-Chs) aos depoimentos de cada estudante que respondeu à pesquisa; dessa forma, cada declaração (resposta) teve uma E-Chs que sintetiza o pensamento geral do depoimento em questão (através da transcrição do(s) trecho(s) mais significativo(s) do depoimento). Na segunda etapa, as E-Chs foram agrupadas em Ideias Centrais (I-C) \_uma síntese da opinião manifestada nas E-Ch. Uma vez agrupadas em I-C, a terceira etapa conferiu caráter quantitativo à análise (através do cálculo do percentual de ocorrência das I-C). A terceira etapa também consistiu em organizar essas expressões em um discurso coletivo, em primeira pessoa, que expressou a opinião dos indivíduos que participaram da pesquisa (todas as E-Ch pertencentes à uma I-C, geraram um discurso-síntese; dessa forma, cada I-C tem seu discurso síntese). As sínteses dos discursos dos discentes e os resultados obtidos são apresentadas nos próximos tópicos. “A aplicação da técnica do DSC a um grande número de pesquisas empíricas no campo da saúde e também fora dele (banco de DSCs) tem demonstrado sua eficácia para o processamento e expressão das opiniões coletivas” (LEFEVRE & LEFEVRE, 2006, p. 517).

Vale ressaltar que a aproximação do cálculo de porcentagem, para os dados apresentados, foi feita através de fórmula do editor de planilhas Excel denominada ARRED, que arredondou os valores em até duas casas decimais.

## 6 Apresentação e discussão dos resultados

Participaram da pesquisa 424 discentes do curso de Administração Pública na Modalidade Semipresencial da Universidade Federal Fluminense (APU/UFF), de um total de 1816 alunos inscritos e ativos, admitindo um erro amostral de 3,6% à um nível de confiança de 95%. O cálculo do erro foi feito por meio da função estatística conhecida como Correção para Populações Finitas (BOLFARINE & SANDOVAL, 2001).

A avaliação do Sistema Único de Saúde foi o ponto central abordado no primeiro bloco de perguntas. Questionados acerca da frequência da utilização do SUS, 16,98% das pessoas não utilizam o SUS, 9,91% utilizaram somente uma vez, 56,37% utilizam/utilizaram algumas vezes e 16,75% das pessoas utilizam com frequência. Questionamos os estudantes acerca de quais tipos de atendimento oferecido pelo SUS eles utilizam, fornecendo como opção de resposta (a) Atenção Básica, (b) Para especialidades, (c) Tratamento de doenças crônicas, (d) Para urgência e/ou emergência, (e) Não utilizo a rede de saúde pública. Observamos que a utilização do SUS se concentra na esfera do atendimento de urgência e emergência, com 60,37%, e para Atenção Básica, com 29,95% de adesão entre os usuários. Na amostra selecionada 8,2% das pessoas nunca utilizaram o SUS; 17% das pessoas são/foram usuárias em três ou mais serviços; 22,2% das pessoas são/foram usuárias em somente um dos serviços listados e a maioria, 52,6% das pessoas são/foram usuárias de dois tipos de serviços.

Neste bloco, os entrevistados realizaram a avaliação do SUS em nível não institucionalizado e a partir dos aspectos de oferta dos serviços, acesso a informação e qualidade das informações fornecidas, as informações coletadas estão descritas na Tabela 01:

Tabela 1: Avaliação do SUS e atributos a partir da Utilização dos serviços de saúde						
Não utilizo o SUS (A): 72 pessoas (16,98% dos entrevistados)						
Tópico de Avaliação	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim	Não sei Opinar
Sistema Único de Saúde	0,00%	4,17%	19,44%	30,56%	25,00%	20,83%
Oferta de Serviços	0,00%	1,39%	29,17%	26,39%	23,61%	19,44%
Acesso às Informações	1,39%	8,33%	27,78%	33,33%	16,67%	12,50%
Qualidade das Informações	0,00%	15,28%	30,56%	30,56%	15,28%	8,33%
Transparência das Informações	1,39%	5,56%	20,83%	26,39%	33,33%	12,50%

