

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ELAINE RIBEIRO DO AMARAL

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA IMPLANTAÇÃO DO ACESSO  
AVANÇADO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

São Paulo

2021

ELAINE RIBEIRO DO AMARAL

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA IMPLANTAÇÃO DO ACESSO  
AVANÇADO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS (MPAPS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado em atenção primária em saúde

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lislaine Aparecida Fracolli.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo  
2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **Catlogação na Publicação (CIP)**

**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**

**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Amaral, Elaine Ribeiro do

A participação social na implantação do Acesso Avançado nas Unidades Básicas de Saúde / Elaine Ribeiro do Amaral. São Paulo, 2021.

90 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador(a): Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso Avançado. 3. Participação Social. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.

Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257).

Elaine Ribeiro do Amaral

A participação social na implantação do Acesso Avançado nas Unidades Básicas de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS (MPAPS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lislaine Aparecida Fracolli

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dou graças a Deus por tudo e em todas as situações vividas, porque em todas elas o Senhor está presente.

Aos meus pais, Ruth Serafim da Silva e Vitor Ribeiro da Silva, que conduziram com o exemplo de suas vidas, caminho do trabalho, honestidade, amor e família. A vocês dedico, com muito amor, mais este passo.

Ao meu marido, Samuel do Amaral Júnior sempre presente, com paciência compreensão, cooperando no desenvolvimento de todo projeto.

Aos meus filhos, Lucas do Amaral e Rebeca Ribeiro do Amaral, por me apoiarem em todos os momentos, em cada responsabilidade que assumiram contribuíram para o resultado deste trabalho. Abraços e amor me deram forças para continuar até o fim. Obrigada meus filhos.

A minha irmã, Elisabeth Ribeiro da Silva que aguardou ansiosa pela minha admissão no mestrado, torcedora por minhas vitórias. Querida irmã, agradeço a Deus pelo tempo que estivemos juntas e que certamente nos encontraremos. A sua coragem, criatividade e inovação são marcas que ficaram em minha vida.

As minhas irmãs, Eliane Ribeiro da Silva, Eleusa Ribeiro da Silva, Adriana Ribeiro da Silva, Fernanda Ribeiro da Silva, sempre presentes, apoiadoras e compartilhando de todas as emoções.

Aos meus irmãos, Gerson e Jefferson sempre orgulhosos de vitória que alcancei!

Aos meus sobrinhos amados e aos meus sobrinhos netos Maria Gabriela Ayumi Murata, João Pedro Yuji Murata, Maria Luiza Ribeiro Munaretto, Vicente Ribeiro Munaretto, Gustavo Ribeiro Munaretto, Isa Ribeiro Langsch, João Ribeiro Langsch e Maitê, amores e alegria que me contagiam.

## AGRADECIMENTOS

Luciana Morais Borges, liderança sempre pronta a orientar, mostrar novos caminhos, incentivadora e parceira. Obrigada pela confiança depositada para desenvolver este projeto.

À amiga Denise Castro Alves pelo incentivo e apoio no mestrado profissional, pela companhia neste desafio, pelos trabalhos e disciplinas que realizamos e experiências que compartilhamos.

Às amigas Adriana Aparecida Alves do Nascimento, Camila Vallejos Vasques, Viviane Scanduch.

À toda equipe técnica de apoio da área de programas governamentais do IIRS, pelo apoio no desenvolvimento deste estudo.

Aos Coordenadores das Unidades Básicas de Saúde do Campo Limpo e da Vila Andrade, pelo acolhimento, disponibilidade e apoio no desenvolvimento deste estudo.

Ao Supervisor Técnico de Saúde do Campo Limpo, Dr. Rogerio Mattos Hochheim, pelo apoio no desenvolvimento deste estudo.

## RESUMO

O acesso aos serviços de saúde permanece nos dias atuais como um desafio a ser superado pela Atenção Primária em Saúde, porta de entrada para o sistema de saúde no Brasil. Desde maio de 2016, como proposta de gestão, vem sendo implantado o Acesso Avançado em diversas Unidades Básicas de Saúde, um modelo de agendamento importante para equilibrar a demanda e o tempo de espera de atendimentos cotidianos. A ampliação no acesso foi implantada em treze Unidades situadas na região sul da cidade de São Paulo, especificamente em Vila Andrade e Campo Limpo, e evidenciou dificuldades de sua operacionalização, estreitamente relacionadas à atuação dos Conselhos Gestores de Saúde, atores principais desses processos. O objetivo deste trabalho é discutir um novo modelo de agenda de implementação, com base na eficiência da participação social no Acesso Avançado, identificando oportunidades de melhoria da gestão participativa dos Conselhos considerados. Tal discussão, possibilitada por uma pesquisa com abordagem qualitativa, abrangeu cinco conselhos locais de saúde e pode permitir a concepção de ferramentas adequadas à exploração e ao desenvolvimento das potencialidades conferidas pelo Acesso Avançado em Unidades Básicas de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso Avançado; Participação Social; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The health care access remains nowadays as a challenge to be overcome by the primary health care system, gateway to the Brazilian health assistance. Since May 2016, as a management proposal, the Advanced Access has been implanted in several Health Basic Units, an important schedule model to balance the demand and the waiting time to routine medical care. The model was implanted in thirteen units located in South São Paulo, specifically in Vila Andrade and Campo Limpo, having enlightened operationalization issues, strictly related to the Health Management Boards, main actors in these processes. This work purpose is to discuss a new implementation agenda, based on the social participation efficiency in the Advanced Access, identifying improvement opportunities to be applied on the considered Boards. Such discussion, permitted by a qualitative research approach, embraced five local health boards and may allow the conception of adequate tools to explore and develop the capabilities granted by the Advanced Access on the Health Basic Units.

**Keywords:** Primary Health Care; Advanced Access; Social Participation; Nursing



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Linha do Tempo da Conferência Nacional de Saúde.....	21
Figura 2 – Controle social e setores envolvidos.....	23
Figura 3 – Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	53
Figura 4 – Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Continuação 1) .....	54
Figura 5 – Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Continuação 2) .....	55
Figura 6 – Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Continuação 3) .....	56
Figura 7 – Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Continuação 4) .....	57

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Perfil dos 21 conselheiros dos CL das UBS dos grupos focais.....	33
Tabela 2 – Matriz SWOT baseada nos discursos obtidos a partir das entrevistas.....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso Avançado
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EESF	Equipes de Estratégia Saúde da Família
MP	Ministério Público
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ATUALIDADE .....</b>	<b>18</b>
2.1	Participação e processo decisório de políticas públicas .....	19
2.2	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS).....	22
2.3	Gestão participativa e suas atribuições em todas as esferas.....	23
2.4	Principais desafios da gestão do SUS: implicações para a participação social.....	26
<b>3</b>	<b>ACESSO AVANÇADO: IMPLEMENTAÇÃO NAS UNIDADES .....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>30</b>
4.1	Tipo de estudo .....	30
4.2	Cenário de pesquisa.....	30
4.3	Sujeitos do estudo .....	31
4.4	A coleta de dados .....	31
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
5.1	Análise SWOT .....	35
5.2	Forças.....	Error! Bookmark not defined.
5.2.1	Conselho Gestor ativo.....	36
5.2.2	Escuta da população.....	37
5.2.3	Modelo de agenda proposto .....	38
5.2.4	Motivação e satisfação nas conquistas .....	39
5.3	Fraquezas .....	40
5.3.1	Construção do processo .....	40
5.3.2	Falta de conhecimento do papel de conselheiro .....	41
5.3.3	Dificuldade de entendimento do conceito do acesso.....	42
5.3.4	Cultura do benefício próprio .....	43
5.4	Oportunidades .....	43
5.4.1	Capacitação dos conselheiros.....	43
5.4.2	Comunicação .....	44
5.4.3	Estrutura organizacional das reuniões do conselho.....	44

<b>5.5</b>	<b>Ameaças.....</b>	<b>44</b>
5.5.1	Falta de respostas dos governantes .....	45
5.5.2	Mudança de representantes nos mandatos .....	45
<b>5.6</b>	<b>Possível ferramenta de gerenciamento das variáveis SWOT no AA.....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>47</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>53</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a participação social é considerada um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Entretanto, sua inserção no contexto brasileiro remonta à 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, precursora da criação do SUS, embasada por um relatório final que identificou a necessidade de integralização das ações em saúde, além de sua regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço. Tal relatório também foi utilizado na Assembleia Nacional Constituinte de 1987, resultando na aprovação da Constituição Federal (CF) de 1988, que, efetivamente, criou o SUS (1).

Dentre os avanços garantidos pela CF de 1988, está a inscrição da saúde em um sistema de seguridade social e de garantia do controle social, mais precisamente do princípio da participação popular por meio de duas instâncias formais, que também se configuram como espaços de luta: os conselhos e as conferências (2).

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados deliberativos, que atuam como espaços de reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas de saúde. Compostos por representantes do governo, prestadores de serviço e usuários, atuam na concepção de estratégias e no gerenciamento 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 de governo (1). Neste contexto, a Lei 13.325/2002, Art. 2º, atribui que os Conselhos Gestores de unidades de saúde terão composição tripartite, com metade de representantes de usuários, um quarto de trabalhadores da saúde, e outro quarto de integrantes da direção da unidade (3).

Os conselhos de saúde constituem-se como espaços de poder, conflito e negociação, onde os cidadãos passam a ter participação no controle das ações governamentais, saindo de um modelo de clientelismo e fisiologismo tradicional para um processo pedagógico de aprendizado do exercício do poder político (4). Dessa forma, a participação da comunidade é a garantia de que a população, por meio de suas entidades representativas, possa participar da formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diversas esferas de governo.

Após esta contextualização histórica, direcionaremos o olhar para a participação social no campo de atuação da Atenção Primária em Saúde (APS), com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na implementação de um novo modelo de ofertar o acesso. Primeiramente, a APS deve ser reconhecida como um contato preferencial, a porta de entrada e ponto central de

toda a comunicação entre o SUS e os seus usuários. Portanto, ressalta-se a importância de seu direcionamento com base nos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (5). Vale destacar que, neste contexto da APS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são apóspas preferenciais do SUS.

Em 2017, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) teve como proposta o fortalecimento da Atenção Básica na cidade, com a articulação da rede básica às Redes de Atenção para promoção da atenção integral e ampliação do acesso com qualidade e em tempo oportuno. Este processo trouxe importantes mudanças nas UBS e o início de inovações na forma de atendimento e de oferta nos serviços.

Como parte dessa evolução em São Paulo, mais especificamente nos bairros de Campo Limpo e Vila Andrade, a APS é composta pela rede de UBS, organizada a partir dos territórios que estão sob sua responsabilidade, próximas dos domicílios, permitindo maior acessibilidade da população. Contextualizando, estes locais, situados na zona Sul do município de São Paulo, têm uma população de 382.489 habitantes e possuem uma das maiores coberturas de ESF da cidade, com a ampliação de serviços no território. Neste cenário, o Hospital Israelita *Albert Einstein* faz a gestão de treze UBS, três Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), três Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e três Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Levando-se em consideração a grande demanda dessa região, foram vislumbradas ferramentas de gestão que pudessem possibilitar uma otimização da APS. Neste contexto, foi discutida a adequabilidade do chamado Acesso Avançado (AA), uma forma de prover acesso oportuno na atenção primária. Este modelo permitiria que o usuário fosse atendido no momento da sua necessidade, no mesmo dia ou, de acordo com a avaliação, até 48 horas a partir da procura, com o profissional de referência e vínculo. Dessa forma, o AA difere-se do modelo tradicional em relação aos agendamentos futuros, já que estes podem chegar a meses de espera para uma determinada consulta.

Nesse contexto, esta pesquisa visa a compreender como se deu a participação do Conselho Gestor na implementação do AA nas unidades de saúde, sobretudo da sua parcela composta pelos representantes da comunidade local, os conselheiros, moradores da região que buscam melhorias de condições de saúde e ampliação do acesso aos serviços.

Dentre as propostas de fortalecimento da Atenção Básica em 2017, a SMS-SP trazia a absorção das demandas dos AMA pelas UBS e, nos casos agudos, pelas UPA (24 horas). Tal sugestão foi apresentada aos conselhos gestores e não foi vista como ampliação e melhoria, mas como uma redução na oferta e no acesso aos serviços de saúde. Durante este processo, nas

reuniões, o que mais se ouvia dos conselheiros era a questão de que o governo estava reorganizando a rede de serviços sem ouvir a população, e as mudanças ocorreram antes mesmo de serem discutidas nos territórios com a comunidade e seus representantes. De tal forma, o Ministério Público (MP) investigou e decidiu por suspender o processo de reorganização da APS, pois verificou a ausência de diálogo entre o Estado e a comunidade e o fechamento de serviços impactando na assistência. Como proposta, solicitou que as Supervisões de Saúde realizassem um fórum em suas regiões para ouvir a comunidade, apresentar as propostas do governo e construir um documento com a participação social.

