



Saúde



Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Kalyane Cristine Ferreira Gonçalves França


**Compartilhamento de saberes e práticas para o fortalecimento do
controle social na Atenção Primária à Saúde**

Rio de Janeiro

2026

Kalyane Cristine Ferreira Gonçalves França

**Compartilhamento de saberes e práticas para o fortalecimento do controle social
na Atenção Primária à Saúde**



Trabalho apresentado como requisito para
obtenção do título de Pós-Graduação em
Enfermagem de Família e Comunidade da
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de
Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Alex Simões de Mello

Rio de Janeiro

2026

DEDICATÓRIA

Aos usuários e Agentes Comunitários de Saúde,
que cruzei no trajeto dessa pesquisa e que foram presença mesmo nos vazios,
agradeço pela escuta partilhada, confiança construída e misturas produzidas;
Nada do que foi construído aqui existiria sem as histórias que se entrelaçam à
minha e me fazem crescer e seguir.

AGRADECIMENTOS

A minha espiritualidade, guia durante todo esse processo, agradeço pelos caminhos redescobertos e de (re)encamentos com esse mundo.

A minha querida mãe, Claudia Regina, por ser terreno fértil de cuidado e incentivo nos mais variados ensaios meus com essa vida. Mais uma vez, conquistamos essa travessia juntas!

A minhas irmãs, que sempre me proporcionaram apoio e afeto sem medidas.

A minha avó, que durante a intensa jornada de residência, me salvava com conversa e temperos de amor.

Ao meu antigo companheiro e ainda grande incentivador, Felipe, que costurou parte dessa fantasia possível de formação junto a mim.

A minha linda e potente companheira atual, Giulyana, que tece a caminhada da enfermagem e de sonhos comigo com tons de criticidade, amorosidade e partilha.

A minha equipe linda, Dona Olímpia, que me abraçou e me alinhou enfermeira.

Aos meus colegas de trabalho que se frutificaram em grandes amizades para a vida, Nayara, Daniel, Lohana, Juliana, Natália, João e Raquel. Com vocês, foi possível conter a avalanche dos dias intensos do cuidado.

A minha gerente, Priscilla Marmello, que confiou na minha implicação e compartilhou inéditos viáveis para o fortalecimento do controle social no colegiado gestor da unidade.

Aos usuários ativos e compromissados com a participação popular, que se envolveram e dividiram suas pílulas de saberes, in-mundizando este trabalho.

Ao meu querido orientador, Alex Mello, que mais uma vez, adentrou em minha trilha profissional e pessoal, com grandes contribuições e generosidade.

A Ana Abrahão, que provocou – mesmo sem saber – pororoca em mim, durante a minha primeira COREMU e que, agora, ao aceitar fazer parte da minha banca segue enriquecendo com a minha formação.

As minhas amigas, Isabela, Samara, Jasmynne e Larissa, que mesmo à distância, ajudaram a sustentar essa conquista com leveza e bons momentos.

E a todos aqueles que, ponto a ponto, coseram essa grande colcha de retalhos!

RESUMO

FRANÇA, K.C.F.G **Compartilhamento de saberes e práticas para o fortalecimento do controle social na Atenção Primária à Saúde**. 2026. 93 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade) – PREFC, Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2026.

O presente trata do compartilhamento de saberes e práticas para o fortalecimento do controle social na Atenção Primária à Saúde, considerando os princípios políticos e metodológicos da Educação Popular em Saúde. Tem como objetivo construir estratégias participativas a partir da percepção de lideranças comunitárias do território adscrito à Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga – CAP 5.1, visando o fortalecimento do controle social na Atenção Primária à Saúde, por meio do colegiado gestor. Para isso, buscou-se responder: Qual a percepção de lideranças comunitárias do território adscrito à unidade de saúde da família sobre a construção do controle social para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no SUS? Como metodologia, propôs-se uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, estruturada em uma abordagem participativa, utilizando como cenário a Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga (CFAPA), situada na Área Programática 5.1, do município do Rio de Janeiro. O público alvo contou com lideranças comunitárias, como ACS e usuários, que constituíssem o espaço do colegiado gestor, sendo eleitos a partir dos critérios de inclusão do estudo e respeitados a partir do tratamento ético. A produção de dados aconteceu no período entre setembro e novembro de 2025, a partir da observação participante e oficinas sistematizadas por roteiros, sendo dividido em três grandes momentos: 1) A observação participante, ocorrida de maneira transversal, por todo o tempo da produção dos dados, com registros em diário de campo; 2) *Brainstorming* (“chuva de ideias”), dado por uma oficina extraordinária, intitulada de “Sensibilização”, que iniciou com uma pergunta pilar e abrangente; e outras três oficinas conduzidas por 3) Rodas de conversas, ampliando a discussão inicial, a partir de novas questões disparadoras e fomentando o diálogo coletivo. A sistematização dos dados ocorreu no contexto das próprias oficinas, por meio da organização de cartazes com os participantes. Essa etapa final auxiliou na consolidação e, também, na validação dos dados por todos os envolvidos. O banco de informações gerado, a partir desses encontros, foi tratado e submetido a análise temática, onde surgiram duas categorias finais: Saberes e práticas compartilhadas na construção do controle social; e Potências e dificuldade na implementação do conselho local de saúde. Ao final, notou-se que o controle social, anteriormente, era um conceito pouco explorado e conhecido. Com o avançar das oficinas, o termo foi tecido enquanto fonte de valores pessoais e relacionais, condutores de ações concretas, a partir do uso de ferramentas específicas, onde atores têm sido desafiados no enfrentamento de barreiras, sendo primordial compreendê-los para fortalecer base do colegiado gestor. Assim, dispor de diálogo, amor, escuta, troca, compartilhamento de conhecimento – fundamentos citados enquanto valores pessoais e relacionais – é propor como caminho, mesmo que sem intenção, os princípios da Educação Popular em Saúde, para o avançar de um controle social mais coletivo e transformador.

Palavras-chave: Educação Popular; Participação da comunidade; Conselhos de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Divisão das Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro	25
Quadro 1 –	Distribuição e organização dos serviços de saúde de atenção primária no território por níveis de atenção correspondente à AP 5.1	26
Tabela 1 –	Perfil dos participantes das oficinas	35
Tabela 2 –	Frequência dos participantes durante as oficinas	35
Quadro 2 –	Sistematização por coloração dos temas emergentes	41
Quadro 3 –	Síntese das categorias	42
Figura 2 –	Infográfico sobre o Controle Social: saberes, práticas e implementação	43
Figura 3 –	Registro do prêmio na 1ª Mostra de Experiências da AP 5.1	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CFAPA	Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga
CMS	Centros Municipais de Saúde
CnaR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
PTT	Produto Técnico Tecnológico
RA	Regiões Administrativas
RAG	Relatório Anual de Gestão
RT	Responsável Técnica
SMSRJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
1.1	O controle social e sua interface com o SUS e a APS	16
1.2	A importância dos movimentos sociais	19
1.3	O papel da Educação Popular em Saúde	20
2	METODOLOGIA	23
2.1	Cenário de Pesquisa	24
2.2	Participantes da pesquisa	29
2.3	Produção dos dados	30
2.4	Tratamento e Análise dos resultados	35
2.5	Tratamento Ético	37
3	RESULTADOS	40
4	DISCUSSÃO	44
4.1	Saberes e práticas compartilhadas na construção do controle social	44
4.2	Potências e dificuldade na implementação do conselho local de saúde	49
4.3	Cogestão na Atenção Primária à Saúde: enfrentando desafios no fortalecimento do controle social	59
5	CONCLUSÃO	67
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A – Roteiro de diário de campo	81
	APÊNDICE B – Roteiro das oficinas	82
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83
	APÊNDICE D – Termo de Anuência Institucional	86
	APÊNDICE E – Declaração Negativa de Custo	87

APÊNDICE F – Regimento Interno do Colegiado Gestor da Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga	88
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da SMSRJ	93

INTRODUÇÃO

Conhecido, popularmente, por SUS, o Sistema Único de Saúde tem seu nascimento assegurado, constitucionalmente, a partir da Carta Magna de 1988. Com a premissa legislativa de que a saúde seria, portanto, um direito de todos e dever do Estado, nasce em 1990, o SUS, pela lei orgânica da saúde conhecida como lei 8080/90 (Brasil, 1988, 1990a).