Participação Social	0,00%	6,94%	8,33%	19,44%	9,72%	55,56%
Utilizei apenas uma vez (B): 42 pessoas (9,90% dos entrevistados)						
Tópico de Avaliação	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim	Não sei Opinar
Sistema Único de Saúde	0,00%	11,90%	42,86%	23,81%	21,43%	0,00%
Oferta de Serviços	2,38%	9,52%	16,67%	35,71%	28,57%	7,14%
Acesso às Informações	0,00%	16,67%	26,19%	26,19%	21,43%	9,52%
Qualidade das Informações	4,76%	14,29%	28,57%	28,57%	16,67%	7,14%
Transparência das Informações	0,00%	7,14%	16,67%	35,71%	23,81%	16,67%
Participação Social	2,38%	2,38%	26,19%	19,05%	9,52%	40,48%
Utilizei algumas vezes (C) : 239 pessoas (56,37% dos entrevistados)						
Tópico de Avaliação	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim	Não sei Opinar
Sistema Único de Saúde	1,3%	12,1%	35,6%	31,0%	20,1%	0,0%
Oferta de Serviços	0,8%	6,7%	29,7%	37,7%	23,4%	1,7%
Acesso às Informações	0,0%	9,6%	32,6%	35,1%	19,2%	3,3%
Qualidade das Informações	0,8%	17,2%	35,6%	32,2%	11,7%	2,5%
Transparência das Informações	0,4%	6,7%	24,3%	31,0%	31,0%	6,7%
Participação Social	0,0%	3,8%	19,7%	24,7%	13,8%	38,1%
Utilizo com frequência (D): 71 pessoas ( 16,75 % dos entrevistados)						
Tópico de Avaliação	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim	Não sei Opinar
Sistema Único de Saúde	4,23%	12,68%	52,11%	21,13%	9,86%	0,00%

Oferta de Serviços	1,41%	4,23%	39,44%	33,80%	19,72%	1,41%
Acesso às Informações	0,00%	14,08%	29,58%	40,85%	15,49%	0,00%
Qualidade das Informações	2,82%	23,94%	32,39%	30,99%	8,45%	1,41%
Transparência das Informações	0,00%	4,23%	23,94%	39,44%	29,58%	2,82%
Participação Social	1,41%	4,23%	29,58%	22,54%	18,31%	23,94%
Totais (E):						
Tópico de Avaliação	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim	Não sei Opinar
Sistema Único de Saúde	1,42%	10,85%	36,32%	28,54%	19,34%	3,54%
Oferta de Serviços	0,94%	5,66%	29,95%	34,91%	23,35%	5,19%
Acesso às Informações	0,24%	10,85%	30,66%	34,91%	18,40%	4,95%
Qualidade das Informações	1,42%	17,69%	33,49%	31,37%	12,26%	3,77%
Transparência das Informações	0,47%	6,13%	22,88%	32,08%	30,42%	8,02%
Participação Social	0,47%	4,25%	20,05%	22,88%	13,44%	38,92%

Tabela 01: Fonte: elaborada pelos autores (2015).

Os dados apresentados nos mostram que avaliação da participação na esfera não institucionalizada demonstra forte tendência a uma avaliação negativa do sistema, tanto para os usuários como para os não usuários do sistema. Somente no quadrante de avaliação (D) o percentual de avaliação negativa (30,99%) fica abaixo da média total de entrevistados (47,88%). Os melhores índices de avaliação do SUS é feito pelas pessoas que utilizam o sistema com frequência, no entanto esta faixa de usuários corresponde a somente 2,83% da amostra. No quesito acesso aos serviços de saúde, a avaliação positiva do sistema é feita por somente 6.6% dos estudantes (quadrante E), e de 5,18% entre usuários (quadrantes C e D). A utilização do SUS permite ao usuário avaliar se os serviços ofertados atendem sua demanda, neste aspecto entre as pessoas que utilizaram o sistema a desaprovação (aliada às avaliações classificadas como regular) atinge o percentual de 84,75%, mostrando uma percepção negativa do sistema.

O acesso à informação também é visto de forma negativa, sendo avaliado como Ruim/Muito Ruim/Regular por 86% dos entrevistados. Nos quesitos qualidade e transparência a avaliação mostra a mesma tendência, e chega a um índice de reprovação (Ruim/ Muito Ruim/Regular) 77,12% e 85,38% respectivamente. Ressalta-se que a dificuldade no acesso aos serviços e à informação são entraves de uma participação

efetiva e vão contra os princípios institucionalizados encontrados na CF/88 cujas diretrizes deveriam garantir à sociedade a universalização do acesso a ações e serviços de saúde e assegurar a integralidade das operações (TEIXEIRA, 2011).