Assim, as Coordenadorias e as Supervisões de Saúde organizaram, nos territórios, discussões e reflexões sobre a proposta de reorganização da APS com o envolvimento da população. O objetivo destes fóruns era o de apresentar a proposta do governo, mas com foco principal na escuta das necessidades da população, e, a partir disso, elaboração de um relatório construído de forma coletiva para o MP. Como pauta desse fórum, estava a implantação do AA nas unidades, que foi aprovada pela população, uma vez que foi interpretada como uma inovação com o objetivo de ampliar o acesso, e que os conselhos locais de saúde estariam envolvidos no processo. Portanto, a implementação do AA nas UBS não parou e nem retrocedeu, pois a população tinha ciência e envolvimento no processo por intermédio dos coordenadores dos serviços, além de ser fiscalizada por conselheiros.

A exemplo da participação da comunidade na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), percebe-se que os atuais conselheiros se mantêm nas discussões que envolvem os serviços de saúde, o que efetiva a atribuição de fiscalização e controle social pretendida à época. Neste contexto, pode-se dizer que a participação dos indivíduos é o ponto de partida para entender suas motivações, limitações e, eventuais dificuldades.

Nesse sentido, a participação dos sujeitos está condicionada por uma série de fatores culturais, tais como: idade (geração), sexo, camada social, grau e tipo de instrução, normas e valores. Além disso, a socialização política, ou seja, a maneira pela qual os indivíduos, desde a infância até a adolescência, aprendem direitos, deveres e orientações políticas, assim como o caráter mais ou menos autoritário das relações entre os indivíduos na sociedade civil, também condiciona a participação social (4).

Por outro lado, para alguns indivíduos, a participação está associada a custos e benefícios, e para outros, a valores como: conquista de qualidade de vida, uma sociedade melhor, um futuro melhor. Assim, compor uma participação popular requer dedicação, persistência, resiliência, disciplina, auto compreensão e respeito. Além das características



comportamentais, as instâncias são fundamentais para as possibilidades de consecução de seus objetivos e essas são condicionadas pelo regime político da sociedade em que se inserem (4).

Estabelecidas as variáveis envolvidas, pode-se inferir que a construção de um SUS efetivo e incluyente, deve ter a participação dos Conselhos Gestores como primordial para conquistar a ampliação de serviços, a qualificação dos profissionais, atendimentos humanizados, a construção de novos espaços, a melhoria nos processos de trabalho e o acesso aos serviços.

Considerando o propósito definido deste trabalho, admite-se a hipótese de que a falta de capacitação técnica de conselheiros da categoria usuários do SUS pode ter influenciado o processo de implementação do AA nas UBS das regiões de Campo Limpo e Vila Andrade. No que diz respeito à metodologia utilizada para este trabalho, trata-se de um estudo contextual, associado às condições que influenciaram as evoluções associadas à operacionalização dessa nova modalidade de assistência.

Para atingir o propósito mencionado, o trabalho foi organizado em seis capítulos. A introdução tem por objetivo apresentar o tema e suas abordagens no contexto escolhido. O segundo capítulo trata da participação popular no contexto da gestão da saúde pública. O seguinte visa a apresentar, de forma abreviada, o processo de implantação do AA nas UBS de Campo Limpo e Vila Andrade. Especificando a abordagem do estudo, o quarto capítulo contém os parâmetros utilizados para a pesquisa que foi a fonte de dados para o desenvolvimento das discussões associadas aos resultados, abordadas no capítulo seguinte. Por fim, a conclusão relaciona os resultados da pesquisa às percepções da participação social no processo de implementação do AA nas UBS consideradas.

Uma vez exposta a estrutura do trabalho, observa-se que o estudo não tem a pretensão de esgotar o tema em questão, já que se focou apenas em uma parcela dos Conselhos das UBS, a correspondente aos conselheiros usuários. Neste sentido, a pesquisa busca contribuir com uma otimização da agenda de futuras implementações do AA nas UBS.

## 2 PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ATUALIDADE

Como especificado na introdução, este capítulo é destinado a abordar a participação popular no contexto da gestão da saúde pública. Neste campo, destaca-se que tal atuação social é um princípio doutrinário assegurado pela CF e Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 (5) e nº 8.142/1990, entretanto, apesar de representarem um inquestionável avanço no plano legal, ainda encontram muitos desafios para a sua efetivação. De forma coerente com essa colocação, as evidências demonstram que a existência formal dos espaços de controle social não garante a participação política (6)

Autores apresentam em seus artigos e literaturas que as participações sociais por meio dos Conselhos Gestores nos serviços são ineficientes e passivas, que os conselheiros não são reconhecidos como representantes pela comunidade e que falta olhar crítico e conhecimento das atribuições, o que permitiria uma ação efetiva nos serviços de saúde. Dessa forma, pode-se dizer que os espaços garantidos nas instâncias públicas não são ocupados com propriedade para garantir uma participação política.

Nesse cenário, existem muitos desafios a serem superados e que impedem que a participação social conquiste os objetivos propostos na sua idealização. Como exemplo, podemos citar: conselheiros que desconhecem as legislações e suas atribuições; a falta de conhecimento das políticas públicas; conselheiros eleitos, porém, não participativos; interesses políticos que destroem o verdadeiro objetivo do trabalho, ofertando benefícios e, assim, manipulando a ação dos conselheiros na sua representatividade; participação incipiente; participação por interesses pessoais; manipulação da gestão para ter representação nos conselhos que atendam aos interesses políticos; falta de uma população jovem interessada no controle social; desconhecimento por parte da maior parcela da população que existe um conselho que a represente na saúde; divisão entre os conselheiros devido a pertencerem a partidos políticos diferentes; dificuldade para a formação dos conselhos nos serviços de saúde; e uma percepção de que as necessidades de saúde estão relacionadas à ausência de doenças.

De acordo com (7), a participação social foi elemento primordial para a construção do SUS, sistema materializado a partir da responsabilização compartilhada entre profissionais de saúde, comunidade e gestores. Entretanto, apesar de sublinharem conquistas com relação à essa participação no SUS, ainda há dificuldade de a comunidade reconhecer-se como parte desse processo, questão por vezes dificultada pela maneira como foram desigualmente organizados ao longo da história os serviços de saúde, fragilizando a promoção da autonomia.

De acordo com Vieira e Calvo (8), são perceptíveis, nos espaços de participação dos serviços, processos como clientelismo, rompimento da autonomia, condições inadequadas de funcionamento, mínima existência de comissões, elitização da representação, legitimidade comprometida ou representatividade desarticulada da base, desequilíbrio entre estrutura e mobilização, pouca decisão no encaminhamento das deliberações, ingerência da gestão sobre a pauta, entre outras. Isso desestimula consideravelmente a participação das pessoas nos conselhos, principalmente os moradores dos territórios da Atenção Básica, trabalhadores, estudantes, donas de casa e demais possíveis representantes da comunidade.

A paideia, ou método de roda, é o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas em lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto. Como consequência, os atores envolvidos têm aguçada a capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos, ampliando, enfim, a possibilidade de ações dessas pessoas sobre todas as relações. É possível admitir que utilizar esta metodologia com os conselhos de saúde ampliaria o olhar sobre a participação popular na questão da saúde, dando uma visão sistêmica da posição e das responsabilidades que assumiriam enquanto controle social. Além disso, a comunidade, por sua vez, teria representantes responsáveis, conhecedores, solidários, interessados no território e nas necessidades da população, que seriam assertivos, efetivos em suas tomadas de decisão, tendo como norteadores os princípios do SUS.

## **2.1 Participação e processo decisório de políticas públicas**

O referencial teórico foi composto por uma abordagem da democracia participativa, cuja perspectiva contemporânea surge no bojo das transformações marcantes ocorridas nas décadas de 1960 e 1970, quando do surgimento dos chamados novos movimentos sociais, que reivindicavam mais participação e abertura democrática para os recentes atores políticos de então, que surgiam nas universidades, fábricas, cidades e “sacudiam” o cenário político e social daquelas décadas (9).

A teoria da democracia participativa buscava sistematizar e sustentar teoricamente aquele contexto em que emergiam novos grupos que se organizavam e reclamavam por mais oportunidades de participação e interferência nas decisões políticas, procurando construir um modelo que, opondo-se à concepção hegemônica, reconduzisse a participação ao centro das discussões da teoria democrática. Neste contexto, a concepção moderna de democracia participativa surge na segunda metade do século XX.

Para Perez (10), o desenvolvimento democrático, refletido na constitucionalização da democracia participativa, é uma das razões fundamentais da institucionalização da participação popular nas decisões e no controle da administração pública. Dessa forma, são garantidos aos cidadãos direitos específicos de participação, levando à criação de novas formas de atuação da administração pública que alteram a sua relação com os administrados, com seus agentes e com sua estrutura hierárquica. A eficiência da atuação administrativa estaria relacionada à adesão da sociedade e à sua atuação ativa. Daí a necessidade de se utilizar instrumentos que busquem o consentimento da coletividade, que procurem, enfim, a aproximação da sociedade e do Estado, do burocrata e do cidadão, do governante e do governado. A legitimidade viria em função dessa adesão da sociedade a um conjunto de medidas políticas concretas ou programas, além de ajudar a formular, decidir e, muitas vezes, executar tais medidas, sendo essencial para o êxito de políticas públicas.

Destacamos variáveis importantes e as principais características do quadro teórico que são necessárias para a participação e sucesso do controle social: a presença inevitável, no nível local, para a gestão de políticas públicas como resultado de lutas e conquistas; a abertura para discussões sobre as necessidades de uma população; e a garantia dos princípios do SUS e a voz da população, por seus representantes, nas discussões e decisões das necessidades existentes no território.

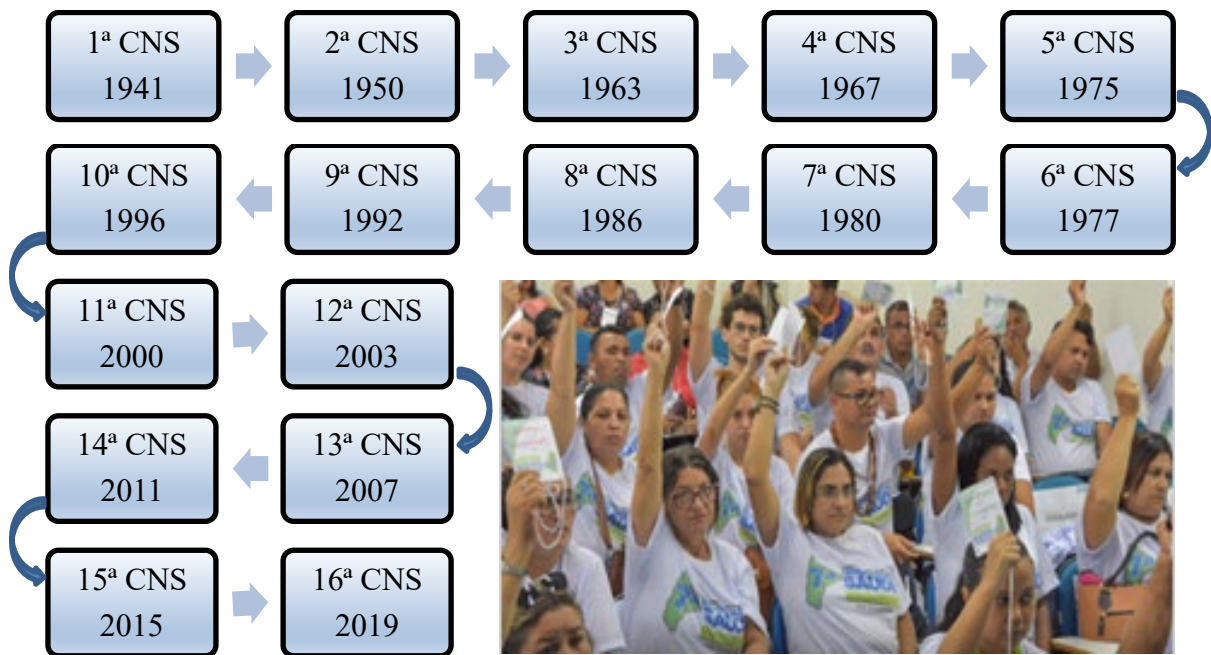
A gestão participativa é uma conquista e não deve ser esquecida pelas atuais gerações, mas deve ser repassada para as futuras, que deverão se manter organizadas, fiscalizadoras e participativas nos processos dos serviços, assegurando a qualidade da assistência. Neste ponto, a participação e as intervenções nas decisões políticas, princípios organizacionais do SUS, tratam-se da participação dos cidadãos nos processos decisórios estatais referentes ao planejamento e implementação de políticas públicas específicas (11,12,13,14,15).

Na mesma linha da importância que a participação social pode ter nos processos decisórios afetos às políticas em saúde, destacam-se referências que investigam o papel dos conselhos na gestão de unidades de saúde. Tais pesquisas associam a educação em saúde ao aprimoramento da qualidade da participação conferida pelos integrantes desses conselhos (16). Em um viés paralelo, também são identificadas oportunidades de melhoria estreitamente relacionadas à capacitação técnica de conselheiros na sua atuação em prol dos conselhos gestores (17).