Esta é responsável por estabelecer as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como também organizar o funcionamento dos serviços públicos deste setor no país, alinhando os princípios e diretrizes, atribuições, organização, gerenciamento e o financiamento das práticas que norteiam sistema público de saúde brasileiro (Brasil, 1990a).

Tais práticas são guiadas pelo pilar dos princípios fundamentais, os quais devem constituir a essência de toda prática assistencial, baseando-se, assim, na equidade, universalidade e integralidade. Soma-se a isso ainda, os princípios organizativos, alinhados pela descentralização, regionalização e hierarquização e a participação popular, responsáveis por assegurar que a prestação dos serviços de saúde seja de forma organizada, capilarizada, integrada e participativa (Brasil, 1990a; s.d.)

Toda a formação física e ideológica do SUS, só foi possível por esse robusto e potente princípio organizativo: a participação popular. Pensar o SUS de hoje, logo, requer resgatar a trajetória dos movimentos sociais e populares que, ao longo do duro, longo e violento período da ditadura militar brasileira (1964-1985), protagonizaram formas de insatisfação ao regime autoritário, sendo fundamental para a formulação de ideias e práticas voltadas à transformação social (Faleiros *et al.*, 2006; Paim, 2008b).

Elaborados como forma de resistência durante o momento antidemocrático, os movimentos sociais se apoiaram e travaram lutas, manifestações e ocupações como forma de resistir e mudar o cenário político e social brasileiro à época. Assim, apesar do contexto autoritário e repressivo, grupos importantes, como movimentos feministas, negros, estudantis, operários e sindicatos e, principalmente, o movimento da Reforma Sanitária, fortaleceram as pressões por mudanças na conjuntura política, social e de saúde, possibilitando, mais tarde, transformações concretas (Paim, 2008a; Paim, 2008b; Souza, 2018; Santos, 2022).

Para Paim (2008a) a Reforma Sanitária Brasileira, constituiu-se em uma reforma às vistas de um fenômeno social e histórico. Responsável por defender um sistema público de saúde, acessível a todos, baseado na equidade e integralidade, o movimento sanitário reuniu profissionais da saúde, acadêmicos e militantes sociais para pressionar por mudanças estruturais, de forma a superar velhos problemas, tal como a tradicional duplicidade que envolvia a separação do sistema entre saúde pública e previdenciária, fato que acentuava as desigualdades sociais em saúde no país (Paiva; Teixeira, 2014).

Nesse sentido, embora o movimento sanitário não tenha alcançado plenamente a reforma desejada, capaz de transformar tanto a saúde quanto a sociedade, ele teve um papel fundamental na disseminação da ideia de saúde como um direito de cidadania e na promoção da reforma democrática do Estado, bem como na validação prática dos efeitos da mobilização social e coletiva (Paim, 2008a).

Assim, entende-se que o Sistema Único de Saúde foi, historicamente, construído por um processo de demanda popular e social, germinado em solo brasileiro após um reflexo da participação ostensiva e movimentação das diferentes camadas populares e sociais, sob a influências dos movimentos sociais e sanitários, culminando, de fato, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (Paim, 2008a; Vicente, 2019; Chagas; Torres, 2022).

Esta resultou na outorga que hoje se conhece, sendo a saúde um dever do Estado e um direito social, bem como repensou a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, o financiamento setorial e a necessidade da participação popular através de representatividades políticas no planejamento, gestão e avaliação do sistema, apontando, desse modo, para uma crise sanitária, social e popular que se instaurava (Vicente, 2019; Chagas; Torres, 2022).

Diante desse quadro, fica evidente, a necessidade de garantia da participação popular enquanto diretriz organizativa do SUS, uma vez que este emergiu pelo protagonismo e anseio das camadas sociais.

Como forma de assegurar e executar essa diretriz, nasce a lei 8142/90, incumbida de regulamentar a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e estabelece normas para as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e define outras diretrizes (Brasil, 1990b).

Nesse sentido, o controle social se institui por meio de espaços fundamentais da democracia participativa, como os Conselhos e as Conferências de Saúde. Essas instâncias, previstas constitucionalmente, garantem a paridade entre os usuários e os

demais segmentos – gestores, prestadores de serviços e profissionais de saúde – assegurando o equilíbrio nas decisões. As Conferências têm como objetivo central dar voz às demandas sociais e de saúde da população, definindo princípios e diretrizes que orientam a formulação das políticas, reunindo-se a cada quatro anos. Já os Conselhos de Saúde têm o caráter permanente e atua na consolidação dessas deliberações, contribuindo para o fortalecimento das políticas de saúde e estabelecendo estratégias de fiscalização, avaliação e controle da sua execução (Brasil, 1990b; Faleiros *et al.*, 2006; Oliveira; Almeida, 2009; Silva; Lima, 2021).

Além dos espaços de participação existentes nos níveis federal, estadual e municipal, a Atenção Primária à Saúde (APS) conta com os colegiados gestores, que se configuram como instâncias locais de debate e deliberação entre gestores, profissionais e usuários. Inseridos no modelo de gestão participativa, esses espaços promovem o compartilhamento do poder e a construção coletiva de decisões, contribuindo para a gestão democrática dos serviços. Por meio da análise, pactuação e avaliação conjunta de propostas, diretrizes e ações, os colegiados fortalecem o trabalho em equipe e qualificam o cuidado prestado à população (Brasil, 1990b; Oliveira; Almeida, 2009; Brasil, 2010).

Vale ressaltar que, neste trabalho, o conceito de “controle social” será abordado como a participação ativa da população na construção, no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas, com base na garantia de uma sociedade mais envolvida e democrática (Sposati; Lobo, 1992). Essa concepção se distancia da abordagem utilizada no campo da segurança pública, em que o controle social se refere à vigilância e à regulação do comportamento social pelo Estado (Campos; Silva, 2018).

Para Faleiros *et al.* (2006) o controle social, no campo da saúde, é uma forma de dar voz à população, tornando o Estado mais transparente e próximo das reais necessidades das pessoas. Ao criar espaços de diálogo, escuta e construção coletiva, onde a sociedade pode incluir suas demandas, questionar desigualdades e ajudar a construir políticas mais justas. Mais do que uma instância formal, é um espaço vivo de participação comunitária, onde as camadas sociais atuam como protagonista e fortalecem a democracia nos territórios.