Guimarães e Coutinho (2010), apontam que uma demanda crescente por participação implica na busca pela eficiência, eficácia e transparência na execução dos programas sociais. Os resultados observados mostram que os indivíduos não vêm o sistema de uma forma passiva e de aceitação, de modo contrário, tem uma visão crítica e analítica dos serviços de saúde, principalmente se analisarmos o percentual de pessoas que não souberam opinar, em todos os quesitos analisados os percentuais se mantiveram abaixo de 10% dos entrevistados. Também deixam claro que, independente da utilização do SUS (seja de forma frequente ou não), a oferta de serviços e as questões relativas ao acesso, à qualidade e à transparência das informações são vistos sempre com tendências a avaliação negativa (Regular/ Ruim/ Muito Ruim).

O modo como os estudantes avaliaram do SUS, (uma avaliação independente da utilização do sistema), mostra que as ferramentas de tecnologia da informação, tem ocupado um papel determinante na formação da mentalidade e capacidade de avaliação do sistema de saúde. Uma vez que essas ferramentas se mostram como facilitadoras da dimensão não institucionalizada de participação social (VASCONCELOS, 2014).

O segundo bloco teve como objetivo colher informações acerca da participação social em saúde dos estudantes na esfera institucionalizada. Do total de alunos questionados sobre o conhecimento do tema “Participação social em saúde”, 7,31% responderam que conhecem e possuem domínio do tema, 38,92% conhecem e possuem pouco domínio do tema, 47,17% não conhecem, mas possuem interesse pelo tema, e 6,60% não conhecem e não possuem interesse pelo tema. Questionados acerca dos fatores impeditivos ao interesse pela participação, os entrevistados apontaram os seguintes fatores: desconhecimento dos meios de participação (67,45%), dificuldade no acesso à informação (40,33%), falta de interesse (28,53%), falta de confiabilidade na informação (15,56%), não souberam opinar (1,41%) e outros (3,51%) apontaram como possíveis fatores: má gestão, aparelhamento político, resignação popular e falta de estímulo do poder político.

Questionados sobre a participação social em saúde em seus municípios, 0,47% dos estudantes avaliaram como muito bom, 4,25% como bom, 20,05% regular, 22,88% ruim, 13,44% muito ruim e 38,91% não souberam opinar. Em relação a presença ou não de conselho gestor em seus municípios, analisamos que 33,96% dos estudantes responderam sim, 3,30% responderam não e 62,74% não souberam opinar.

Finalizando o segundo bloco, tratou-se da participação dos entrevistados nas reuniões de conselhos gestores de saúde, sejam eles municipal, estadual ou distrital. Dos respondentes apenas 0,24% participam frequentemente, 3,77% participaram e/ou participam algumas vezes, 4,48% participaram uma vez e 91,51% nunca participaram.

Observando os percentuais acima, supomos que o baixo índice de interesse pelo tema participação social em saúde, a avaliação pessimista da participação da população nos municípios, baixo conhecimento sobre a existência de conselhos gestores, e a baixa percentagem de participação social em saúde dos entrevistados nos conselhos gestores, sejam reflexos dos fatores impeditivos ao interesse pela participação supracitados. Esses dados nos revelam que a abertura política através do acesso transparente de informações ainda não é uma realidade efetiva. Para Guimarães e Coutinho (2010), uma gestão democrática e participativa pressupõe acesso às informações relevantes com poder para a sociedade civil acompanhar, fiscalizar e redirecionar as políticas públicas.

Segundo Serapioni e Romaní (2006 *apud* COELHO, 2012, p. 141) ainda não há “suporte estrutural ou mesmo incentivo moral” e de acordo com Coelho (2012, p. 146)

o acesso às informações e o conhecimento são de extrema importância para “incitar a luta pelo direito social à saúde e a uma vida digna [...] tanto para a construção de atores e de uma identidade coletiva, quanto para estruturar, solidificar e renovar um movimento social”.

Como dito anteriormente, a última pergunta do segundo bloco também teve como objetivo realizar um corte seccional, para que apenas os entrevistados que conhecessem a dinâmica dos conselhos de saúde prosseguissem para o último bloco perguntas. Do total de 424 estudantes (100%), apenas 36 (8,49%) finalizaram a pesquisa no quarto bloco, portanto, vale ressaltar que a opinião desses 36 estudantes não exprimi as dos demais, precisamente, 388 estudantes.