No Brasil, observa-se o papel de destaque que as Conferências de Saúde possuem nas evoluções associadas à efetividade da participação social e garantia dos princípios e diretrizes

do SUS. Neste sentido, houve 16 Conferências de Saúde no Brasil, ilustradas na linha do tempo apresentada pela Figura 1, compreendidas entre os anos de 1941 e 2019, que contaram com representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e tiveram como objetivo propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.

Figura 1 – Linha do Tempo das Conferências Nacionais de Saúde



Fonte: Autora (2019).

As deliberações discutidas nas Conferências Nacionais de Saúde são resultantes dos debates ocorridos nos estados, por meio das Conferências Estaduais, que, por sua vez, resultam das propostas decorrentes das Conferências Municipais, e estas são resultado das discussões que ocorrem nos territórios das Supervisões Técnicas de Saúde, com a participação da comunidade, conselheiros e trabalhadores.

Em 2019, a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), organizada pelo Conselho Nacional de Saúde e realizada pelo Ministério da Saúde, com a temática “Democracia e Saúde”, reuniu representantes de movimentos sociais, conselheiros de saúde, usuários, trabalhadores e gestores do SUS para traçarem, de forma democrática, as diretrizes para as políticas públicas de saúde no país. O relatório final dessa Conferência subsidiou a elaboração do Plano Plurianual 2020-2023 e do Plano Nacional de Saúde, cujos conteúdos respaldam a promoção da participação social na democratização da saúde.

## 2.2 Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS)

Instituída pela Portaria GM/MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, reafirma os pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde enquanto responsabilidade do Estado, calcada nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social (18).

A ParticipaSUS tem quatro componentes: gestão participativa e o controle social no SUS; monitoramento e avaliação da gestão do SUS; ouvidoria do SUS; e, por último, a auditoria do SUS. O documento que a institui descreve, ainda, as atribuições e responsabilidades das esferas de gestão no âmbito da política (4).

De acordo com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (19), os princípios e diretrizes dessa Política são:

- a) Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular;
- b) Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde;
- c) Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes;
- d) Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas esferas de governo federal, estadual e municipal;
- e) Ampliação dos espaços de escuta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde;
- f) Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS;
- g) Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde;
- h) Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

Giovanella *et al.* (4) afirma que o controle social é um processo no qual a população participa, por meio de representantes, na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas do governo. Em 1990, quando a organização jurídica do país incorporou os conselhos

de saúde na estrutura decisória do SUS, tal atuação sofreu uma nova inflexão, adquirindo também o caráter de fiscalização do manejo dos recursos públicos.

Figura 2 – Controle social e setores envolvidos



Fonte: GIOVANELLA *et al.* (2012).

A gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. Por outro lado, a gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo, e da coletividade, com a dinâmica da vida.

### 2.3 Gestão participativa e suas atribuições em todas as esferas

A gestão participativa se dá por meio dos conselhos gestores, conferências municipais e ouvidorias, ocupando os espaços garantidos em todas as esferas do governo. Para ser efetiva, precisa de pessoas engajadas, determinadas, convictas de que podem fazer a diferença e mudar a história de outras pessoas. Mesmo em meio às lutas, conflitos, perseguições e injustiças, é preciso acreditar que podem melhorar a qualidade de vida.

A Ouvidoria Geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social (19).

A principal característica da gestão concebida no SUS é a Gestão Estratégica e Participativa, que compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os Conselhos e as Conferências de Saúde, instrumentos essenciais na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

O conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar conectado com o de democracia participativa, tornando o usuário um sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta. Neste contexto, os conselhos de saúde, pelo seu papel de grande relevância pública, constituem uma das principais expressões da democracia participativa, integram a gestão administrativa e participam da formulação, planejamento e controle das políticas públicas, contribuindo, assim, para o fortalecimento da relação Estado e Sociedade e para o pleno exercício da cidadania.

Nesse sentido, os modelos de Atenção à Saúde referem-se a combinações e estruturação de tecnologias que devem servir para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde, individuais ou coletivas, da população. Em suma, deve refletir as escolhas técnicas, as decisões políticas e os financiamentos estruturados para esse atendimento.

Os pontos importantes que se destacam em um modelo efetivo e resolutivo são: direito à saúde; atendimento dos indivíduos nas suas necessidades; diminuição das desigualdades; foco na população mais carente; fortalecimento da APS como porta de entrada e nas ações de prevenção e promoção da saúde no contexto de fatores sociais, econômicos e culturais.

Como parte fundamental de tal modelo, garantir o acesso é importantíssimo, mas, isto não resolve o problema se, de fato, não houver uma escuta qualificada, vínculo entre paciente e profissional, gestão e coordenação dos cuidados durante todo o percurso dos indivíduos dentro da rede de atendimento em saúde. Neste sentido, a APS precisa de uma rede especializada para acessar e um sistema de informação que conecte estes serviços, garantindo que as informações do paciente tramitem de forma segura e eficaz, o que resultará em uma assistência com qualidade e resolutiva.



Em todas estas fases do acesso à saúde tramitam processos de tomada de decisão envolvendo o indivíduo, a família, profissionais de saúde, a gestão e a participação da comunidade. Neste modelo, todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços. Dessa forma, as despesas com os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária entre grupos de diferentes classes de renda, sendo de responsabilidade de toda a sociedade.

Nesse sentido, para que haja igualdade na assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não. Somente razões relacionadas às diferentes necessidades de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas, e devem garantir atendimento na sua integralidade em assistência preventiva e curativa, individual e coletivo, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (4).

A denominação de modelo tecnoassistencial é utilizada para designar um processo composto por tecnologias do trabalho em saúde e a assistência, como uma “tecnologia do cuidado”, operada por três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologias leves, leve-duras e duras. Há debates acerca da necessidade de mudança do modelo assistencial hegemônico defendendo que, para isso, é necessário impactar o núcleo do cuidado, do “trabalho vivo sobre o trabalho morto”. Sob este viés, é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, centradas nas necessidades dos usuários, invertendo o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, traduzidas nas normas, equipamentos e materiais (20).

A participação da comunidade é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo (4).

O Conselho Gestor é a forma de assegurar a participação popular na gestão dos serviços de saúde na APS. Entendendo-se que essa gestão deva ser participativa e compartilhada, espera-se que o conselheiro seja capacitado sobre a legislação, formas de participação social, o SUS,

as políticas de saúde do município, além de saber o exato significado de sua atuação, identificando como participar de forma efetiva e ativa.

As experiências de participação popular nos serviços de APS podem alimentar um importante e dinâmico acervo cultural, prático e político, capaz tanto de empreender iniciativas coletivas de luta, resistência e enfrentamento diante dos determinantes sociais da saúde, como de, ao mesmo tempo, gerar aprendizagens para seus protagonistas. Desse modo, permite-se compreender o processo saúde-doença e seus condicionantes e, assim, ficar mais preparados para desvelar ações individuais e coletivas para a defesa incondicional da saúde como direito, como busca pelo bem viver, mobilização de ambientes e políticas públicas saudáveis e condição de qualidade de vida (21).

## **2.4 Principais desafios da gestão do SUS: implicações para a participação social**

Segundo Mendes (22):

A crise, no âmbito do modelo de atenção à saúde, manifesta-se pelo descompasso temporal que ocorre entre a evolução muito rápida e profunda dos fatores contingenciais do SUS (transições demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica) e a baixa capacidade desse sistema em adaptar-se oportunamente a essas transformações por meio de reformas internas (cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, sistemas de incentivos e liderança). Estabeleceu-se, então, uma incoerência entre uma situação de saúde que combina transições demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica aceleradas e tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo das condições crônicas, e uma resposta social estruturada por um sistema de atenção à saúde que é fragmentado, que opera de forma episódica e reativa e que se volta, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. O sistema de saúde fragmentado que se pratica no SUS não é capaz de responder socialmente, com efetividade, eficiência e qualidade, à situação de saúde vigente.

A participação social passa a integrar decisivamente a formulação de políticas públicas e sua implementação. A capacidade da sociedade de criar, construir e implementar as várias formas de participação guarda relação direta com o grau de consciência política, de organização e de mobilização da própria sociedade.

A APS tem como principais atribuições no SUS ser a porta do sistema de serviços de saúde; exercer um cuidado contínuo ao longo do tempo, com a capacidade de resolver a maioria das necessidades de saúde da população; definir e orientar o caminho do usuário na rede de serviços com base nas necessidades; responsabilizar-se pela população de seu território; e incentivar a ação comunitária, entre outros (23).

Para tanto, é necessário garantir que a população tenha acesso aos serviços de saúde e que seja atendida em suas necessidades, tendo uma equipe que esteja capacitada com escuta

qualificada. Essa é a primeira etapa para usuário: conseguir acesso ao serviço, que ele não seja marcado por dificuldades ou barreiras e que os atributos da APS sejam atingidos.

A APS é o ponto inicial da atenção e exerce o papel de filtro para acesso aos outros níveis, isto é, tem a função que se denomina na língua inglesa de *gatekeeper*, referenciando os pacientes conforme suas necessidades. Sistemas integrados de saúde, em que o médico generalista atua como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*), são reconhecidos como menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais (24).

Starfield (2002), no atributo essencial da APS chamado de acesso ao primeiro contato, diferenciou os termos acesso e acessibilidade, muitas vezes considerados sinônimos. Dessa forma, a acessibilidade representa a oferta de serviços em saúde à população e a sua capacidade de alcançá-los, enquanto que o acesso denota a não restrição à entrada nos serviços de saúde, mais do que sua liberdade em fazê-lo. Embora qualquer serviço de saúde possa apresentar variados graus de acessibilidade e acesso, é na APS que se encontra a principal porta de entrada dos pacientes ao SUS.

### **3 ACESSO AVANÇADO: IMPLEMENTAÇÃO NAS UNIDADES**

De acordo a estruturação apresentada do trabalho, este capítulo visa a apresentar, de forma abreviada, o processo de implantação do AA nas UBS de Campo Limpo e Vila Andrade. Inicialmente, é importante ressaltar que o primeiro atributo da atenção primária é constituir-se como serviço de primeiro contato, como porta de entrada do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o paciente precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Neste sentido, o AA é uma forma de prover acesso oportuno na atenção primária. Esse modelo permite que o usuário seja atendido no momento da sua necessidade, no mesmo dia ou, de acordo com a avaliação, até 48 horas a partir da procura, com o profissional de referência e vínculo. O AA difere-se do modelo tradicional em relação aos agendamentos futuros, que podem chegar a meses de espera para uma consulta.

O AA tem se mostrado uma importante estratégia de ampliação do acesso à saúde tanto no em países como os Estados Unidos da América em 2003 (25) e Reino Unido em 2011(26). No Brasil, esta ferramenta de gestão foi implementada primeiramente em Florianópolis-SC (27) em 2007, e em São Paulo- SP (28) sendo, também, o local onde a implantação do AA foi mais recente, em 2019. De modo geral, a implantação do AA promoveu nos países mencionados aumento do número de consultas, diminuição na fila de espera para consultas e diminuição do absenteísmo, assim, a implantação do AA nas UBS surge como uma oportunidade de melhoria e ampliação do acesso de forma equitativa dos usuários aos serviços. A mudança do modelo de agenda proporcionou reflexões e análises sobre o modelo de ofertar acesso por parte de toda a equipe de saúde, composta por enfermeiros, médicos, auxiliares, agentes comunitários, assim como os coordenadores das unidades, a supervisão de saúde, a coordenadoria de saúde, a gestão da parceria com o hospital Albert Einstein e a participação social.

Toda mudança de processo envolve discussões sobre recursos humanos, estrutura física, capacitação dos colaboradores, mudança de fluxos, infraestrutura tecnológica, sendo necessários momentos e espaços para discutir o processo de implantação envolvendo todos os atores, a saber: equipe de saúde, técnicos administrativos, coordenadores, conselheiros, gestores e comunidade.

Por se tratar de um novo modelo de agenda que mudaria os processos de oferta de acesso e fluxos no serviço, foi necessária uma apresentação da proposta e discussão com a Coordenadoria de Saúde e com a Supervisão Técnica de Saúde da região Sul. A proposta voltou o olhar para o modelo de agendamento da região, que há muito tempo discutia soluções para

diminuir o alto absenteísmo nas unidades, além de ampliar o acesso e identificar novos casos do território que até então não eram conhecidos pela falta de acesso ao serviço.

A unidade Jardim Mitsutani foi a unidade piloto para a implantação do AA na região do Campo Limpo, cujo processo iniciou-se em 2016 com duas equipes. Foram realizadas reuniões com trabalhadores, gestão e usuários para apresentação e discussão, sendo então construído um novo modelo de atendimento, no qual 70% das vagas eram oferecidas no mesmo dia e 30% reservadas para agendamentos. O modelo implantado teve como objetivo diminuir o tempo de agendamento das consultas, diminuir o absenteísmo, ampliar a oferta de atendimento no momento da procura, aumentando a oportunidade para as pessoas que não conseguiam acesso e para, cada vez mais, conhecer novos pacientes. O processo de inovação na agenda de ampliação do acesso despertou nas demais unidades de saúde da parceria o desejo de implantação do mesmo modelo.