Contudo, apesar de ser um espaço de discussão coletiva e compartilhada, na maioria das unidades, o colegiado gestor discute, principalmente, questões do dia a dia, como escalas, substituições, faltas, horários e conflitos interpessoais. Essas demandas, portanto, acabam sendo temas recorrentes e, conseqüentemente, maçantes durante as reuniões, transferindo, ainda para segundo plano as demandas populares e territoriais, fragilizando

a cogestão (Cecilio, 2010) e refletindo apenas os interesses de uma minoria (Raichelis, 2006).

Somado a isso, segundo Cecilio (2010), muitos trabalhadores afirmam desconhecer o espaço e as pautas abordadas nas reuniões do colegiado de gestão. Tal situação culmina no esvaziamento desses ambientes (Castro; Freitas, 2023) e na forma de se produzir o controle social pelo eixo paritário e assegurado dos usuários. Assim, mesmo com várias estratégias para melhorar a comunicação com os trabalhadores, como informes de reuniões, uso de painéis e disponibilização de atas, a representatividade e a comunicação do colegiado com a população adscrita ainda é uma problemática não resolvida.

Não tão distante, destaca-se a desinformação. O desconhecimento popular acerca da lei nº 8.142/90, que fundamenta a participação social, no entanto, não é um projeto ingênuo. Atuando enquanto mecanismo de controle, a desinformação auxilia na manutenção da concentração de poder e amplia as desigualdades sociais, prejudicando a ocupação de espaços importantes como o colegiado gestor. Nessa lógica, não gerar conhecimento sobre esses ambientes de participação e mudança, é também um projeto político, tendo em vista que valida a prática central e autoritária da verticalização do cuidado e gestão, afastando cada vez mais a camada social da gestão participativa e da corresponsabilização assistencial e gerencial do processo saúde-doença (Brasil, 1990b; Gomes; Orfão, 2021).

Para Vazquez *et al.* (2005, p.153)

A informação é fundamental para o conhecimento dos mecanismos como opção para a atuação junto aos serviços. Isto implica proporcionar um conjunto de ações que requerem a divulgação destes mecanismos [...] que reforçaram o conhecimento e a confiança neste mecanismo.

Nesse sentido, portanto, a falta de autonomia do colegiado gestor, devido às regras rígidas sobre suas decisões e temas é apontada como motivo para o desinteresse dos trabalhadores e a baixa participação, colocando em xeque a garantia legislativa do processo de cogestão e corresponsabilização do cuidado enquanto instrumento de controle social (Cecilio, 2010).

Dessarte, com o objetivo de viabilizar o controle social, a Educação Popular em Saúde (EPS) se faz presente. Dessa maneira, ao reformular a visão e conhecimento acerca do controle social, espera-se, assim, fortalecer uma aproximação cívica e coletiva, garantindo a participação das diferentes camadas no fortalecimento de um SUS mais plural e democrático (Brasil, 2013; Alves *et al.*, 2020)

Pensando na problemática da redução do controle social como reflexo das fragilidades no compartilhamento de saberes e práticas na implementação do conselho gestor, este estudo tem como objeto de pesquisa o compartilhamento de saberes e práticas entre lideranças comunitárias do território adscrito e trabalhadores da Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga – CAP 5.1, da cidade do Rio de Janeiro, na construção do controle social, por meio do conselho gestor local.

Justificativa

A justificativa deste trabalho fundamenta-se no envolvimento da autora com os princípios da Educação Popular em Saúde, bem como em seu compromisso militante com a defesa da participação social e democrática no SUS, que ganhou vulto no período da sua formação acadêmica, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Essa vivência é intensificada por sua atuação, enquanto residente no Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC), no contexto da APS do Rio de Janeiro, a partir da experiência concreta de participação nos espaços do colegiado gestor ao longo de sua formação.

Adicionalmente, este estudo justifica-se pela necessidade de fortalecimento do controle social no SUS — princípio consagrado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis orgânicas de saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (Brasil, 1988; 1990a; 1990b). Apesar da previsão legal, a efetivação da participação popular ainda representa um desafio na realidade dos serviços de saúde, uma vez que enfrenta limitações como a baixa adesão da comunidade, o desconhecimento sobre os espaços deliberativos e a fragilidade dos colegiados gestores enquanto instâncias de gestão democrática e compartilhada (Pedrosa, 2008; Cecilio, 2010; Brasil, 2013).

Diante desse cenário, é essencial ampliar o debate sobre a participação popular nos territórios da APS, onde a relação próxima entre usuários e profissionais favorece a escuta qualificada e a corresponsabilização no cuidado, especialmente nos espaços formais de deliberação, como os colegiados gestores. A construção coletiva de estratégias que promovam o protagonismo comunitário nesses espaços contribui para ações mais alinhadas às necessidades do território, ampliando a resolutividade da APS (Pedrosa, 2008; Assis *et al.*, 2015; Oliveira; Almeida, 2009). Assim, reafirma-se a participação social como eixo estruturante para a transformação dos serviços públicos de saúde e a

consolidação do SUS, enquanto sistema democrático, resolutivo e orientado pelas reais necessidades da população.

Estudar o fortalecimento do controle social na APS é importante por contribuir diretamente para a qualificação do cuidado e a melhoria das condições de saúde da população. Ao incluir a participação ativa dos usuários nos processos decisórios, amplia-se a escuta das necessidades reais do território, promovendo ações mais eficazes e resolutivas. Essa abordagem fortalece os vínculos entre serviço e comunidade, estimula a corresponsabilização no cuidado e favorece a construção de práticas mais alinhadas à realidade local, com impactos positivos na promoção da saúde e na qualidade de vida dos usuários do SUS.

Espera-se, assim, como contribuição deste estudo, o fortalecimento do controle social na APS por meio da construção coletiva de estratégias participativas, baseadas na escuta das percepções de lideranças comunitárias do território adscrito. Ao valorizar os saberes populares e promover o protagonismo da comunidade, se almeja estimular a autonomia dos usuários do SUS, fortalecer vínculos com os serviços de saúde e fomentar a participação nos espaços de gestão, como o colegiado gestor, no esforço de qualificar o processo de trabalho em saúde e favorecer práticas de saúde mais resolutivas, dialógicas e corresponsáveis.

Além disso, a pesquisa oferece relevância para o campo da Enfermagem em Saúde da Família e da Educação Popular em Saúde, ao afirmar o papel do enfermeiro como agente articulador de saberes, mediador de processos educativos e promotor de transformações sociais. Assim, este estudo propõe-se a colaborar com a construção de um SUS mais democrático, emancipador e comprometido com o bem viver coletivo.