A avaliação dos conselhos gestores de saúde na visão dos estudantes foi o tema central do último bloco do questionário. Nesta ocasião, foram postas indagações de avaliação dos conselhos gestores de saúde em alguns aspectos.

O primeiro aspecto buscou a percepção dos estudantes quanto a importância da existência dos conselhos como espaço de participação democrática, na formulação e implementação de políticas públicas, tendo avaliado como muito importante 72,22%, importante 19,45% e como regular 8,33%. A avaliação dos outros aspectos referentes aos conselhos como esferas institucionalizadas, são apresentados em percentagem, a seguir:

Tópico de avaliação	Muito Bom	Bom	Regular	Muito Bom	Ruim	Não sei opinar
Autonomia e poder de decisão	5,60%	19,40%	41,70%	8,30%	16,70%	8,30%
Aparato	0%	19,40%	47,20%	11,10%	13,90%	8,30%
Representatividade dos diferentes segmentos sociais	5,60%	16,70%	47,20%	11,00%	13,90%	5,60%
Transparência das informações	2,80%	11,10%	38,90%	16,70%	25%	5,60%

Tabela 2: Avaliação dos entrevistados quanto aos aspectos dos conselhos gestores de saúde. Fonte: elaborada pelos autores (2015).

Comparando as percentagens obtidas nesse bloco, pode-se supor assim como os estudantes reconhecem a importância dos conselhos (mais de 70%), também reconhecem que os mesmos necessitam de melhorias, ratificando os valores obtidos, ou seja, em média 43% dos entrevistados concordam que a autonomia e poder de decisão, aparato, representatividade dos diferentes segmentos sociais e transparência das informações presentes nos conselhos. se enquadram como regular. Como afirma Diegues (2012): a construção social, como relação sociedade e Estado, é um processo contínuo, o que de acordo com Martins, Ckagnazaroff e Lage (2012) necessitam de melhorias, de forma que os conselhos sejam constantemente efetivados, sendo reflexo de espaços de produção da comunicação e integração entre os diferentes segmentos sociais. Diegues (2012, p. 377) destaca

a participação social, seja na forma individualizada ou organizada, que se figura como importante instrumento de fortalecimento da sociedade [...] Trata-se [...] de um processo complexo de construção social, e que para isto, a abertura do governo local a cidadania tem que ser uma práxis constante.

Para esclarecer melhor as percepções supracitadas, buscamos por meio de análises estatísticas, comparar também se a avaliação da participação social em saúde

independe da utilização do Sistema Único de Saúde. As variáveis de utilização do SUS foram agrupadas em dois grupos (a) Não utilizo / Sim, uma vez e (b) Sim, algumas vezes / Sim, com frequência, os quais tiveram seus resultados reagrupados e ajustados com a avaliação da participação, considerando os níveis (1) Muito bom, (2) Bom, (3) Regular, (4) Ruim, (5) Muito ruim e (6) Não sei opinar. Para aplicação do teste admitidos as seguintes hipóteses:

$h_0$ : A avaliação da participação social em saúde independe da utilização do SUS

$h_1$ : A avaliação da participação social em saúde depende da utilização do SUS

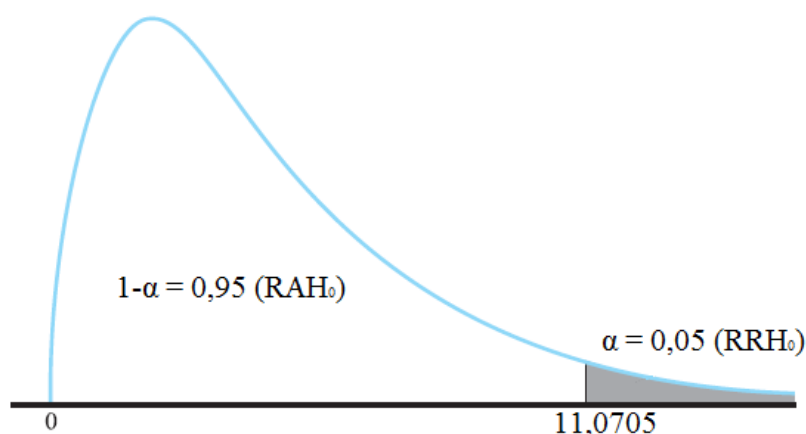


Figura 1: Gráfico Qui-quadrado

Fonte: Fonte: Adaptado de TAVARES, 2011, p. 204

A partir da aplicação do teste qui-quadrado, obtivemos que a estatística do qui-quadrado foi de  $\sum = 10,440964$ . Considerando um nível de confiança de 95% e grau de liberdade 5, o limite de distribuição da probabilidade é 11,0705 (Figura 1, Fonte: Adaptado de TAVARES, 2011, p. 204). Deste modo, o modelo de análise ajustada a todas as variáveis demonstrou que podemos rejeitar a hipótese de dependência (RAH1), comportando que a avaliação da participação social de saúde independe da utilização do SUS.