O processo de implantação do AA nas demais unidades aconteceu após a realização de oficinas com coordenadores e enfermeiros sêniores, a fim de parametrizar o conhecimento da liderança das unidades em relação ao novo modelo de acesso. Para a capacitação foram utilizados artigos e literaturas a respeito do tema e discussões em grupos. Para a ampliação do conhecimento, os coordenadores e enfermeiros tiveram como atividade realizar as mesmas oficinas em suas unidades com os seus liderados e envolver o conselho gestor local.

O desejo de mudança de modelo de acesso por parte das equipes foi ao encontro de manifestações de dificuldade no acesso aos serviços apresentadas pelos conselheiros em reuniões de conselho e na ouvidoria do SUS. Outro canal de escuta para o usuário foi o Sistema de Atendimento ao Usuário (SAU), implantado nas unidades de saúde, de forma simples, prática e acessível. O usuário realiza o registro das suas manifestações e experiências em formulário próprio e o deposita em uma urna. Estas manifestações são lidas pelos conselheiros em reuniões ordinárias para ciência de todo o colegiado e discussão das qualidades e dificuldades relacionadas ao serviço prestado.

Oportunamente, os coordenadores trouxeram como pauta para a reunião a implantação do AA, para iniciar as discussões sobre o modelo proposto e a construção do processo de mudança que impactaria no atendimento aos usuários, proporcionando acesso no primeiro contato. A participação social por meio dos Conselhos Gestores tem como função planejar, avaliar, fiscalizar e controlar a execução das políticas e das ações de saúde; portanto, atuam no planejamento das ações a serem desenvolvidas nas Unidades de Saúde do território e na Supervisão Técnica de Saúde.

## **4 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Como definido na introdução, este capítulo é destinado a apresentar os parâmetros utilizados para a pesquisa que foi a fonte de dados para o desenvolvimento das discussões associadas aos resultados a serem discutidos posteriormente, conforme a seguir:

### **4.1 Tipo de estudo**

Esta pesquisa está inserida no projeto: Implementação do Acesso Avançado em Unidades de Saúde da Família: Processos e Resultados, financiado pelo CNPq/DECIT sob o número 440347/2018-1.

Optou-se como metodologia para este estudo a abordagem qualitativa. O processo qualitativo necessita de um esforço metodológico que garanta a produção de uma análise sistemática e aprofundada, tornando possível a objetivação de um conhecimento que tem como matéria representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade, concretizando, assim, a construção do conhecimento (29).

### **4.2 Cenário de pesquisa**

O contexto desta pesquisa são os conselhos locais de saúde existentes na região Sul do município de São Paulo, que está organizada em cinco Coordenadorias de Saúde, às quais estão vinculadas as Supervisões Técnicas de Saúde, conforme prevê o plano de regionalização municipal. Escolhemos para este projeto a Coordenadoria de Saúde Sul, onde está inserida a Supervisão de Saúde do Campo Limpo, composta pelos distritos administrativos de Campo Limpo (218.758 habitantes), Vila Andrade (143.008 habitantes) e Capão Redondo (268.481 habitantes), perfazendo um total de 641.764 mil habitantes, o que representa 28,3% da população residente na Coordenadoria de Saúde Sul (30).

O Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) é um dos pilares de atuação da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Faz parte de um dos seus eixos de trabalho a gestão de unidades de saúde da APS em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS/PMSP), na zona sul, nas regiões de Campo Limpo e Vila Andrade.

Essa parceria existe desde 2001 e está firmada por meio de um termo de convênio. O IIRS gerencia 13 UBS, com 87 Equipes de Saúde da Família (ESF) que prestam assistência a uma população de 361.766 habitantes dessa região. Essas unidades trabalham com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Cada unidade de saúde tem um conselho local, composto por oito conselheiros, quatro representantes dos usuários e quatro representantes do serviço, a saber: o coordenador do serviço, que atua como o presidente, uma indicação do setor administrativo e dois trabalhadores eleitos. As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente e, se necessário, também há reuniões extraordinárias, a serem convocadas pelo presidente ou caso sejam deliberadas em reunião de conselho.

### **4.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos de estudo foram os conselheiros de saúde do segmento usuário, titular ou suplente de cada serviço de saúde, que aceitaram participar da pesquisa. Isso compôs um total de 21 conselheiros, distribuídos em cinco grupos focais. Os encontros com os conselheiros para a realização dos grupos focais deram-se no final de dezembro de 2019, pouco antes do início da pandemia da COVID-19.

### **4.4 A coleta de dados**

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a do grupo focal e o instrumento condutor das discussões foi o roteiro que se encontra no Apêndice A. Tal técnica é constituída por um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Neste sentido, para ser bem-sucedida, precisa ser planejada, uma vez que visa a obter informações que aprofundem a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências. A técnica deve ser aplicada mediante um roteiro que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de cada um. Dessa forma, o valor principal do grupo focal fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes por meio da interação com outros indivíduos (31).

As entrevistas e conversas foram realizadas por pesquisadores externos e o espaço utilizado foi o mesmo em que ocorrem as reuniões ordinárias dos conselhos. Os participantes foram convidados previamente pelos coordenadores dos serviços e foi solicitada a disponibilização de tempo e espaço para esta pesquisa. No momento da entrevista, os segmentos da gestão, dos trabalhadores e do administrativo, não permaneceram no local, evitando constrangimentos que poderiam causar parcialidades na pesquisa. Os conselheiros do segmento dos usuários foram contactados por telefone ou por e-mail pelo pesquisador e, neste momento, foram explicitados os objetivos da pesquisa e oficializado o convite para sua participação.

A data e horário do grupo focal aconteceu de acordo com o calendário oficial de reunião ordinária do conselho de cada unidade. O grupo focal foi conduzido por auxiliares de pesquisa

especialmente treinados pela pesquisadora. Convencionou-se que a coleta de dados não deveria ser realizada pela pesquisadora por esta ser coordenadora da Atenção Primária e de Unidades Assistenciais e isso poderia influenciar de alguma forma nas respostas. Os grupos focais foram gravados e o sujeito assinou o termo de consentimento, ilustrado no Apêndice B.

Como ferramenta de análise foi utilizado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (32), que a define como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Considerando os interesses da pesquisa de implementação, as categorias de análise, inferidas pelo método de Bardin (32), foram enquadradas em uma matriz de fatores de força, fraqueza, oportunidades e ameaças. Tal matriz é intitulada SWOT, assim nomeada por juntar as primeiras letras em inglês dos nomes *strenghts* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças). As forças e as fraquezas são analisadas internamente ao processo em estudo, ao passo que, externamente, são avaliadas as oportunidades e ameaças.

Segundo Hofrichter (33), a função da matriz SWOT é a de relacionar as oportunidades e ameaças presentes no ambiente externo com as forças e fraquezas mapeadas no ambiente interno da organização, sendo a avaliação estratégica realizada a partir da matriz SWOT uma das ferramentas mais utilizadas na gestão estratégica competitiva.

Ampliando os conceitos da ferramenta escolhida, a matriz SWOT é usada para a realização de análise de ambientes e serve de base para planejamentos estratégicos e de gestão de uma organização, além de ser aplicada para posicionar ou verificar a situação e a posição estratégica de uma empresa ou processo em um dado ambiente (34). No caso desta pesquisa, o que se buscou nos discursos dos sujeitos foram as referências, as estratégias adotadas pelo conselho para acompanhar, fiscalizar, propor e aprovar medidas, sob os vieses dessas quatro variáveis, permitindo a inventariação das forças e fraquezas da empresa ou do processo, e das oportunidades e ameaças do meio em que a empresa atua ou onde o processo foi empregado (35).



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreender a participação dos conselheiros na implementação do AA nas UBS foi utilizada a análise de conteúdo dos cinco grupos focais, realizados com cinco conselhos locais de saúde da região Sul do município de São Paulo, que somados contaram com a presença de 21 conselheiros do segmento usuário.

Tabela 1 – Perfil dos 21 conselheiros dos CL das UBS dos grupos focais. São Paulo, 2019.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA (n=21)	PERCENTUAL
<b>Idade</b>		
30 - 40 anos	3	14,3%
40 - 50 anos	1	4,8%
50 - 60 anos	6	28,6%
60 - 70 anos	7	33,3%
Mais de 70 anos	4	19,0%
<b>Sexo</b>		
Masculino	11	52,4%
Feminino	10	47,6%
<b>Mandatos</b>		
1º	7	33,3%
2º	14	66,7%
<b>Formação dos conselheiros</b>		
Ensino Fundamental	2	9,5%
Ensino Fundamental Incompleto	3	14,3%
Ensino Médio Completo	9	42,9%
Ensino Médio Incompleto	2	9,5%
Superior	4	19,0%
Superior Incompleto	1	4,8%
<b>Tempo de participação como conselheiro</b>		
2 a 4 anos	11	52,4%
5 a 10 anos	7	33,3%
Mais de 10 anos	3	14,3%
<b>Educação em saúde de conselheiros no triênio 2018-2020</b>		
Conselheiros com, pelos menos, um treinamento específico	5	23,8%
Conselheiros sem quaisquer tipos de treinamento	16	76,2%

Em relação ao perfil dos participantes, a maior faixa etária (81%) está entre 50 e 80 anos. Considerada uma idade madura, entende-se como um fator importante nas tomadas de decisão, em razão da experiência e de suas histórias de vida. Tal preponderância não foi observada na distribuição sexual dos conselheiros, considerada como equilibrada.

Os mandatos são de dois anos, podendo ser reconduzidos por mais dois anos. Cabe lembrar que as reuniões dos Conselhos Locais (CL) são abertas, e o fato de não ser conselheiro não impede o cidadão de participar das reuniões como ouvinte, com direito a voz, mas não a voto. Dos sujeitos dessa pesquisa, 67% estão no segundo mandato, com mais de dois anos de participação em reuniões ordinárias deliberativas do CL. Lembrando que essas reuniões sempre apresentam a dinâmica de discussões de temas referentes ao serviço de saúde, trazendo as necessidades da comunidade em busca de melhoria na qualidade de vida desta população.

Em se tratando das reuniões ordinárias, no primeiro e no segundo mandato, compreende-se como um fator de impacto na participação, construção de conhecimento e aprendizado para o conselheiro, pois está em um espaço em que é necessário tomar decisões sustentadas em dados, fatos, contextos e experiência, que amadurecem e tomam maior robustez se o conselho estiver munido de informações. Nos discursos percebe-se a dificuldade que os conselheiros têm em debater, entender a proposta da ampliação do acesso, como podem contribuir, que fazem parte da decisão e até mesmo que representam uma comunidade e não seus interesses próprios.

Quando avaliada a formação dos conselheiros, percebe-se uma diferença significativa no tempo e perfil de escolaridade entre os entrevistados, sendo maior o percentual em escolaridade do nível médio e menor o de nível superior. Tal distribuição não inviabiliza a participação dos conselheiros segmento dos usuários, apesar de influenciar nos seus perfis de participação e interesses relacionados ao engajamento político intrínseco ao exercício das funções dos conselheiros. Quando comparado com outros estudos, o perfil de escolaridade identificado por este trabalho foi interpretado coerente com a realidade social nacional. Dentre tais estudos, Ramos (36) tem como resultado diferenças, especialmente no que se refere à escolaridade, entre o perfil dos representantes da sociedade civil e do poder público. Considera que esta diferença, por si só, não estabelece desigualdade entre os conselheiros de diferentes segmentos, já que as implicações decorrentes podem ser minimizadas por meio da capacitação especializada, por meio da construção do saber e do acesso à informação.

No mesmo sentido, Dias (37) aponta que a educação superior não influencia o engajamento político de modo não é possível associar escolaridade e o comportamento de cidadãos mais interessados, participativos e coerentes nas políticas brasileiras. Schlegel (38)

argumenta a falta de engajamento cívico e político em indivíduos com maior escolaridade motivada pela deficiência na qualidade desta.

Seguido essa mesma linha, finalizando a análise da Tabela 1, verifica-se que uma pequena parte dos conselheiros entrevistados teve educação em saúde ou participou de atividade educativa voltada ao tema Conselho Gestor, como forma de ampliar e inovar o conhecimento. Pode-se dizer que tais atividades agregariam maior participação, condições para discutir com igualdade e assertividade, entendimento do papel de conselheiro gestor segmento dos usuários e, conseqüentemente, resultariam em melhorias no acesso ao serviço de saúde. As observações acerca desta última variável da tabela 1 também podem ser corroboradas com as conclusões de estudos que abordam a capacitação popular em saúde como recurso significativo na gestão social compartilhada do SUS (39).

### **5.1 Análise SWOT**

A análise de SWOT é um sistema de informação de gestão que ao ser utilizado na área saúde é considerado influente e saudável, sendo útil no fornecimento de informações importantes na tomada de decisões mais efetivas e eficaz (40). Ainda sobre tal ferramenta, ressalta-se sua versatilidade e eficiência uma vez que pode ser aplicado em diferentes contextos sociais, refletindo demandas em saúde complexas como ocorre na Arábia Saudita (45) e Paquistão (40).