Diante disso, construiu-se a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de lideranças comunitárias do território adscrito à unidade de saúde da família sobre a construção do controle social para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no SUS? E, de modo a estruturar o percurso deste estudo e fundamentar os questionamentos levantados, designou-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Construir estratégias participativas a partir da percepção de lideranças comunitárias do território adscrito à Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga – CAP 5.1, visando o fortalecimento do controle social na Atenção Primária à Saúde por meio do colegiado gestor

Objetivos específicos:

- Identificar os saberes e práticas de lideranças comunitárias sobre o controle social no território adscrito
- Conhecer as potencialidades e dificuldades para a cogestão em saúde no fortalecimento da atenção primária
- Discutir como o compartilhamento de saberes e práticas pode contribuir para a implementação do controle social na atenção primária

Importante ressaltar que as lideranças comunitárias trazidas e levantadas por esse trabalho são aquelas reconhecidas socialmente pelos próprios moradores do território adscrito à Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga – CAP 5.1. Incluem-se pessoas que atuam como referências em seu entorno por sua participação ativa em espaços coletivos, como o colegiado gestor, conselhos de saúde, associações de moradores, coletivos populares, movimentos sociais e que se articulam com o território, ao qual se encaixam também os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Essas lideranças desempenham papel fundamental na mediação entre a comunidade e os serviços públicos, na mobilização social, na defesa de direitos e na sustentação de práticas de cuidado baseadas na escuta e no saber popular. Sua escuta é essencial para compreender as potências e os desafios do controle social no contexto da Atenção Primária à Saúde, especialmente sob a ótica da Educação Popular em Saúde (Duarte; Silva; Cardoso, 2007).

1. REFERENCIAL TEMÁTICO

A pesquisa está organizada em torno de três eixos interligados, que fundamentam a análise e compreensão do processo de fortalecimento do controle social no âmbito da APS: controle social, movimentos sociais e Educação Popular em Saúde.

1.1 O controle social e sua interface com o SUS e a APS

Legitimada pela lei 8.142 de 1990, a participação popular se desenha por meio de espaços de formulação e deliberação na política pública de saúde. Dentre esses cenários, avista-se as Conferências e Conselhos de Saúde no âmbito mais macro do Sistema Único de Saúde, os quais possibilitaram o exercício dos direitos sociais ante um controle social (Brasil, 1990b).

Esta que é norteadada pelo conceito do “controle social” cujas raízes se encontram nas ciências sociais. Assim, o controle social relaciona-se ao modo de regulação na construção de políticas de saúde voltadas aos interesses da população, apresentando-se como a participação ativa da população na criação, execução e acompanhamento de políticas e programas (Sposati; Lobo, 1992; Ottobelli; Germani; Piovesan, 2013).

Nesse contexto, o controle social atua como peça central na formação do espaço público, apresentando-se como uma estratégia para fortalecer uma democracia mais justa e representativa, uma vez que cria caminhos para que a população se organize e participe das decisões governamentais, de forma paritária e dialógica, contribuindo para a transformação das condições de vida comunitárias (Ottobelli; Germani; Piovesan, 2013). Por isso, no âmbito da saúde, o controle social é fundamental para garantir a participação da comunidade nas discussões e decisões relacionadas às políticas públicas do SUS (Souza *et al.*, 2021).

Assim, o controle social, como a participação social, ganha vida nos espaços coletivos, onde a população, profissionais e gestores podem se reunir, dialogar e extrair decisões em conjunto, tal como acontece no cenário do SUS, com as Conferências e Conselhos de Saúde que ocorrem desde o nível territorial à esfera nacional (Castro; Freitas, 2023). Para Bravo (2009) esses espaços democráticos se configuram em

instâncias abertas para promover deliberações de ações e fiscalizações as políticas públicas de saúde.

Em ambos os cenários de participação, a constituição dos usuários se organiza de forma paritária em relação aos prestadores de serviço e profissionais de saúde, sendo assim, por 50% de usuários, 25% dos trabalhadores de saúde e 25% representação do governo e de prestadores de serviços privados conveniados (Ottobelli; Germani; Piovesan, 2013).

O período para reunir-se e responsabilidade, no entanto, são diferentes. Segundo Brasil (1990b) e Vázquez *et al.* (2005), a Conferência de Saúde deve acontecer a cada quatro anos, a partir da reunião de representantes de diferentes segmentos da sociedade para avaliar a situação da saúde e definir diretrizes que irão nortear a elaboração das políticas públicas. Sua convocação pode ser feita pelo poder executivo ou, em caráter extraordinário, pelo próprio executivo ou pelo Conselho de Saúde.

Diferentemente, os Conselhos de Saúde possuem um caráter permanente e deliberativo e atuam nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal. São responsáveis por formular estratégias e acompanhar a execução das políticas públicas de saúde na instância correspondente, controlando os aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões, construídas de forma coletiva, devem ser homologadas pelo gestor responsável em cada nível de governo (Brasil, 1990b; Ottobelli; Germani; Piovesan, 2011).

Em uma escala menor, se estabelece os conselhos gestores locais. Esses acontecem no nível da APS, fundamentada em uma lógica similar as dos Conselhos de Saúde, mas a nível local. Eles aparecem enquanto dispositivos da Política Nacional de Humanização do Brasil (2010) e tem o intuito de fortalecer o diálogo entre os trabalhadores, a população e a gestão, promovendo uma gestão participativa, colegiada e compartilhada do cuidado, bem como a garantir a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. Assim, devem planejar ações, acompanhar o trabalho da unidade, acolher usuários, propor melhorias e avaliar resultados.

Sua importância nesse nível de atenção é estratégica e essencial, pois vai de encontro, à capilaridade e proximidade com o território em que vivem os usuários, fato que favorece a aproximação entre a população e a equipe de saúde. Essa interação pode proporcionar o aperfeiçoamento social acerca do saber técnico e gerencial, como também na formação de agentes políticos, de modo a melhorar as questões sociais e de saúde, uma

vez que é o ambiente propício para fomentar e fortalecer práticas participativas (Souza *et al.*, 2021).

Percebe-se, portanto, que a APS é um cenário importante para o exercício do controle social, devido sua interação com o território, uma vez favorece a participação ativa da comunidade nas discussões sobre suas necessidades de saúde, ampliando a discussão acerca de seus deveres e direitos e, desse modo, alinhavar pessoas cada vez mais problematizadoras e a luz da transformação social (Souza *et al.*, 2021).

No entanto, são espaços que ainda encontram desafios. A fragilidade deliberativa dos conselhos é atribuída a diversos fatores, como a baixa participação da comunidade, a desinformação dos espaços participativos, a centralização das pautas pelos gestores, a falta de capacitação dos conselheiros, dificuldades em discutir a diversidade de interesses, a hegemonia do saber técnico sobre o saber popular, linguagem mais rebuscada e o uso desses espaços como abordagem de interesses eleitorais (Vazquez, 2005; Cecilio, 2010; Zambon; Ogata, 2013; Magalhaes; Xavier, 2018; Oliveira; Almeida, 2019; Gomes; Orfão, 2021; Souza *et al.*, 2021; Castro; Freitas, 2023). Para Bravo e Correia (2012) esse é o tipo de controle social deficiente, que atende aos interesses das classes dominantes e contribui para a manutenção de seu poder.

Como forma de otimizar os enfrentamentos aos problemas de saúde é preciso melhorar o controle social, envolvendo a população acerca de maior disponibilidade e acesso a informações qualificadas. Ao expandir a informação e fortalecer a formação de conselheiros, incluindo aqueles que conhecem a realidade do território, como lideranças locais, o processo de cogestão em saúde tenderá a ser mais sensível às necessidades locais e terá maior potencial para gerar impactos positivos na saúde da população da região. (Vazquez, 2005; Zambon; Ogata, 2013; Oliveira; Almeida, 2019; Gomes; Orfão, 2021).