A técnica DSC foi utilizada pra analisar a única pergunta aberta do terceiro bloco. Foi solicitado aos estudantes que avaliassem, baseados em sua experiência em conselhos gestores de saúde, a prática da participação social, através da pergunta: *Quais desafios devem ser superados para que a Participação Social ocorra de forma efetiva?* Como o questionário aplicado fez um corte seccional foram obtidas 36 respostas.

As E-Ch foram agrupadas em sete I-C (IC-A, IC-B, ..., IC-G), a frequência das I-C encontram-se descritas na tabela 03 em ordem de representatividade. Vale ressaltar que na IC-G foi atribuído a informação NR (nenhuma resposta), pois duas respostas obtidas não expressavam nenhuma opinião sobre a pergunta em questão.

Código IC	Descrição da IC	Frequência da IC
IC-A	Deve haver maior transparência, acesso à informação e interesse do cidadão	30,56%
IC-B	Deve haver maior transparência, interesse do cidadão, acesso à informação, e capacitação	16,67%

IC-C	Deve haver maior transparência	13,89%
IC-D	Deve haver maior interesse do cidadão	13,89%
IC-E	Deve ser eliminada a influência política, e deve haver maior transparência e interesse do cidadão	13,89%
IC-F	Deve haver maior transparência, interesse do cidadão e autonomia	5,56%
IC-G	Nenhuma Resposta	5,56%

Tabela 03: Frequência das ideias-centrais

O discurso da IC-A (que foi o de maior representatividade) destaca que a ampla divulgação dos trabalhos desenvolvidos nos conselhos de saúde, de forma a garantir a transparência e o acesso à informação, são responsáveis por aumentar a participação social (COELHO, 2012).

IC-A: Deve haver maior transparência, acesso à informação e interesse do cidadão
Deve haver maior acesso à informação e de forma transparente, com divulgação ampla e eficaz dos trabalhos, para fomentar o aumento da participação consciente da população, com diversificação nas pessoas que participam dos conselhos.

Quadro 01: Discurso do Sujeito Coletivo da IC A

O discurso IC-B é o que apresenta o maior número de pontos a serem introduzidos ou reforçados nos conselhos de saúde. O discurso diz que deve haver maior divulgação de informações a respeito dos conselhos de saúde, como forma de estimular a participação social. Vale destacar também que esse discurso é o único que traz a questão da necessidade de aprimoramento da representatividade da população nas reuniões dos conselhos, e da necessidade de capacitação dos conselheiros de saúde e do cidadão. O direito de participar, amplamente difundido pelo governo e suas políticas públicas, não garante que o cidadão esteja capacitado para tal. O governo deve concentrar sua atenção, não só no incentivo à participação, mas principalmente na criação de fatores que promovam a educação e a capacitação do cidadão para a atuação na esfera social, por meio da participação (VASCONCELOS, 2014).

IC-B: Deve haver maior transparência, interesse do cidadão, acesso à informação, e capacitação
Deve haver maior acesso das informações para engajamento da população e aproximação entre o cidadão e o gestor, visando discussões objetivas, esclarecimento e transparência nas informações, com maior divulgação e deliberações efetivas para incluir as demandas da população. Também deve haver capacitação dos conselheiros e da população para aumentarem as suas responsabilidades e motivar a representatividade dos segmentos sociais.

Quadro 02: Discurso do Sujeito Coletivo da IC-B

O discurso da IC-C (segundo discurso mais representativo) destaca a falta de transparência das atividades dos conselhos de saúde; devendo a divulgação dos trabalhos dos conselhos e da temática da participação social ser feita de forma ampla e simples. Nesse sentido, as ferramentas de tecnologia têm papel multiplicador, capaz de contribuir para a adesão e participação do cidadão (VASCONCELOS, 2014).