Os pontos identificados e mencionados no presente trabalho como pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças nas unidades de saúde em que o AA estava sendo implementado foram estudados em profundidade e soluções alternativas foram identificadas e proposta para atender as demandas dos serviços.

Categorizados os discursos dos conselheiros por meio da análise de Bardin, utilizou-se a ferramenta SWOT para facilitar a organização de ações que colaborem com a implementação do AA, de acordo com as informações da Tabela 2. Neste quadro estão apresentadas as categorias principais que emergiram nos discursos dos entrevistados, classificadas em fatores internos e externos que fragilizam ou potencializam a implementação do modelo de AA.

Tabela 2 – Matriz SWOT baseada nos discursos obtidos a partir das entrevistas. Autora, 2019.

	<b>FORÇAS (193)</b>	<b>FRAQUEZAS (160)</b>
<b>FATORES INTERNOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conselho Gestor ativo</li> <li>▪ Escuta da população</li> <li>▪ Modelo de agenda proposto</li> <li>▪ Motivação e satisfação nas conquistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Construção do processo</li> <li>▪ Falta de conhecimento do papel de conselheiro</li> <li>▪ Dificuldade de entendimento do conceito do acesso</li> <li>▪ Cultura do benefício próprio</li> </ul>
	<b>OPORTUNIDADES (117)</b>	<b>AMEAÇAS (57)</b>
<b>FATORES EXTERNOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacitação dos conselheiros</li> <li>▪ Entender o modelo de trabalho</li> <li>▪ Comunicação</li> <li>▪ Estrutura organizacional das reuniões do conselho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de respostas dos governantes</li> <li>▪ Mudança de representantes nos mandatos</li> </ul>

## 5.2 Forças

Nesta categoria, consideraram-se os discursos de percepção dos conselheiros como parte da gestão, inseridos nas discussões, utilizando os espaços para apresentar propostas, soluções e analisar os problemas do dia a dia da unidade. Transformando o espaço das reuniões para vivenciar os sentimentos de pertencimento e para que promovam diálogos para as tomadas de decisão.

### 5.2.1 Conselho Gestor ativo

Giovanella *et al.* (4) afirma que o controle social é um processo no qual a população participa, por meio de representantes, na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas, as políticas de governo. No processo de formalização da participação social no setor de saúde no Brasil, o controle social passou a expressar a possibilidade de a sociedade controlar o Estado por meio de instâncias participativas.

Neste contexto, os conselhos locais nas unidades de saúde representam as instâncias participativas, fortalecem os serviços, ampliam o olhar da gestão para as necessidades da comunidade através suas experiências. Como parte deste cenário, a implementação do AA nas

unidades não só ampliou o acesso ao serviço, como também motivou os conselheiros a participar, por meio da escuta, mediação e discussões, de melhorias no processo.

Bordenave (41) e Gohn (14) compreendem a participação social como um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas, em que os sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas. Ainda segundo os autores, o conceito também se relaciona com a procura da participação ativa na formulação, implementação, implantação, execução, avaliação, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão.

A seguir, alguns exemplos de trechos de discursos que transmitiram a percepção de fazer parte, composição, envolvimento:

*“...membro do conselho aqui no jardim Helga. Viemos para conselho justamente porque vimos uma necessidade de ter um conselho para trabalhar junto a população para junto com a população.”*

*“...sou conselheira do jardim Helga. Já no segundo mandato...”*

*“...sou conselheira aqui por dois mandatos, segmento usuária e sou titular”*

*“Eu comecei. Já é a terceira vez que eu faço parte do conselho gestor faço parte do Conselho.”*

*“Eu completei meus quatro anos de gestão.”*

### **5.2.2 Escuta da população**

Nesta categoria elencaram-se os discursos que apontavam que os CL eram importantes espaços de “escuta” da população e tal fato atribui ao CL a possibilidade de dar à UBS um *feedback* sobre seus acertos ou erros e percepção da comunidade, no que tange ao modelo de acesso em implantação.

Na gestão democrática, os canais de escuta são importantes ferramentas para a gestão dos serviços. A população utiliza o 156 ouvidor SUS, canal oficial para escuta dos usuários, e o SAU, que é uma forma de escuta prática. Esta metodologia permite o registro da experiência no local do atendimento, sem burocracias, sem tecnologias avançadas, sem demora para o registro, que são abertos somente na presença dos conselheiros, inserindo a participação social nas demandas da comunidade. Estes canais formam uma rede de escuta para dar voz à comunidade que representam.

Os conselheiros, enquanto ouvidores no processo de implementação do AA nas unidades, foram de grande valia para o processo, contribuindo para as melhorias e ajustes necessários, exemplificados pelas seguintes falas:

*“...ouvimos as pessoas na rua... porque muita coisa a gente ouvia...”*

*“...Aí chegamos aqui, viemos conversar com a gestora, o que tava acontecendo né, e contava pra ela o que nós ouvimos. Ela falou: não, então nós vamos melhorar. Vamo melhorar... (negociação)”*

*“Nós como conselheiros que conhecemos bem a comunidade, o dia a dia, os usuários conversam muito com a gente.”*

*“ouvimos as pessoas na rua... porque muita coisa a gente ouvia.”*

*“Olha... quando começou o Acesso Avançado, nós estivemos lá acompanhando. a gente fala vamos lá ver como é que é, porque a gente quer entender.”*

*“sempre teve essa preocupação do atendimento às pessoas né.”*

Zermiani (2019) pesquisou sobre a participação dos CL na contratualização de metas e em seus resultados apresentou, com maior ênfase para 89% dos servidores de saúde entrevistados, a prestação de informações sobre a comunidade como a principal contribuição do conselho. De modo relacionado, identificar os focos dos problemas da comunidade (62%) e dar ideias sobre como aumentar a cobertura do atendimento (45%) vêm em seguida como formas de colaboração mais importante dos conselhos. Ainda, a facilitação da busca ativa foi identificada por 25% dos entrevistados como um tipo de contribuição. Os dados desta pesquisa corroboram com os discursos dos conselheiros deste presente estudo quanto à participação nas formas de compartilhar informações e identificar problemas.

### **5.2.3 Modelo de agenda proposto**

Segundo Starfield (24), o primeiro contato “implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde”. A autora define-o também como a porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde.

Entre os 21 conselheiros dos seguimentos dos usuários entrevistados, cinco verbalizaram que o AA possibilita à pessoa passar em consulta no dia da sua queixa e conseguir acesso ao serviço. Tal procedimento evita agendamentos distantes, prevenindo o absenteísmo devido ao esquecimento ou ao fato de o atendimento não ser mais necessário, garantindo que a questão seja resolvida, mesmo que seja em outro horário no mesmo dia ou no próximo. Seguem-se trechos de discursos que corroboram com a eficiência do AA:

*“...Acho que dentro desse assunto do Acesso Avançado tem um, porém, porque antes as pessoas vinham marcar consulta para 15 dias, 1 semana, 1 mês, 3 meses, 4 meses, hoje ela tá conseguindo em 1 hora, 2 horas ou até mesmo em 5 horas. Caso ele venha de manhã e a agenda já esteja marcada ele pode tentar vir a tarde, então ele vai ter pro mesmo dia, então acho que ele é muito bom.”*

*“Muita coisa já aconteceu, então, esse sistema eu acho que é bom porque veja só: olha eu estou passando mal em casa, o que eu vou fazer? Eu vou subir pro posto; aí ela vai falar: Olha [...], pra agora esse momento eu não tenho, mas eu vou ter uma vaga para três horas da tarde, você pode retornar às três horas? Eu falo: Posso retornar. É melhor você retornar às três horas da tarde do que três, quatro meses...”*

*“Já aconteceu umas duas vezes comigo. Que eu cheguei pra marcar uma consulta, cheguei sete e meia da manhã, ela falou: Sra., dez horas tenho uma vaga pra senhora; Fui em casa, adiantei alguma coisinha, porque eu moro perto, dez pras dez passei aqui, tava aqui, não precisou de senha, não precisou de nada, porque ela já registrou. Já fica guardado.”*

*“Muito importante o que ela falou né, o atendimento rápido, porque eu, antes, a gente vinha aqui pra conseguir uma consulta, uma vaga pra três quatro meses depois, e hoje não, graças a Deus, a gente consegue no dia”*

*“Então assim, as pessoas nem marcava consulta, ia chegando e já ia sendo consultado.”*

*“qualquer pessoa da unidade que chega pra querer ser atendido porque tá sentindo alguma coisa... porque num dia você levanta, você está mal aí você ainda vai marcar o dia de consulta, não, você chega aqui e já passa. Eu acho que isso melhorou muito, e não ficou aquela assim”*

#### **5.2.4 Motivação e satisfação nas conquistas**

Nesta categoria estão elencados os discursos de conquistas e de avanços, traduzindo a motivação dos conselheiros a se envolverem na gestão dos serviços de saúde sem remuneração ou qualquer ganho, de forma voluntária. Esta participação requer dedicação, tempo, esforço e habilidade para a escuta e mediação de discussões.

A participação social vem estimular a prática da cidadania, que é o cerne para a formação de um novo conceito de controle social, no qual o indivíduo é estimulado a ser agente de sua própria saúde e da saúde da comunidade a qual integra. Como cidadãos, conselheiros e moradores do mesmo território vivem na mesma realidade e conhecem a necessidades dos outros moradores. As conquistas vêm como resultado de sua participação e reivindicação. Seguem-se exemplos de sentimentos demonstrados como fonte de motivação e satisfação em seus relatos:

*“...a conquista... a luta é grande, mas a gente tem conquista.”*

*“...E a gente tamo aí nessa luta, a gente tá nessa luta que o SUS é nosso, e ninguém tasca. Já quiseram acabar com o SAMU né? Já fizeram esse estrago*

*do nada aí, já quiseram fechar as farmácias né, na época que o João Doria ganhou, ele quis vim acabar com as farmácias, disse que ia fechar as farmácias. Nós aqui no Campo Limpo, nossa supervisão de saúde que é onde tem todos os conselhos, nós se juntamos e fomos pra luta, aqui não fecha nada, não fecha AMA, não fecha nada.”*

*“...São coisa que tivemos conquista que a gente nem lembra. A gente nem lembra, são conquistas, muita...”*

*“...E o SUS precisa... é uma criança ainda de seus 30 e poucos anos né? então a gente, a gente vê muitas conquistas e... Já tão querendo acabar com o SUS, porque... né? E a gente tamo aí nessa luta, a gente tá nessa luta que o SUS é nosso, e ninguém tasca.”*

*“E o legal é assim, nosso conselho, a gente costura isso junto, porque é importante trabalhar junto, não podemos trabalhar individual, tem que trabalhar junto pra que melhore a vida da população...”*

### **5.3 Fraquezas**

Nesta categoria encontramos nos discursos dos conselheiros dificuldades para entender o conceito de acesso, assim como a sua implementação. As contribuições dos conselheiros são restritas pela falta de conhecimento das atribuições conferidas pela Lei nº 13325/2002 (42). A fiscalização não é a única atribuição do conselheiro, para além desta o conselheiro é parte integrante da unidade, com poder de decisão, participação e colaboração efetiva nas propostas de melhoria do serviço, deixando interesses pessoais de lado em prol da maioria.

#### **5.3.1 Construção do processo**

Um dos pontos fundamentais no processo de gestão dos serviços de saúde está relacionado à participação social nas decisões referentes aos serviços ofertados à população. Assim como se deu nas conferências, faz-se necessário que os conselheiros participem da construção dos processos, aumentando o conhecimento sobre o funcionamento dos serviços, propostas de melhoria, além de capacitar multiplicadores para a comunidade.

Segundo André et al. (43) a fragilidade do conhecimento da população sobre os espaços de participação é uma das maiores dificuldades para o engajamento social na APS. Neste sentido, os conselheiros devem participar da gestão das unidades de forma participativa e compartilhada, o que não pôde ser ilustrado pelos seguintes discursos:

*“...pegou todo mundo de surpresa.”*

*“veio a pessoa explicar, a gente, conselheiros veio debater como seria, como vai ser...”*

*“Não houve um preparo para que as UBS já comessem a divulgar, daí pegou todo mundo de surpresa.”*



*“Eu acho que teria que ter sido feito primeiro a condição para receber porque simplesmente chegou e colocou. Ai colocou num lugar que não cabe. Se é só isso que você quer saber então é isso...”*

*“...a gente ficou sabendo da implementação do acesso na reunião de supervisão.”*

*“Olha, esse Acesso Avançado que foi implantado, diferencia cada unidade a unidade de acordo com o gestor, né?”*

*“Ai surgiu esse Acesso Avançado que tem que ser modificado, ampliado e com melhores condições de atendimento porque a população não entende.”*

### **5.3.2 Falta de conhecimento do papel de conselheiro**

De acordo com a Lei 13.325/2002, Art. 7º:

Compete aos Conselhos Gestores, observadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde: I. acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços e as ações de saúde, prestados à população; II. propor e aprovar medidas para aperfeiçoar o planejamento, a organização, a avaliação e o controle das ações e dos serviços de saúde; III. acompanhar o Orçamento Participativo; IV. solicitar e ter acesso às informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro e operacional, relativas à respectiva Unidade, e participar da elaboração e do controle da execução orçamentária; V. examinar proposta, denúncias e queixas, encaminhadas por qualquer pessoa ou entidade, e a elas responder; VI. definir estratégias de ação visando à integração do trabalho da Unidade aos Planos locais, regionais, municipal e estadual de Saúde, assim como a planos, programas e projetos intersetoriais; VII. elaborar e aprovar o seu Regimento Interno e normas de funcionamento (SÃO PAULO, 2002).