Esse processo exige uma transformação no modo como se compreende e se pratica a participação social, gerando uma balança positiva social, ao se considerar o SUS sobre influência de mobilização popular. Sem esse avanço, a participação social se enfraquece, culminando, no desfavorecimento da luta pelos direitos e, conseqüentemente, por melhorias para o SUS. Trata-se, assim, de um processo democrático lento, mas essencial e urgente de ser construído (Oliveira; Almeida, 2019).

1.2 A importância dos movimentos sociais

Construídos de forma coletiva e plural, os movimentos sociais, são responsáveis por desempenhar um papel fundamental nos cenários políticos, em especial, na reorganização vivida pelo Brasil do frente a redemocratização. Sua mobilização, geralmente, é semeada por meio de interesses comuns que podem ser baseados nas injustiças sociais ou negação de direitos. No Brasil, sua atuação teve papel significativo na superação do autoritarismo e na construção de políticas públicas democráticas cruciais, como o Sistema Único de Saúde (Paim, 2008b; Gohn, 2011).

A efervescência política daquele período não se deu de forma isolada, mas foi impulsionada por diferentes frentes organizadas da sociedade civil. Grupos populares, coletivos estudantis, movimentos de mulheres, da população negra, operários, entidades sindicais e da saúde, passaram a se debruçar sobre a limitação dos direitos civis, políticos e sociais impostos pelo contexto da época. Esses movimentos não apenas denunciavam as desigualdades estruturais, mas buscavam reconfigurar o próprio sentido da cidadania, exigindo do Estado uma atuação mais democrática e responsiva às demandas sociais historicamente silenciadas (Gerschman, 1994; Paim, 2008b; Gohn, 2011; Santos, 2022).

A interface dessa ebulição sob influência da Reforma Sanitária produziu no cenário sanitário, a inclusão da pauta da saúde, enquanto direito universal, público, equânime e integral nas agendas públicas, como elemento fundamental ao reconhecimento da cidadania. Um marco simbólico e marcante desse movimento coletivo e barulhento, foi, portanto, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 que foi capaz de reunir representantes de diversas camadas da sociedade para discutir e propor diretrizes para um novo modelo de atenção (Gerschman, 1994; Paim, 2008a; Vicente, 2019; Chagas; Torres, 2022).

Assim, com a promulgação da constituição, também intitulada de Constituição Cidadã de 1988, a democratização da saúde passa a ser constitucional, reforçando a noção de cidadania plena. Esse avanço só foi possível, no entanto, devido a resistência e resiliência das reivindicações dos movimentos sociais, que produziram como legado e efetivação das demandas populares em garantias legais concretas (Gerschman, 1994; Paim, 2008a; Paim, 2008b).

Nesse sentido, o SUS floresce não apenas como uma conquista institucional, organizada por leis e decretos, mas como fruto das vozes e das lutas dos movimentos

sociais que se organizaram para transformar a realidade. Foi, portanto, a força desses coletivos que pressionou e insistiu em um sistema de saúde que produzisse saúde para todos e inclui-se ainda, a participação popular nessa organização (Gerschman, 1994; Paim, 2008a; Paim, 2008b; Vicente, 2019).

É por isso que os movimentos sociais desempenham também um papel fundamental na aplicação do controle social como prática democrática e foram capazes de impulsionar a modificação do modelo vigente de controle social durante o regime ditatorial. Desse modo, mais do que uma ferramenta de gestão, o controle social encontra-se como cerne dos movimentos sociais, uma vez que se organizam para fazer valer os direitos e ocupar espaços de decisão, como garantido a partir do princípio organizativo do SUS: a participação popular (Brasil, 1990a; Rolim; Cruz; Sampaio, 2013).

Esse que tem atuado, nos últimos tempos, em prol de fins democráticos e transparência nos processos de gestão, vivenciou-se no dia 08 de janeiro de 2023, uma tamanha contradição. Inconformados com a vitória do presidente Luiz Inácio Lula da Silva nas eleições de 2022, e, conseqüentemente, não reeleição do candidato Jair Bolsonaro, os atos antidemocráticos, do ano seguinte, envolveram movimentos sociais de extrema direita, cujo vandalismo e depredações do patrimônio público escancararam um uso distorcido da mobilização social e coletiva (Grassi, 2023; Avritzer, 2023; Senado, 2024).

Tal distorção do controle social, nesse evento, se discorre a partir do objetivo principal, pois ele não tinha como premissa a conquista por direitos, mas sim à negação das eleições populares e das instituições democráticas. Esse marco dialoga com a urgência de resgate do real significado dos movimentos sociais, como forma de zelar e respeitar a história da democratização e participação popular nesse país, comprometidas com o bem comum (Gerschman, 1994; Grassi, 2023; Avritzer, 2023).

1.3 O papel da Educação Popular em Saúde

Organizada pela elaboração de práticas de saúde mais justas e inclusivas, a Educação Popular em Saúde, instituída, formalmente, pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, (Brasil, 2013) propõe-se a reafirmar a responsabilidade diante dos princípios da universalidade, equidade e

integralidade, em prol da garantia participação popular no SUS. Nesse sentido, por se tratar de uma prática político-pedagógica no campo da saúde, busca transformar de as práticas de saúde com enfoque na valorização dos saberes populares, da autonomia dos sujeitos e na promoção do protagonismo social e político. Esse caráter rompe com modelos tradicionais e verticalizados de educação e saúde, apostando em processos dialógicos, emancipatórios e coletivos (Vasconcelos, 2015).

Como forma de se se aproximar de um cuidado mais humano e coletivo, a EPS passa, necessariamente, pela valorização do saber popular e pela escuta ativa das camadas sociais, apresentando-se como proposta contra hegemônica ao modelo biomédico e vertical que se finda. Logo, ao se estimular o protagonismo desse segmento da população, com ênfase no diálogo entre o saber técnico e o saber popular, tende a contribuir, significativamente, para o fortalecimento da participação popular, ampliando, assim, o controle social nas práticas de gestão em saúde (Pedrosa, 2008; Cruz *et al.*, 2023; Júnior *et al.*, 2024).

Uma das estratégias de envolvimento na gestão participativa, portanto, é a EPS, que tende a servir como mecanismo para fortificação do controle social no cenário da APS, a partir do conselho gestor local, uma vez que busca superar a opressão dos saberes e, conseqüentemente, a emancipação dos envolvidos, garantindo transparência e responsabilização entre os gestores da saúde. Portanto, ao se aproximar do território e vida dos usuários, o conselho local busca considerar os princípios da EPS, sendo eles, segundo Brasil (2013) e Alves *et al.* (2020):

- a) O diálogo – tratando-se da valorização da subjetividade dos atores envolvidos, promovendo um encontro respeitoso e que amplie o pensamento crítico a luz de transformação e humanização dos sujeitos;
- b) A amorosidade – utilizada de forma a tornar o diálogo mais sensível e humano;
- c) A problematização – elencada como o caminho para as trocas mais críticas sobre a realidade, de modo a efetivar a ação-reflexão-ação dos sujeitos;
- d) O compartilhamento de saberes – de modo a aglutinar conhecimentos, culturas e experiências de vida diferentes, produzindo melhor compressão e transformação de modo coletivo;
- e) A emancipação – como meio de enfrentar e romper com as variadas formas de opressão e violência que desumanizam e contribuem para o adoecimento social;

- f) A elaboração de um projeto democrático e popular – compromissada com a construção de uma sociedade mais justa, equitativa, participativa e coletiva, efetivada por meio da mobilização social contra desigualdades, opressões e exclusões, garantindo tanto o acesso universal à saúde quanto a valorização de sujeitos historicamente marginalizados.