IC-C: Deve haver maior transparência

A falta de transparência é um desafio a ser superado, pois tem muita informação deixada de passar. E se deve garantir maior divulgação do tema de maneira simples.

Quadro 03: Discurso do Sujeito Coletivo da IC C

O discurso da IC-D fala da necessidade de inclusão do cidadão nos espaços de participação, já que há falta de interesse e de comprometimento da população em participar de audiências que tratem da temática da saúde pública. A participação em saúde exige postura individual, consciente e ativa do cidadão, já que precisa ser conquistada (por se tratar de um processo social e histórico ainda em construção) (DEMO, 2009; MATUS, 1993).

IC-D: Deve haver maior Interesse do cidadão

Alguns desafios a serem superados são a existência de mecanismos que dificultem a cooptação dos interesses públicos, como a falta de interesse, de comprometimento e de participação da população nas audiências públicas, para o enfrentamento do problema da saúde pública. E deve haver maior inclusão dos usuários nos espaços de participação.

Quadro 04: Discurso do Sujeito Coletivo da IC-D

O discurso da IC-E destaca que o principal desafio a ser superado é a falta de confiança nas atividades dos conselhos gestores (como resultado da influência política observada pelos usuários). A efetivação da participação social ocorre por meio do empoderamento do cidadão, ou seja, da capacidade real de questionar seus representantes e contribuir para a feitura e implementação de políticas públicas, pois a participação requer o compartilhamento do poder (COUTINHO & GUIMARÃES, 2010). Os usuários percebem que, no processo de participação e atuação nos conselhos gestores, deve haver a garantia de que as diferentes faces da sociedade serão contempladas nas decisões do conselho (COELHO, 2012).

IC-E Deve ser eliminada a influência política, e deve haver maiores transparência e interesse do cidadão

Deve ser superada a falta de confiança no governo e em suas instituições ou nos resultados de sua participação, assim como a influência política com interesses partidários paralelos ou divergentes, e o aparelhamento político dos representantes dos usuários (com problemas estruturais e políticos)

Quadro 05: Discurso do Sujeito Coletivo da IC-E

Para finalizar, o discurso IC-F ressalta a importância da autonomia exercida de forma transparente, de modo a estimular a participação social. (KLEBA, & COMERLATTO, 2011)

IC-F: Deve haver maior transparência, interesse do cidadão e autonomia

Deve haver a obrigatoriedade de autonomia de decisão, com transparência, gestão democrática e participação efetiva.

Quadro 06: Discurso do Sujeito Coletivo da IC F

O cidadão ainda não possui de forma clara, a prática do exercício da liberdade que lhe atribuiu o regime democrático e nem o verdadeiro domínio sobre ela (ULHÔA, 2000). Nesse sentido, visando atribuir domínio da própria liberdade, por meio da participação e controle social em locais institucionalizados, deve haver o alinhamento

tanto do governo local, quanto do cidadão. Essa articulação entre governo e cidadão evidencia pontos que devem ser competência de cada ator social. Ao governo, cabe a função de protagonista do processo de participação, por meio da promoção de canais de participação, da institucionalização de práticas participativas e da mobilização da população para legitimar esses espaços de participação. Se o objetivo do governo é promover maior participação da sociedade nas políticas públicas; a sociedade, por sua vez, precisa conhecer os meios que lhe permitirá alcançar tal objetivo. Feito isso, ela própria passa a ser a protagonista, no sentido de possuir poder para influenciar na implementação de políticas públicas que atendam às suas necessidades (DIEGUES, 2002).

## **7 Conclusão**

A avaliação da participação social em saúde mostra que, apesar dos cidadãos avaliarem de forma analítica a esfera não institucionalizada (o que evidencia um posicionamento consciente e não alienado), eles não efetivam sua participação na esfera institucionalizada. Isso se deve, principalmente, à falta de transparência, dificuldade de acesso à informação, e à falta de interesse do próprio usuário; sendo os mesmos entraves observados na esfera não institucionalizada. Simultaneamente, os dados revelaram que uma avaliação negativa do SUS, na esfera não institucionalizada, não se converteu na busca de caminhos institucionalizados para melhoria e intervenção ativa no SUS, onde a maioria dos respondentes afirma sequer possuir condições de avaliar a participação social como esfera institucionalizada de empoderamento e participação da formulação de políticas públicas, devido a falta de conhecimento da temática, dificuldade no acesso à informação e confiabilidade quanto as informações divulgadas, e falta de interesse.