Para a plena participação dos conselheiros, é importante o conhecimento das suas atribuições, o que lhes confere ampliar a visão acerca da participação nos conselhos de saúde. Neste contexto, uma das maiores dificuldades da participação social na APS é o tímido conhecimento da população em geral sobre o tema e o seu frágil envolvimento nos CL, o que promove o distanciamento entre o usuário e a gestão em saúde, fomentando a ideia de ineficiência do serviço (43).

Na análise dos discursos, percebe-se que os conselheiros expressaram a participação por meio das presenças, escuta e fiscalização, deixando de ampliá-la para as suas demais atribuições. Admitindo-se que a presença de conselheiros sem entendimento não garante a participação social, os seguintes trechos de discursos foram selecionados para ilustrar a falta de conhecimento do papel de conselheiro:

*“Bom... Eu, meu nome é José Carlos Pinheiro, tô no conselho há mais de um ano, na verdade eu votei em mim, mas vamos lá”*

*“eu digo a você... eu vim aqui... eu me candidatei aqui na eleição, eu era conselheiro na antiga.”*

*“tive também, e aí vem aqui... a supervisão também, e aí eu saí, eu tô aqui, gostei de tá aqui.”*

*“Eu sou... estou morando aqui na região há seis anos e sou também usuária aqui, dessa unidade. E, na verdade, eu tô... para mim é um novo aprendizado porque eu sou aposentada da Educação, mas eu sempre tive muita curiosidade...”*

*“... eu vou fazer parte do conselho gestor pra ver se muda um pouco isso, pra ver se gente consegue ter mais acesso ao posto, ser mais bem atendido”*

*“Primeiro ano que faço parte do Conselho, e ainda estou conhecendo pra saber como funciona. É a primeira vez, eu nunca tinha participado e estou começando.”*

### **5.3.3 Dificuldade de entendimento do conceito do acesso**

Para a discussão do tema é importante a parametrização do conceito com os conselheiros do segmento dos usuários, com a comunidade, os trabalhadores e os gestores. O que se requer por parte dos conselheiros é tempo, organização, disponibilidade e desejo em participar de momentos que promovam o conhecimento. Entretanto, este tempo concorre com as responsabilidades pessoais, o que pode relativizar a importância das atribuições do conselheiro, realidade potencialmente ampliada pela falta de remuneração funcional.

O papel dos espaços de participação está configurado por duas dimensões interligadas: uma mais imediata e pragmática, que congrega os esforços dos sujeitos diretamente interessados na situação; outra mais ampla, multiplicadora e até mesmo conscientizadora, que compreende a construção e a difusão de uma cultura participativa promotora da interação com sujeitos que, mesmo não envolvidos com uma determinada situação, podem, de alguma maneira, contribuir para a realização dos objetivos (4). Seguem-se discursos que exemplificam a fraqueza associada à falta de compreensão do conceito de acesso:

*“... a gente não tem perna, então a gente nem vive, porque aí a idade vem né, a gente também é dona de casa, fica muito difícil, aí eu optei por ficar na saúde. E a gente tem tido assim muito avanço, é devagarzinho, mas a gente consegue.”*

*“Eu tô gostando. Ainda não foi implantado isso, há uma senha, eu falei com ela em particular, que tenha (arrastamos [00:02:40]) senha, porque por exemplo, a senha, ela, ajuda a organizar as filas e manter o idoso, a pessoa doente sentada, mas não sei, isso foi falado particular com ela, não foi colocado na ata. Melhorando isso aí, já é um passo avançado.”*

*“... outra colocação em relação ao acesso? O que a gente tem lutado mais, na verdade, só pra vim segurança, pelo fato de ter tido assalto aí, as pessoas da fila tudo, então a gente tá lutando pra tem um... Um serviço, uma base móvel seria maravilhoso.”*

*“Esse é o problema que acontece no Acesso Avançado, que a demanda é maior que o próprio atendimento diário. No dia que a gente conseguir suprir toda a demanda diária, vai acabar essa fila. Esse é o momento, em prol, ou defeito do Acesso Avançado.”*

*“...Acesso Avançado está complicando, então a gente pede que as autoridades organizem melhor este Acesso Avançado para que a comunidade passe melhor em suas consultas, sem reclamações, sem conflitos ...”*

### **5.3.4 Cultura do benefício próprio**

A participação dos conselheiros está além de seus interesses e o pensamento coletivo deve ser premissa nas discussões, uma vez que a implementação do AA nas unidades visa a ampliar o acesso a pessoas diferentes no momento da necessidade. Seguem-se discursos ilustrativos da fraqueza em questão:

*“... ela tinha falado, nem eu. Como eu falei, graças a Deus, eu não preciso muito usar aqui...”*

*“Olha eu não tenho muito a acrescentar, por que assim, eu, graças a Deus, dificilmente eu passo aqui, só as consultas de rotina, minha filha também, como já tá com dez anos agora, cessou aquela questão de estar toda hora no médico, e a minha mãe, eu não passo ela aqui, eu passo ela lá no Hospital São Paulo.”*

*“Infelizmente eu não tenho muito a falar por conta disso, graças a Deus eu não uso muito a UBS.”*

*“Eu, particularmente, hoje estou assídua nesse posto, por causa de um problema que eu tive...”*

## **5.4 Oportunidades**

Os conselhos de saúde, como espaços de poder, de conflito e de negociação, apresentam avanços consideráveis no que se refere à possibilidade de os cidadãos controlarem as ações governamentais, à mudança na forma de interferir, deslocando o clientelismo e o fisiologismo tradicionais, e ao processo pedagógico de aprendizado do exercício do poder político.

### **5.4.1 Capacitação dos conselheiros**

Estudos apontam para importância da capacitação dos conselheiros gestores do segmento dos usuários. Saliba em 2009, (44) apresenta em seus resultados que, quanto ao segmento dos usuários, a maioria possui ensino fundamental incompleto e 71,5% dos entrevistados não possuem ensino superior completo, o que, possivelmente, gera dificuldades

na compreensão de documentos. Tal realidade também pode interferir com as decorrências envolvidas no ensino em saúde necessário ao desempenho das funções de conselheiro.

Nesse cenário, entender o modelo de trabalho e da proposta de mudança no acesso permite ao conselheiro atuar de acordo com as atribuições da legislação, de forma consciente e podendo agregar melhorias na proposta, ser facilitador, orientador, fiscalizar com maior propriedade e atuar na divulgação das mudanças junto à comunidade.

Dessa forma, é fundamental que os conselheiros, de todos os segmentos, tenham conhecimento das leis que subsidiam e dão suporte à participação popular. Controle social e gestão participativa significam, na verdade, a ampliação da cidadania e identificam a sociedade como corresponsável pelo bom funcionamento do SUS, na medida em que formulam, acompanham, controlam e veem a transparência da alocação dos recursos.

Apesar de identificada como uma carência atual, esta variável foi interpretada como uma oportunidade de melhoria de implementação clara, sobretudo quando se associa às capacitações necessárias ao exercício das funções de conselheiro, especialmente no que diz respeito ao ensino em saúde.

#### **5.4.2 Comunicação**

A falta de comunicação encontra-se dentro da categoria oportunidade como um futuro aprimoramento, e deve ser considerada como dispositivo-chave neste processo e em qualquer outro, uma vez que gera dificuldades, no caso de implementação do AA, para os usuários que ficam sem entender o modelo de agenda, surgindo insatisfações, conflitos e sobrecarga emocional na equipe. Neste contexto, o conselho gestor é o interlocutor. Se lhe falta entendimento, bagagem de conhecimento sobre o tema e sobre as suas atribuições, certamente isso impacta na utilização dos serviços.

#### **5.4.3 Estrutura organizacional das reuniões do conselho**

Incluem os espaços, horários e agendas bloqueadas, garantindo que conselheiros representantes de todos os segmentos se reúnam mensalmente. Tal periodicidade permitiria uma melhor operacionalização dos CL no exercício de suas atribuições.

#### **5.5 Ameaças**

Categoria quase que integralmente relacionada a questões extrínsecas associadas à atuação das diferentes esferas de governo e peculiaridades de mandatos de conselheiros, discriminadas a seguir:

### 5.5.1 Falta de respostas dos governantes

Ameaça com grau de complexidade associado às diversas esferas de governo, pode ser ilustrada pelos seguintes trechos de discursos selecionados:

*“esse tempo todo não encontramos nenhum diretor, nenhum secretário e nenhum prefeito, nem uma pessoa que queira, vereador, que queira ajudar nós aqui. Nós estamos ainda correndo atrás da mudança aqui, agora a pouco tempo dizia que ia fazer nossa UBS em um galpão da prefeitura...”*

*“...A gente gostaria muito que o governador, prefeito viessem conhecer. Nós temos o maior colégio eleitoral, que é Capelo do Socorro, somos lembrados só na eleição agora eles já vêm com outra ideia.”*

*“...mas eu, no meu pensamento, o prefeito e a secretaria estão saindo fora desses pedidos.”*

*“Faz dois anos, vai para três anos que estamos na luta, já levamos abaixo-assinado reivindicando essa construção para conferências municipais, secretarias municipais e ministério público, até agora estamos sem respostas ó, promete, fala que não tem dinheiro. A gente, conselheiros pedimos para que as autoridades venham ver, venham aqui na...”*

*“Viemos para conselho justamente porque vimos uma necessidade de ter um conselho para trabalhar junto à população, para junto com a população possamos requerer aos governos federais, estaduais e municipais alguma melhoria para a nossa unidade no bairro do Jardim Helga/Azul Celeste.”*

*“Fizemos o abaixo-assinado, levamos para a secretaria numa conferência da saúde no Anhembi. Eu falei com o secretário, ele ligou aqui no PS e as meninas, gestora e direção, falaram que realmente sou eu, e ele ficou de dar um retorno até hoje...”*

*“Então fica complicado, nós queremos uma resposta, a comunidade nos pergunta, e como fica a gente? A gente falou com o povo desde o começo desta luta que queríamos uma UBS maior, com mais especialidades, porque aqui não tem condições, a casa é pequena. Agora ficamos sabendo dessa bomba, que ele vai vender os terrenos públicos então, é essa minha reivindicação e nós não vamos parar por aí não.”*

### 5.5.2 Mudança de representantes nos mandatos

Os mandatos dos conselheiros gestores são de dois anos, podendo ser exercidos por mais dois, nos casos de reeleição. Neste campo, as mudanças entre os conselheiros nos CL foram um desafio para os novos conselheiros que não participaram da implantação do AA na unidade; sem propriedade sobre o tema, não conseguiram trazer as suas percepções. Seguem-se trechos de discursos que exemplificam este descompasso entre as inovações associadas ao AA e as posturas esperadas dos conselheiros substitutos:

*“Não, porque este é o primeiro ano que eu tô na gestão. Então, como antes eu era muito fora do posto”*

*“Não, porque quando eu cheguei, esse processo já tinha mudado.”*

*“Isso, eu mesma não tem muito tempo, e assim, sempre que entrava alguém que você achava: esses vão fixar; não pode mais vir”*

*“Não por conta da troca, dos conselheiros, infelizmente, porque na verdade, você lembra que não teve muito tempo que teve a troca que eram duas que saíram, e formou um novo grupo. Quando formou esse novo grupo, já tinha feito esse processo, do processo Avançado, a gente não conseguiu acompanhar muito.”*

## **5.6 Possível ferramenta de gerenciamento das variáveis SWOT no AA**

Categorizados os discursos por meio da análise de Bardin e ampliadas as suas especificidades na matriz SWOT, concebeu-se uma eventual ferramenta para a discussão da implementação do AA. Trata-se da oficina “Construindo conhecimento com a comunidade”, ampliada no Apêndice C, que tem como objetivo contribuir e aproximar a teoria da população, fortalecendo o SUS por meio de representantes com condições de discutir temas que envolvem os interesses do bem comum.

## 6 CONCLUSÃO

O tema da participação do Conselho Gestor para a implementação do AA não se esgota com o presente estudo, permitindo que muitas discussões e pesquisas sejam fomentadas a partir do rico material coletado com os conselheiros locais das unidades. Os encontros com os conselheiros para a realização dos grupos focais deram-se no final de dezembro de 2019, pouco antes do início da pandemia da COVID-19.

A percepção de participação dos conselheiros se expressa por meio de sua presença nos encontros, o que representa a responsabilidade, o compromisso e o esforço destes moradores e conselheiros de saúde nos CL, dando voz para aqueles que não conseguem participar. O cargo de conselheiro exige, pelas demandas, discussões e complexidade dos assuntos, que os conselheiros dediquem tempo para estudo e participação nas atividades.