Para tanto, é preciso que os profissionais, gestores e, sobretudo, os usuários sejam qualificados para os momentos de interação e troca de experiências, pois estarão mais preparados para participar ativamente e se envolver nesses espaços. Assim, a presença de multiplicadores de vários segmentos sociais, fomentando o diálogo crítico e ancorado na realidade vivida, faz com que a cultura popular sirva de alicerce para o fortalecimento da valorização, reconhecimento e protagonismo social (Pedrosa, 2008), pois para Freire (1987, p. 44) “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

Desse modo, espera-se que a gestão compartilhada se torne mais efetiva ao considerar e validar as diferentes camadas sociais com sua bagagem de vida e conhecimentos, tornando cada vez mais acessível e transparente os diálogos e espaços de poder e contribuindo, coletivamente, para uma metamorfose social, política e sanitária em prol do resgate e garantia do protagonismo popular (Freire, 1987; Pedrosa, 2008).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa e estruturada em uma perspectiva participativa, com o objetivo de envolver os sujeitos da pesquisa de forma ativa na construção do conhecimento.

A pesquisa exploratória é caracterizada por se basear no caráter empírico, visando promover maior familiaridade com o objeto de estudo, especialmente, quando se trata de temas pouco investigados ou ainda não sistematizados. Essa abordagem possibilita a formulação de hipóteses e o aprofundamento de reflexões sobre fenômenos complexos, exigindo flexibilidade metodológica e abertura para a construção de novos significados (Marconi; Lakatos, 2017; Gil, 2022).

Soma-se a isso a abordagem qualitativa que conforme Minayo (2002), busca compreender a complexidade dos fenômenos sociais por meio da análise dos significados, percepções, valores e práticas dos sujeitos em seus contextos. É, especialmente, indicada para investigar aspectos não quantificáveis, como significados, crenças e atitudes, permitindo uma compreensão profunda e contextualizada dos fenômenos sociais. Dessa forma, a pesquisa se propõe a compreender as dimensões subjetivas que atravessam o fenômeno estudado, dando importância aos sentidos que os participantes atribuem às suas experiências e contexto de vida.

A opção por uma construção participativa baseia-se na concepção de que os sujeitos da pesquisa devem ser reconhecidos como protagonistas na produção do conhecimento. Nesse modelo, os participantes colaboram ativamente em diversas etapas do estudo, contribuindo com saberes, experiências e reflexões que enriquecem a compreensão da realidade investigada, ampliando o potencial transformador da pesquisa. O retorno dos resultados ao coletivo envolvido configura-se, assim, como um momento essencial para promover reflexões críticas, impulsionando a mobilização e o fortalecimento da participação social (Brandão; Borges, 2007; Moretti; Adams, 2011).

Soma-se, ainda, a ideia criada nos anos 1970, pelo francês Charles Maguerez e, posteriormente, adaptada, no Brasil, pelos estudiosos Bordenave e Pereira (2010), conhecida como o Arco de Maguerez. Essa metodologia de ensino convida à reflexão a partir da realidade vivida, incentivando a problematização como ponto de partida para o aprendizado. O processo acontece em cinco etapas integradas: observar a realidade com atenção, identificar os pontos-chave, buscar referências teóricas que ajudem a

compreender o problema (teorização), elaborar hipóteses de solução e, por fim, aplicar essas ideias na prática, promovendo mudanças concretas.

Dessa forma, por seguir uma proposta participativa, o arco da problematização convida à construção do conhecimento a partir da própria realidade vivida, incentivando uma aprendizagem ativa e coletiva. No contexto do ensino em saúde, essa abordagem se destaca por estimular o planejamento participativo, onde cada passo – da observação à ação – é guiado pelo olhar crítico e pelo compromisso com a transformação (Bordenave; Pereira, 2010; Prado *et al.*, 2012; Dias; Santos; Lopes, 2022).

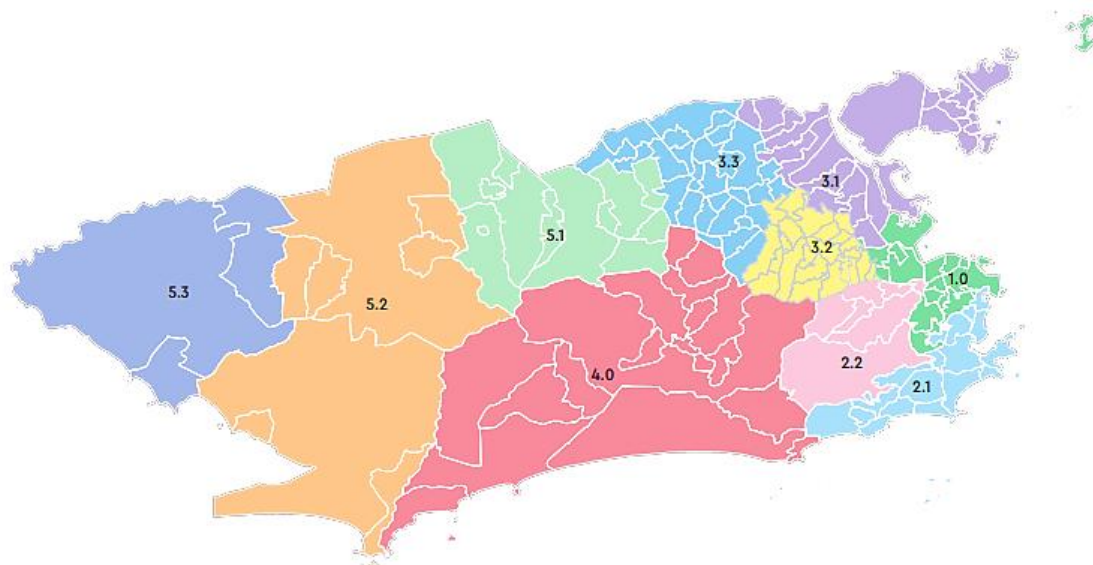
Por isso, este estudo se debruçará sobre a abordagem participativa, uma vez que reconhece o potencial dessa metodologia de inspirar práticas mais conscientes, reflexivas e voltadas para o bem comum, a luz de uma transformação.

2.1 Cenário de Pesquisa

Este estudo utilizará como cenário para a pesquisa a Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga na Área Programática 5.1, no município do Rio de Janeiro. Com uma extensão de 1.200,33 km² e uma população de 6.211.223 habitantes, a cidade do Rio tem uma densidade demográfica de 5.174,60 hab/km², segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). O município, pertencente à Região Metropolitana de Saúde I, no estado do mesmo nome, e tem em sua composição 163 bairros e 33 Regiões Administrativas (RA) (Rio de Janeiro, 2021).

Devido à diversidade territorial e ocupacional do Rio de Janeiro, o município é dividido em cinco Áreas de Planejamento, responsáveis pela coordenação do plano urbano. Essas, por sua vez, são subdivididas em 10 Áreas Programáticas (AP), conforme ilustrado em figura 1, que auxiliam no planejamento administrativo e de saúde, buscando reduzir desigualdades na distribuição de serviços e recursos disponíveis, sendo organizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, em diferentes níveis, da atenção primária à terciária (Rio de Janeiro, 2021).