Na análise específica dos conselhos municipais como esfera institucionalizada os resultados apontaram para as mesmas deficiências observadas pela visão global dos respondentes, ressaltando que uma maior transparência no acesso à informação poderiam ser capazes de fomentar o interesse das pessoas, e mostrando que o caminho para a efetiva promoção da participação é uma via de mão dupla, tendo como protagonistas tanto o governo quanto o cidadão. Ainda assim, o papel do governo local é fundamental, e de tal ator deve partir a iniciativa de promoção da participação; pois o cidadão somente estará disposto a participar, se possuir informações necessárias para julgar se sua atuação é realmente capaz de influenciar a tomada de decisões na esfera governamental.

A sociedade só poderá protagonizar o processo de participação e produzir melhorias, a partir do diálogo constante e do conhecimento das esferas de participação e de seu papel como ator e agente de mudanças na construção social. Compreende-se que, quanto maior o conhecimento dos cidadãos, empírico ou não, sobre o processo de participação social em saúde, melhor será o protagonismo da coletividade no processo de construção da gestão de políticas públicas de saúde, no desenvolvimento de práticas e iniciativas de participação, na participação social em si, na estruturação dos conselhos gestores de saúde e na organização de seus atores sociais; capazes de exercer influência e promover as mudanças necessárias e positivas quanto ao controle social.

O baixo interesse pelo tema ou atuação em práticas participativas, evidencia que é necessário trabalhar com mais intensidade o tema da participação social na formação acadêmica dos bacharéis em Administração Pública; principalmente, por meio de projetos práticos e de extensão, o que levará o aluno a vivenciar a temática, conhecer os meios que lhe darão empoderamento e promover uma mudança de mentalidade. O

conhecimento também permite que a população exerça seu papel de fiscalizar e avaliar a gestão dos serviços públicos, colaborando com o envolvimento da sociedade na expansão da participação cidadã e efetivação da qualidade da gestão da saúde pública. Portanto, a primeira instância para mudar essa realidade é através da formação em participação popular. Deve-se incluir no currículo acadêmico, práticas de extensão e de disciplinas que versem sobre a temática participação social, como forma de desenvolver o pensamento crítico e promover a conscientização dos estudantes para apropriação desses espaços como auxiliares de suas futuras atividades acadêmicas, de gestão e de docência.

Sem o intuito de ser exaustiva, a pesquisa deixa algumas questões a serem ponderadas, em relação às fragilidades da participação social em saúde, abrindo caminhos para o aprofundamento e novos debates acerca da temática abordada, tais como: entender se o desconhecimento dos meios de participação, está relacionado ao não interesse do usuário ou à falta de acesso facilitado às ferramentas de participação (o que implicaria ajustes do governo na oferta de meios para a participação); entender se a dificuldade de acesso à informação (tão frequentemente citada pelos usuários) ocorre pela falta de articulação entre governo e cidadão e, em caso positivo, qual dos atores sociais é responsável por essa possível ruptura, ou ainda: entender se de fato já ocorreu uma concreta articulação entre esses atores sociais na participação social em saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

ALVAREZ, Iliana Reyes, *et. al.* **Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud.** Revista Cubana de Salud Pública v.22 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 1996.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS.** In: SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. pp. 19-28.

ARNSTEIN, Sherry R. **Uma escada da participação cidadã.** Revista da Associação Brasileira para o Fortalecimento da Participação – Participe, Porto Alegre/Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, pp. 4-13, jan. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm)> Acesso em: 9 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 9 set. 2014.

\_\_\_\_\_. 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 dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 9 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais** / Brasília: Coordenação de Projetos de Promoção Social; 2001. pp. 78-84.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites** / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios do Controle Social na Atualidade**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 109, pp. 126-150, jan./mar. 2012.

BODSTEIN, Regina. (2002). **Atenção básica na agenda da saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva, 7, 401–412.

BOLFARINE, Heleno; SANDOVAL, Mônica Carneiro. **Introdução à inferência estatística**. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Matemática, 2001.

CARNASCIALI, ANA M. S.; BULGACOV, S.. **Recursos e Competências Organizacionais Distribuídos na Saúde Pública**. RAC. Revista de Administração Contemporânea (Online), v. 18, pp. 832-853, 2014.

CARVALHO, Antonio Ivo. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Ibam/Fasae, 1995.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, jan./ jun. 2004.