A pesquisa mostrou que uma pequena parte dos conselheiros teve a oportunidade de participar da capacitação, e ela vem como recurso para fortalecer e ampliar as possibilidades de colocar em prática as atribuições do conselheiro para além da escuta. Entretanto, estes conselheiros não recebem nada para isso, em sua maioria assumem seus deveres familiares somados à responsabilidade da cogestão do serviço de saúde. A participação dos conselheiros se deu, principalmente, na forma de escuta à população, fiscalização da implantação, resultando em relatos de experiências da utilização do AA na APS. Estes foram utilizados como ferramenta para discutir o novo modelo de agenda, oportunizando melhorias e ajustes.

Por meio dos discursos analisados e organizados segundo o método de SWOT, a falta de capacitação da maioria dos conselheiros trouxe dificuldades para a implementação do AA. Tais dificuldades perpassam a falta de conhecimento do papel dos conselheiros, dificuldade de compreender o AA e a, tímida estrutura organizacional do conselho. Na medida em que contamos com eles como interlocutores entre serviço de saúde e comunidade e porta voz da demanda em saúde, a falta de preparo para discutir políticas públicas, financiamento, dentre outros temas relevantes, impacta diretamente na assistência à população. A escuta e a mediação, conforme colocado anteriormente, são de grande valia, mas se realizadas por pessoas não capacitadas e que não entendem as suas atribuições, podem trazer consequências na vida do indivíduo, da família e da comunidade. Neste sentido, a participação da comunidade na implementação do AA foi tímida, apontando para a necessidade de promover educação em saúde através da capacitação dos conselheiros e ampliação de espaços de diálogo entre o conselho e o profissional de modo a alcançar serviços de saúde humanizados, apropriados as realidades da sociedade e mais justo.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo. Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social, e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe-se, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças (18).

Considerando as atribuições que lhes são conferidas, os conselheiros podem atuar para além da escuta e problematização com os coordenadores. Após estas considerações finais, deixo como produto a oficina “Construindo conhecimento com a comunidade”, que tem como objetivo contribuir e aproximar a teoria da população, fortalecendo o SUS por meio de representantes com condições de discutir temas que envolvem os interesses do todo.



## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 178 p.
2. MENEZES, J. S. B. M. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade: reflexões sobre os limites e desafios. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (org.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: São Paulo: Cortez, 2012, p. 252-72.
3. SÃO PAULO (Cidade). **Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13325-de-08-de-fevereiro-de-2002>. Acesso em: 2018 out. 25.
4. GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. E-book Kindle.
5. BRASIL. Conselho Nacional da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso em: 25 out. 2018.
6. MARTINS, P. C. *et al.* Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000100007>.
7. LIMA, F. A. **Participação Social na Estratégia Saúde da Família: Um estudo de caso no Território de Vila União em Sobral-CE**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Sobral.
8. VIEIRA, M.; CALVO, M. C. M. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2315-26, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200004>.
9. ALCÂNTARA, P. H. G. **Outras formas de entender a democracia: as teorias da participação e da deliberação**. Jundiaí: Paco e Littera, 2019. E-book Kindle.
10. PEREZ, M. A. **A Administração pública democrática: institutos de participação popular na Administração Pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2004.
11. SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (org). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p.39-42.
12. DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

13. FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Rev. Bras. Ciênc. Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, fev. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092003000100004>.
14. GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2003.
15. TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.) **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
16. FERNANDES, VC; SPAGNOULO, RS; BASSETTO, JGB. **A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**. Disponível em <file:///C:/Users/langs/Downloads/5952-23553-1-PB.pdf> acessado em 15 de agosto 2015.
17. ANDRÉ, NA; RAMOS, JVB; CRUZ, PJSC; VASCONCELOS, ACCP. 2021. **Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa**. Disponível em <file:///C:/Users/langs/Downloads/Dificuldades%20da%20participa%C3%A7%C3%A3o%20social%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%202021.pdf> acesso em 10 de setembro de 2015.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007**. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. Brasília, 2007. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027\\_26\\_11\\_2007.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html). Acesso em 25 outubro 2018.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
20. MERHY, E.E. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo:Hucitec, 2002.
21. MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 452-6, 2018. Número especial 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s131>.
22. MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).
24. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

25. MURRAY, M; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA.
26. National Health Service (NHS). Commissioning a new delivery model for unscheduled care in London. London: NHS; 2011.
27. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Saúde da Família. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba (PR): SUS; 2014. Disponível em <[http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba\\_CartilhaAcessoAvancado\\_2014-06-05.pdf](http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf)>. Acesso em 15 de agosto de 2021.
28. CIRINO, F.M.S.B, SCHNEIDER Filho D.A, NICHATA L.Y.I, FRACOLLI L.A. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2020 Jan-Dez; 15(42):2111
29. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
30. SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo: SEADE, 2021. Disponível em: <https://www.seade.gov.br>. Acesso em: 2021 mai. 21.
31. KRUEGER, R. A. **Focus Group: a practical guide for applied research**. Newbury Park: Sage Publications, 1988.
32. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
33. HOFRICHTER, M. **Análise SWOT**. Porto Alegre: Simplíssimo Livros, 2020. E-book Kindle.
34. MCCREADIE, K. **A Arte da Guerra SUN TZU: uma interpretação em 52 ideias brilhantes**: 1. ed. São Paulo: Globo, 2008.
35. RODRIGUES, J. N. *et al.* **50 Gurus da Gestão para o século XXI**. Lisboa: Centro Atlântico, 2005.
36. RAMOS, M. F. *et al.* Conselhos setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, p. 61-70, 2012. Suplemento 3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000700006>.
37. DIAS, A.L.V. Engajamento cívico e escolaridade: a formação de cidadãos engajados e o papel da escolaridade superior. **I Seminário Internacional de Ciência Política Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre. Set. 2015. Acessado em 10 de setembro de 2021. <<https://www.ufrgs.br/sicp/wp-content/uploads/2015/09/DIAS-Andr%C3%A9.pdf>>

38. SCHLEGEL, R. Educação e comportamento político: os retornos políticos decrescentes da escolarização brasileira recente. **Tese de Doutorado**. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (USP), 2010. Disponível em [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-14102010-105934/publico/2010\\_RogérioSchlegel.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-14102010-105934/publico/2010_RogérioSchlegel.pdf) Acessado em 08 de agosto de 2021.
39. BARBOSA et al, 2015. FÓRUM PERMANENTE DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS DE DIÁLOGOS E PARTICIPAÇÃO POPULAR. **Rev. APS**. 2015 out/dez; 18(4): 554 – 559. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15729/8224>> acessado em 08 de agosto de 2021.
40. ARSHAD, A; NOORDIN, M.F; OTHMAN, R.B. SWOT Analysis of Public Sector Healthcare Knowledge Management Information Systems in Pakistan. **International Journal of Advanced Computer Science and Applications**, Vol. 8, No. 8, 2017. Disponível em: [https://thesai.org/Downloads/Volume8No8/Paper\\_17A\\_Synthesis\\_on\\_SWOT\\_Analysis\\_of\\_Public\\_Sector\\_Healthcare.pdf](https://thesai.org/Downloads/Volume8No8/Paper_17A_Synthesis_on_SWOT_Analysis_of_Public_Sector_Healthcare.pdf). Acesso em: 2018 out. 25.
41. BORDENAVE, J. E. D. O que é Participação? São Paulo: Brasiliense, 1983. (Coleção Primeiros Passos, 95).
42. SÃO PAULO (Cidade). **Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13325-de-08-de-fevereiro-de-2002>. Acesso em: 2018 out. 25.
43. ANDRÉ, N.A; RAMOS, J.V.B; CRUZ, P.J.S.C; VASCONCELOS, A.C.C.P. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. **Saúde em Redes.**; v.7. n.2. 2021. DOI: 10.18310/2446-48132021v7n2.3313g639.
44. SALIBA, N. A. *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-78, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000600007>
45. ALJASIR, B; ALGHAMDI, MS. Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia. **Eastern Mediterranean Health Journal**. v. 16 n.10. 2010 2010

## ANEXOS

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

São Paulo, 05 de maio de 2019.

Ao  
Comitê de Ética de Pesquisa

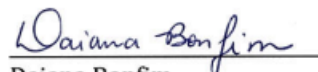
A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a patente pesquisa **"Implantação do Acesso Avançado em Unidades de Saúde da Família : Processos e Resultados"** e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade, respeitando o artigo 1º da Portaria SMS-G de Nº 2427/2013 de 12 de dezembro de 2013 que diz:

*"Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado."*

Fica o pesquisador responsável por encaminhar ao CGP-Desenvolvimento da CRS-SUL, scaneado, o parecer do CEP de SMS.



O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento-Gestão de Pessoas) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente

  
Daiana Bonfim  
Pesquisador

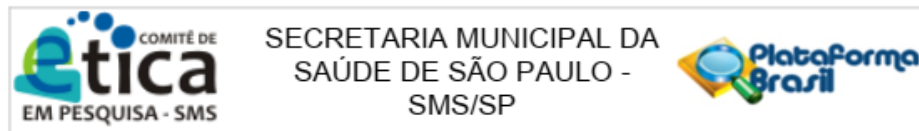
  
Eluiz Elias Bueloni  
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

Fonte: SÃO PAULO, 2019.

	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP									
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>										
Elaborado pela Instituição Coparticipante										
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>										
<b>Título da Pesquisa:</b> IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROCESSOS E RESULTADOS										
<b>Pesquisador:</b> Lislaine Aparecida Fracolli										
<b>Área Temática:</b>										
<b>Versão:</b> 2										
<b>CAAE:</b> 10477319.1.3001.0086										
<b>Instituição Proponente:</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE										
<b>Patrocinador Principal:</b> CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO										
<b>DADOS DO PARECER</b>										
<b>Número do Parecer:</b> 3.453.098										
<b>Apresentação do Projeto:</b>										
<p>A proposição desta pesquisa que tem como finalidade apoiar e promover a implementação da estratégia de Acesso Avançado em uma região de São Paulo/SP, no contexto de um sistema universal de saúde. Além disso pretende-se aplicar e aprimorar os referenciais metodológicos das pesquisas de implementação, construindo consensos teóricos, indicadores de "medida" dos resultados e abrindo caminhos para estudos de eficácia comparativa das estratégias de implementação. Deste modo, considerando que com a análise dos processos de trabalho, em realidades concretas, pode-se apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudança da realidade, bem como a importância de evidências de um primeiro contato bem-sucedido para apoiar e fortalecer como uma característica chave da APS, este projeto se propõe, no contexto de um sistema universal de saúde, com modelo de Estratégia de Saúde de Família, a responder as seguintes perguntas de pesquisa:</p> <p>Quais são os potenciais e limites de implantação do Acesso Avançado em UBS e ESF na região do Campo Limpo ?</p> <p>Como monitorar e avaliar o processo de implementação do Acesso Avançado nas UBS e ESF da região do Campo Limpo, através da pesquisa de implementação?</p> <p>Quais são os obstáculos para implementação do Acesso Avançado nas IBS da supervisão Campo Limpo?</p> <p>Quais efeitos/resultados não pretendidos apareceram nas diferentes UBS quando da aplicação do</p>										
<table border="1"> <tr> <td><b>Endereço:</b> Rua General Jardim, 36 - 8º andar</td> <td><b>CEP:</b> 01.223-010</td> </tr> <tr> <td><b>Bairro:</b> Vila Buarque</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>UF:</b> SP</td> <td><b>Município:</b> SAO PAULO</td> </tr> <tr> <td><b>Telefone:</b> (11)3397-2464</td> <td><b>E-mail:</b> smscep@gmail.com</td> </tr> </table>			<b>Endereço:</b> Rua General Jardim, 36 - 8º andar	<b>CEP:</b> 01.223-010	<b>Bairro:</b> Vila Buarque		<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO PAULO	<b>Telefone:</b> (11)3397-2464	<b>E-mail:</b> smscep@gmail.com
<b>Endereço:</b> Rua General Jardim, 36 - 8º andar	<b>CEP:</b> 01.223-010									
<b>Bairro:</b> Vila Buarque										
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO PAULO									
<b>Telefone:</b> (11)3397-2464	<b>E-mail:</b> smscep@gmail.com									

Página 01 de 04

FIGURA 4 – Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Continuação 1)  
Fonte: SÃO PAULO, 2019.



Continuação do Parecer: 3.453.098

**Acesso Avançado nas mesmas?**

Quais os tipos de adaptações ao programa serão realizadas pelos implementadores nas diferentes UBS ?

A estratégia de Acesso avançado é sustentado pela organização?

Os usuários participaram e ainda participam das mudanças? Existem resultados individuais e impactos na saúde pública e/ou na região.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Compreender o processo de implementação da estratégia do Acesso Avançado nas Unidades de Saúde;
- Analisar o processo de trabalho na realidade concreta da região do Campo Limpo;
- Aprender as contradições e as dinâmicas da prática que contribuíram para a mudança da realidade de acesso nas mesmas;
- Buscar evidências sobre a importância de primeiro contato bem sucedido para o fortalecimento dos indicadores de saúde da região;
- Analisar os Indicadores de qualidade do acesso avançado;
- Analisar as percepções dos usuários sobre as mudanças implantadas

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

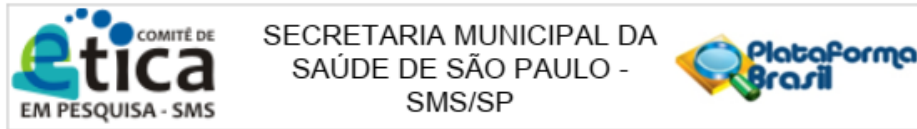
Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: Vila Buarque	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2484	E-mail: smscep@gmail.com

FIGURA 5 – Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Continuação 2)  
Fonte: SÃO PAULO, 2019.