Figura 1 – Divisão das Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro



Fonte: Rio de Janeiro, 2021.

A AP 5.1, alvo deste estudo, está situada na 5ª Área de Planejamento da cidade do Rio de Janeiro, que agrupa tanto a AP 5.1, como a AP 5.2 e a AP 5.3. Essas subdivisões, em conjunto, possuem um somatório de 20 bairros com 5 Regiões Administrativas, sendo eles: Bangu (RA XVII), Realengo (RA XXXIII), Campo Grande (RA XXVIII), Guaratiba (RA XXVI) e Santa Cruz (RA XIX) (Rio de Janeiro, 2006).

Atualmente, a AP 5, conhecida como Zona Oeste, abriga mais de um quarto da população da cidade, com uma parcela ainda vivendo em ocupações irregulares, loteamentos clandestinos ou favelas, e ao redor das estações ferroviárias (Rio de Janeiro, 2006).

Ao olhar mais detalhadamente para os serviços de saúde, há na AP 5.1, um quantitativo de vinte e três (23) unidades prisionais, onze (11) Centros Municipais de Saúde (CMS), cinco (5) Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 2 (dois) hospitais, sendo um deles emergência e outro maternidade, dois (2) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um de nível II e outro de nível III, um (1) Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), uma (1) casa de parto, uma (1) policlínica e um (1) Consultório na Rua (CnaR), e vinte e sete (27) Clínicas da Família, compreendendo cerca de 166 equipes de saúde da família, com um total de 90% de cobertura na região, como mostra o quadro 1, distribuídos entre os níveis de atenção (Rio de Janeiro, 2023; 2024).

Quadro 1 – Distribuição e organização dos serviços de saúde de atenção primária no território por níveis de atenção correspondente à AP 5.1

Serviços	Quant.
Atenção Primária	
Clínicas da Família	27
Unidades Prisionais	23
Consultório na Rua	1
Atenção Secundária	
Centros Municipais de Saúde	11
Unidades de Pronto Atendimento	5
Policlínica	1
CAPS II	1
CAPSi	1
Casa de Parto	1
Atenção Terciária	
Hospital / Maternidade	2
CAPS III	1

Fonte: Elaboração própria pela autora, com base no relatório anual de gestão da CAP 5.1

Justifica-se a escolha desta região por estar diretamente relacionada ao campo de prática da autora, enquanto residente em Enfermagem na Saúde da Família e Comunidade, no âmbito do PREFC. Essa experiência permite uma imersão aprofundada no contexto da unidade de saúde e no território atendido, favorecendo uma compreensão detalhada das especificidades locais e do cotidiano da comunidade, essencial para a realização desta pesquisa.

Localizado no bairro de Realengo, o território onde se insere a Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga evidencia, em seu cotidiano, múltiplas expressões da vulnerabilidade social. Essas marcas são perceptíveis nas condições de moradia, nos desafios de acesso aos serviços públicos e nas dinâmicas sociais que atravessam a vida da população local.

O território adstrito à clínica é, majoritariamente, composto por casas e conjuntos habitacionais da COHAB, caracterizados por prédios com ampliações informais, os conhecidos “puxadinhos”, que revelam a tentativa cotidiana das famílias em adaptar seus lares às necessidades emergentes. A infraestrutura urbana básica está presente na maioria das moradias, com acesso à água tratada, esgotamento sanitário e energia elétrica. Contudo, ainda se vê, e perpetua, desigualdades significativas na maneira como esses serviços chegam aos diferentes domicílios (Subpav, 2024).

Geograficamente, trata-se de uma área plana, urbanizada e sem a presença de lagos, córregos ou nascentes, bem como sem registros de áreas rurais, indígenas, assentamentos. No entanto, os bolsões de vulnerabilidade se fazem presentes por meio das construções precárias e das condições de vida que atravessam parte significativa da população (Subpav, 2024).

A população em situação de rua, embora transitória no território da clínica, tende a se concentrar nas áreas mais centrais do bairro, onde encontram maior oferta de suporte, como a Cozinha Comunitária Carioca e os serviços de acolhimento institucional pelos abrigos. As equipes da clínica também atuam nessas regiões, ampliando o cuidado a esses sujeitos em mobilidade (Subpav, 2024).

Apesar da disposição de diferentes dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o território em si não conta com unidade de maior complexidade como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais ou ambulatorios públicos, tampouco com Centros de Atenção Psicossocial, o que impõe desafios importantes ao cuidado integral e contínuo (Subpav, 2024).

A Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga (CFAPA) adota o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e é reconhecida como uma unidade de formação, por abrigar programas de residência em saúde. Atualmente, são oito equipes de saúde da família em atuação, sendo três com residência de enfermagem e seis com residência médica, cada uma delas responsável por, aproximadamente, três mil usuários. Essa característica confere à unidade um papel fundamental não apenas na assistência, mas também na formação crítica e comprometida de profissionais de saúde (Subpav, 2024).

Além dos espaços de assistência, a unidade conta com o colegiado gestor, que é um espaço assegurado por lei que garante a participação social nas decisões de saúde, melhorando o diálogo entre gestores, profissionais e usuários. Sua funcionalidade está sustentada a partir do Regimento Interno (2024, p.20) da clínica, que pontua:

o colegiado gestor ocorre mensalmente, sempre na última quarta-feira do mês às 10h. É um espaço que conta com a participação de usuários, lideranças comunitárias, trabalhadores da unidade e gestora, quando pertinente, outros atores locais implicados com a produção do cuidado no território. Tem como finalidade exercer gerenciamento democrático e participativo, propiciar um espaço de gestão capaz de discutir problemas, planejar, avaliar e pactuar conjuntamente ações, construindo uma agenda permanente de reflexões e propostas para a qualificação e o fortalecimento do SUS a partir das realidades locais.

Sua composição, no momento inicial da pesquisa, abrangia duas enfermeiras, uma residente de enfermagem – que aqui atua como pesquisadora –, a Responsável Técnica (RT) de enfermagem, a gerente do serviço, moradores e lideranças comunitárias do

território, incluindo os próprios ACS, desempenhando o duplo papel nesse espaço, de profissionais de saúde da unidade e liderança comunitária. A participação da comunidade no colegiado gestor é estimulada, principalmente, pelo professor da Academia Carioca¹, que mobiliza os participantes a comparecerem e contribuírem com suas vivências e demandas.

Vale observar que, diferentemente, da normativa que implementa o conselho em seus diferentes níveis, reafirmando a segurança paritária entre os profissionais, usuários, gestor e prestadores de serviços (Brasil, 1990b), o conselho gestor local não possui tal regulamentação, demonstrando a fragilidade que as decisões coletivas em saúde podem ter.

Enquanto a pesquisa aguardava aprovação do Comitê de Ética, ocorreu uma mudança na gerência da unidade. A nova gestora, mais comprometida com a participação social e com a transparência dos processos de cogestão, instituiu um quórum mínimo, antes inexistente, para a participação organizada dos profissionais, intitulado uma figura de cada equipe enquanto titular e outra como suplente, fortalecendo a corresponsabilidade das decisões coletivas.