COELHO, Juliana Souza. **Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, pp.138-151, 2012

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. **Participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?** Ciência e Saúde Coletiva. 10(2) 323-331, 2005.

CRUZ, Marly Marques da. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde**. Disponível em: <[www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164)>, Acesso em: 11 ago. 2014.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico**. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, pp.01- 13, Sem II. 2008

DEMO, Pedro. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 6ª ed. – São Paulo, Cortez, 2009.

DIEGUES, Geraldo César **A Construção da Participação Social na Gestão das Políticas Públicas: O Protagonismo do Governo Local no Brasil**. APGS, Viçosa, v. 4, n.4, pp. 365-380, out./dez. 2012.

FRANÇA. **Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão**. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>> Acesso em 12/09/2014.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais**. São Paulo, Loyola, 1997.

\_\_\_\_\_. **Movimentos Sociais no Início do Século XXI: antigos e novos atores sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **“Os conselhos municipais e a gestão urbana”**. In: SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. (orgs). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

GUIMARÃES, Carlos Sant’anna; COUTINHO, Henrique Guimarães. **FUNDEF: Participação social e gestão democrática ou conselho governamental com participação tutelada**. APGS, Viçosa, v.2, n.2, pp. 158-179, abr./jun. 2010

KLEBA, Maria Elisabeth; COMERLATTO, Dunia. **Vivências de empoderamento no exercício da participação social e conselhos gestores de políticas públicas**. APGS, Viçosa, v.3, n.1, pp.23-42, jan./mar. 2011

LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; CRESTANA, Maria Fazanelli; CORNETTA, Vitória Kedy. **A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH”**, São Paulo – 2002. *Revista Saúde e Sociedade*. v.12, n.2, pp.68-75, jul-dez 2003.

LEVEFRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O sujeito coletivo que fala**. *Interface Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.20, p.517-24, jul/dez 2006.

MARTINS, Simone.; CKAGNAZAROFF, Ivan Beck; LAGE, Mariana Luisa da Costa. **Análise dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas à luz dos relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União**. *Administração Pública e Gestão Social*, v. 4, nov. 2, pp. 221-245, 2012.

MATTUS, Carlos. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA; 1993.

NORONHA, José Carvalho de; Lima, Luciana Dias de; Machado, Cristiani Vieira **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Giovanella, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em 23/09/2014.

PÊGO, Raquel Abrantes. **Movimentos sociais na saúde e identidades coletivas (um estudo de caso)**. In: BODSTEIN, R. C. A. (Org.). Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 63-95.

PEREIRA, Ana. Lucia. et al. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 50p.

PINHEIRO, Lauro Santos; CANÇADO, Airton Cardoso. **Participação Popular e Instrumentos Institucionalizados de Participação em Nível Local**. Administração Pública e Gestão Social, 6(1), jan-mar 2014, pp. 19-26.

POLIGNANO, Marcus Vinícius.. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural – textos de apoio, 2001. Disponível: <<http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>> Acesso em: 11 ago. 2014.

RAMMINGER, Tatiana. **Anotações sobre a Reforma Sanitária: Saúde Pública X Saúde Coletiva**. Material Didático da disciplina Seminário de Saúde Pública do curso de Administração Pública - EaD UFF (mimeo); 2012.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, pp. 139-147, jan./mar. 2013

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* **Representações sociais dos conselhos municipais acerca do controle social em saúde no SUS**. Ciência e Saúde Coletiva, 18(8): pp. 2275-2284, 2013.

SILVA, Suylan de Almeida Midlej e. **Redes de movimentos sociais e o resgate da esfera pública**. APGS, Viçosa, v.3, n.1, pp. 89-114, jan./mar. 2011.

TAVARES, Marcelo. **Estatística Aplicada à Administração**. Florianópolis / UFSC: CAPES : UAB, 2011.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Disponível em <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)> Acesso em: 21 ago. 2014.

ULHÔA, Joel Pimentel de. **Cidadania**. Philósofos: Revista de Filosofia, 2000, Vol.5(2), p. 49.

VALLA, Victor Vincent. **Sobre participação popular: uma questão de perspectiva**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998. Suplemento 2.

VASCONCELOS, Alex Bretas. **Educação Democrática Como Pedra Angular da Participação Social e Política: desafios e oportunidades**. Administração Pública e Gestão Social, 6(2), abr-jun 2014, 82-87.