Continuação do Parecer: 3.453.098

autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

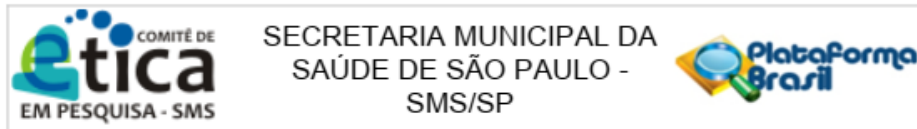
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1378844.pdf	12/07/2019 22:25:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_revisado1.docx	12/07/2019 22:24:46	Lislaine Aparecida Fraccolli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_trabalhador_revisado1.docx	12/07/2019 22:24:19	Lislaine Aparecida Fraccolli	Aceito
Outros	Respostas_pendencias_apontadas_parecer_CEPSMS.docx	12/07/2019 22:23:54	Lislaine Aparecida Fraccolli	Aceito
Outros	autorizacao_coordenacao_saude.pdf	05/07/2019 23:29:58	Lislaine Aparecida Fraccolli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_revisado.docx	08/05/2019 16:42:16	Lislaine Aparecida Fraccolli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_trabalhador_revisado.docx	08/05/2019 16:41:57	Lislaine Aparecida Fraccolli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_acesso_avancado.pdf	21/03/2019 15:18:06	Lislaine Aparecida Fraccolli	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
 Bairro: Vila Buarque CEP: 01.223-010  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)3397-2484 E-mail: smscep@gmail.com

Página 03 de 04

FIGURA 6 – Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Continuação 3)  
 Fonte: SÃO PAULO, 2019.





Continuação do Parecer: 3.453.098

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 13 de Julho de 2019

---

**Assinado por:**

**SIMONE MONGELLI DE FANTINI**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
Bairro: Vila Buarque CEP: 01.223-010  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

FIGURA 7 – Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Continuação 4)  
Fonte: SÃO PAULO, 2019.

**APÊNDICES****APÊNDICE A – Caracterização dos Participantes e Roteiro da Entrevista**

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nomes dos entrevistadores: \_\_\_\_\_

Nome(s) do(s) entrevistado(s): \_\_\_\_\_

Idade do Profissional: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_ graduação/ pós-graduação: \_\_\_\_\_

Quanto tempo tem de formação? \_\_\_\_\_ (anos)

Experiência na área de saúde:

Tipo de serviço: \_\_\_\_\_ Anos: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha nesta empresa? \_\_\_\_\_ (anos)

Há quanto tempo atua nesta Unidade? \_\_\_\_\_ (anos)

Experiência em APS: \_\_\_\_\_ Anos

Cargo atual: \_\_\_\_\_

Tempo no cargo atual: \_\_\_\_\_

A UBS:

- Número de equipes: \_\_\_\_\_

- Composição de profissionais: \_\_\_\_\_

- Características do território \_\_\_\_\_

- Horário de funcionamento \_\_\_\_\_

- Modelo de funcionamento: \_\_\_\_\_

**ROTEIRO DA ENTREVISTA<sup>1</sup>**

1. O que é APS para você?
  2. O que é acesso na APS?
  3. O que você pensa sobre o Acesso Avançado?
  4. Como está organizado o acesso na sua UBS?
  5. Como você avalia a forma como ele está organizado hoje?
  6. Nesta nova forma de organização, como ocorre o monitoramento da atenção junto aos grupos prioritários (gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos)?
  7. O que te motivou a fazer a mudança do acesso? Por que mudar o modelo de organização do acesso?
  8. Quais resultados você esperava e espera com este processo?
  9. Como ocorreu esse processo de organização? Me conte o passo a passo, incluindo datas...
  10. Você participou de algum processo formativo (curso, oficina, discussões) para realização do processo de mudança do acesso? Quem ofereceu (supervisão, coordenação, Einstein)?
  11. Quais eram as suas expectativas no início do processo?
  12. Quais foram os desafios nesse processo de organização?
  13. Quais foram as facilidades?
  14. Quais foram as peças-chave para isso acontecer?
  15. Quais foram as resistências encontradas?
  16. Quais foram as negociações necessárias para a mudança de organização do acesso acontecer?
  17. Quais recursos/tecnologias você utilizou como suporte no processo de mudança do acesso?
-

18. Qual foi a reação dos médicos o processo de mudança?
19. Qual foi a reação dos enfermeiros no processo de mudança?
20. Qual foi a reação dos profissionais do NASF no processo de mudança?
21. Qual foi a reação dos profissionais de Odontologia no processo de mudança?
22. Qual foi a reação dos auxiliares de enfermagem no processo de mudança?
23. Qual foi a reação dos agentes comunitários de saúde no processo de mudança?
24. Qual foi a reação dos assistentes técnicos administrativos no processo de mudança?
25. Como foi a participação e reação a população?
26. Quais foram os aprendizados do processo?
27. Se você pudesse dar um conselho para quem irá iniciar agora a mudança da organização do acesso, o que você falaria?
28. O que mudou no modo de liderar no trabalho da “coordenadora/apoio/enfermeiro sênior” de antes do processo para agora?
29. Quais são os novos desafios após a implantação?

## **APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para o profissional**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “O papel da liderança na implementação do Acesso Avançado em Unidades Básicas de Saúde”.

O objetivo deste estudo é conhecer qual a percepção dos gestores das unidades de ESF sobre a implementação do Acesso Avançado nas unidades que gerenciam.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Sua identidade será preservada e mantida em sigilo. Os resultados serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso do Mestrado Profissional de Atenção Primária à Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A orientadora professora doutora Lislaine Aparecida Fracolli certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Elaine Ribeiro do Amaral nos telefones: (11) 974599462 ou (11) 970450460; ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César – São Paulo, SP, CEP – 05403-000, telefone (11) 30618858, e-mail: cepee@usp.br; ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sito à Rua General Jardim, 36 – 8º andar, Vila Albuquerque – São Paulo, SP, CEP: 01223-010, telefone (11) 33972464/2465, e-mail: smscep@gmail.com.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelas pesquisadoras e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Nome

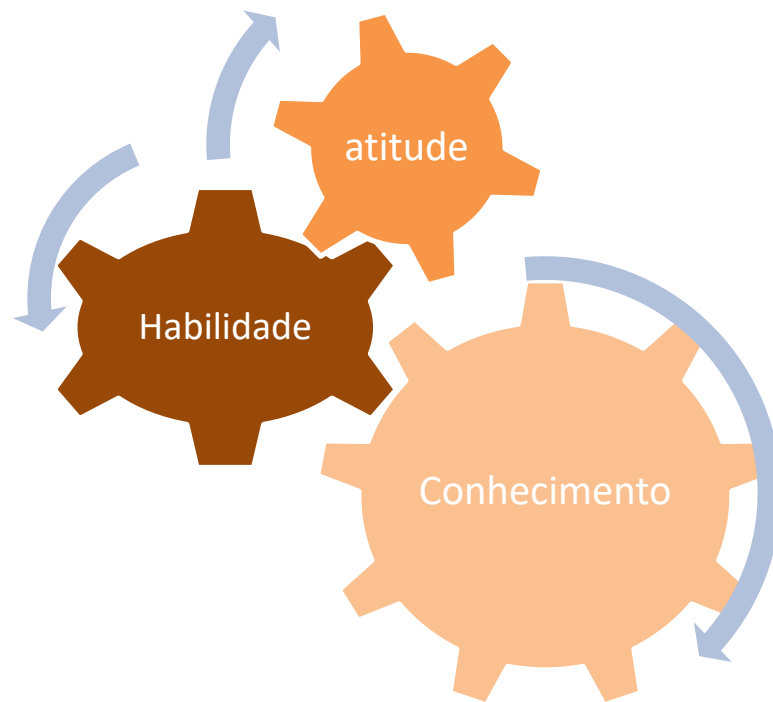
---

Assinatura do Participante

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Data

## APÊNDICE C – Produto da dissertação



## Oficinas

### Conselheiros Gestores e suas atribuições



Apresentação: Esta oficina é produto da dissertação  
**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA IMPLANTAÇÃO DO ACESSO  
 AVANÇADO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**



## **Elaine Ribeiro do Amaral**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS (Sistema Único de Saúde) MPAPS da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP como requisito ao Exame de Qualificação.

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lislaine Aparecida Fracoli

Objetivo: Empoderar os conselheiros das suas atribuições por meio das experiências do território.

## **INTRODUÇÃO**

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social - e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças (BRASIL-2007).

Os conselhos de saúde são órgãos, colegiados, deliberativos que atuam como espaços na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas de saúde. Composto por representantes do governo, prestadores de serviço e usuários, que atua 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 de governo (Brasil. Ministério da Saúde).

Um dos pontos fundamentais no processo de gestão dos serviços de saúde está relacionado à participação social nas decisões referentes aos serviços ofertados à saúde. Os resultados apresentados na pesquisa apontaram para a falta de conhecimento e propriedade das legislações e atribuições conferidas aos conselheiros.

E a participação voluntária dos conselheiros concorre com as atividades do lar, trazendo o fator tempo como obstáculo para participação.

Com objetivo de fortalecimento dos conselheiros foram criadas modelos oficinas práticas que relacionam as atribuições com as experiências do cotidiano.



Estas oficinas práticas serão realizadas nas reuniões ordinárias como pauta. As pautas são identificadas nas demandas dos conselheiros.

O projeto contém ações educativas, baseado em metodologias ativas, voltadas para o conhecimento, habilidades e atitudes, necessárias para a qualificação dos conselheiros. Sendo utilizada para adultos, uma vez que tem consciência formada, hábitos de vida, convivência. Os objetivos desta prática são: despertar da consciência para a necessidade do conhecimento, partimos do conhecimento da realidade do educando e propondo as bases de conhecimento para melhorar a atuação do conselheiro, um recurso extremamente importante para o território.

Será utilizado o princípio da andragogia, são práticas de problematização, que proporcionam ação de reflexão dos participantes.

**Público Alvo:** conselheiros segmento Gestor usuários.

O coordenador da reunião será o responsável em desenvolver a atividade.

Espaço: reuniões ordinárias de acordo com calendário estabelecido pelo conselho

Duração: 40 minutos.

- **Lei Municipal 13.325/2002** -confere ao conselheiro planejar, avaliar, fiscalizar e controlar a execução das políticas avaliar e das ações de saúde. Oficina 1-Lei municipal 13.325/2002.
- A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural(2)



**Atividade:** Com base no caso apresentado , quais ações seriam planejadas e como aconteceria a Avaliação do caso ?

**Sugestão:** utilizar casos propostos ou situações do território apresentados pelos conselheiros em reuniões mensais dos conselhos locais.

Caso 1: apresentado pela conselheira Francisca na reunião ordinária da UBS Esperança.

Dna Ruth, idosa com 82 anos, tem pressão alta e diabetes. Mora com a filha, única fonte de renda no domicílio, e cuida de duas netas uma com 9 anos e a outra com 16 anos que está grávida .

Dna Ruth está sem medicamento, há dez dias abriu um ferida que só vem aumentando e sua neta com quatro meses de gravidez não passou em consulta. Vieram até a unidade na esperança de conseguir uma vaga, na recepção foram informadas que as agendas estavam lotadas.

A filha trabalha como doméstica e com a pandemia COVID não tem conseguido casas para trabalhar e estão sem comida em casa.

Realizar a problematização das situações

Elaborar um plano de ação em conjunto com os conselheiros

Após a finalização realizar reflexão associando com a atribuição do conselheiro.

Plano de ações 5W2H							
Número de Ações	O que	Por que	Como	Quem	Onde	Quando	Quanto Custa
Ação 1							
Ação 2							
Ação 3							
Ação 4							
Ação 1							
Ação 2							
Ação 3							
Ação 4							
Ação 1							
Ação 2							
Ação 3							
Ação 4							



#### Atributos da atenção Primária

- Acesso
  - Primeiro contato
  - Longitudinalidade
  - Coordenação
- Orientação Familiar e comunitária  
Competencia cultural

1-De acordo com o caso apresentado exemplifique as ações que demonstram fiscalização, controle e ações do conselho.

2- Quais atributos da APS pode se reconhecer no caso ?

#### Oficina 3-Políticas Públicas de saúde

- Conhecendo as políticas públicas
- Apresentar informações do território referente a política apresentada

1.No caso apresentado quais as são as políticas de saúde envolvidas?

## REFERÊNCIAS

SÃO PAULO (Cidade). **Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13325-de-08-de-fevereiro-de-2002>. Acesso em: 2018 out. 25.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.