Essa metamorfose começa a ser evidenciada pelo volume expressivo na segunda reunião de colegiado gestor, que mesmo desvinculada do espaço da Academia Carioca, contou com expressiva participação voluntária de usuários, estudantes de graduação vinculados a dispositivos de ensino do território, a própria gestora, o professor de educação física e a residente-pesquisadora atuante.

Atualmente, a RT de enfermagem não participa mais dos encontros devido à mudança da data das reuniões, que passaram da última para a primeira quarta-feira de cada mês. Apesar dessa alteração, observa-se um movimento de resignificação na forma de conduzir e ocupar o espaço, marcado pelo compromisso com o projeto pedagógico de discutir o SUS para além do campo estritamente da saúde, valorizando marcos legais e políticos fundamentais, como a multiplicação das leis orgânicas (8.080 e 8.142), deveres e direitos da população e a ênfase no controle social.

¹Conhecido por ser um programa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), criado em 2009, com o objetivo de promover a promoção da saúde, atividade física, educação em saúde e cuidado coletivo no cenário da APS.

2.2 Participantes da pesquisa

A pesquisa contou com a participação de lideranças comunitárias envolvidas no colegiado gestor da unidade de saúde em pauta. As lideranças comunitárias abordadas neste trabalho, como explicitadas anteriormente, são aquelas reconhecidas como moradores do território adscrito a Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga – CAP 5.1, identificados por sua atuação em espaços coletivos como colegiado gestor, conselhos de saúde, associações, movimentos sociais e no desenvolvimento de ações como Agentes Comunitários de Saúde.

Portanto, foram considerados elegíveis à participação da pesquisa, lideranças comunitárias representadas por moradores e Agentes Comunitários de Saúde, que, de acordo com o contexto e conformação do cenário, atendam aos seguintes critérios de inclusão:

- Residir no território adscrito à Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga – CAP 5.1;
- Ter cadastro fixo na referida unidade de saúde;
- Participar ativamente do conselho gestor local e ter no mínimo uma participação no espaço;
- Estarem cientes e de acordo com os pontos apresentados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Demonstrar disponibilidade e interesse em colaborar com a pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa:

- Moradores do território adscrito à Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga – CAP 5.1 que tenham idade menor que 18 anos;
- Aqueles que tenham um tempo de moradia inferior a seis meses no território selecionado;
- Os profissionais de saúde e pessoas vinculadas a gestão da unidade, bem como de outras instâncias gestoras da CAP 5.1, mesmo que residam no território, exceto os ACS

2.3 Produção dos dados

Com o intuito de ir ao encontro dos objetos e enfatizar o caráter participativo que o estudo se propõe, a produção dos dados foi feita por meio da observação participante, bem como por oficina de construção coletiva com os participantes.

A observação participante trata-se de uma abordagem participativa que permite a participação ativa na apuração e produção de dados, permitindo a flexibilidade do investigador para se adequar às singularidades de cada contexto (Pawlowski *et al.*, 2016).

Para Mónico *et al.* (2017), a metodologia da observação participante é apropriada para estudos exploratórios, descritivos e que visam a generalização de teorias interpretativas. Com ela, realiza-se após cada encontro de observação, descrições qualitativas de caráter narrativo, os quais permitem o contato com a informação importante para a investigação em causa, como a formulação de hipóteses, por exemplo.

A produção dos dados pela observação aconteceu a partir do contexto das reuniões do conselho gestor local, o qual os participantes do estudo se encontravam em inter(ação) direta com o objeto proposto. Como o cronograma das reuniões se dá mensalmente, foi realizado três relatos distintos, condizentes ao mês de setembro à novembro, os quais foram registrados, primeiramente, em um diário de campo, levando em consideração um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A).

Este, tem o papel de documentar o dia a dia de um universo populacional com bases sólidas, conhecidas como materiais etnográficos, os quais servem como base documental central de muitas etnografias (Cachado, 2021).

É útil, portanto, ao pesquisador que está trabalhando entre pessoas e para partilhar num lugar seguro as discussões que são encontradas, os sentimentos ora entusiasmados, ora descontentes no cenário de trabalho. Como se propõe à percepção sobre a realidade social, possui ainda a oportunidade de observar e documentar avanços e recuos, devido ao acesso a cada vez mais profundo (Cachado, 2021).

Concomitantemente a observação participante, a produção de dados também contou com oficinas, orientadas pelos princípios da Educação Popular, uma vez que esse método tende a incluir e validar os demais sujeitos, seus saberes e experiências de vida. Desse modo, cabe esclarecer que

[...] no procedimento das oficinas, é pretendido que aconteça uma aproximação e familiaridade que acolha e deixe os participantes confortáveis, criando uma atmosfera de pertencimento e até mesmo de cumplicidade [...] Oficina, por

definição, é lugar de elaboração, de exercício, lugar do fazer. Na pesquisa, esse fazer constrói um saber não só para quem conduz o estudo, mas para todos os participantes. Assume [...] um caráter político e transformador, na medida em que se constitui como lugar de formação, além de garantir a produção de dados para o estudo (Ferreira; Couto; Oswald, 2020, p.6-7).

Ferreira, Couto e Oswald (2020) pontuam ainda que são durante as construções das oficinas que acontece a criação de laços afetivos entre os sujeitos. Assim, durante as oficinas as diferenças entre os envolvidos permanecem, mas tendem a diminuir, pois permite que os atores se expressem de maneira mais livre e menos formalizadas. Tendem a quebrar, portanto, o silêncio e inibição que, algumas vezes, se fazem presentes nas vivências de pesquisa e favorecem, assim, envolvimento mais dialógicos.

Com isso, a partir dos registros do diário de campo, oriundo da observação participante, que se somaram as análises desse estudo, também foram realizadas oficinas, distribuídas em três momentos distintos, organizadas a partir de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B). Cada momento teve duração de uma hora, aproximadamente, e a proposta inicial estabelecia que estas aconteceriam após o término da reunião ordinária do referido conselho, a fim de otimizar, estrategicamente, o espaço coletivo e captar uma parcela significativa da população.

No entanto, devido a mudança de gestão local e reestruturação do espaço de onde acontecia as reuniões do colegiado gestor, foi necessário elaborar uma nova dinâmica. O primeiro colegiado gestor com a nova gestora se deu em meio as atividades da Academia Carioca – espaço que avolumou o público, mas que dispersou a escuta e atenção, devido ruídos externos e ambientais.

Assim, como forma de reestruturar e aprofundar a discussão, foi percebido a necessidade de uma data, exclusivamente, para os encontros, sem vincular, portanto, as oficinas ao acontecimento do colegiado. Isso aconteceu após a tentativa de iniciar a oficina, depois do tempo estabelecido para o colegiado gestor e que, pela primeira vez, também estava em um novo ambiente estrutural.

Nesse sentido, com o intuito de aproveitar o encontro de usuários e ACS naquele local, foi introduzido um encontro adicional ao roteiro: uma oficina de sensibilização. Ela teve a função de captar informações iniciais sobre o que as lideranças comunitárias entendiam enquanto controle social, já que foi uma das pautas já introduzida pela nova gestora no primeiro colegiado. Com a participação e discussão meio dispersas, foi possível captar alguns moradores que escreveram – sem cunho de certo ou errado – o que para elas significava o controle social com uma palavra ou frase.

A oficina de sensibilização constituiu o marco inicial da pesquisa, configurando-se como um momento de aproximação e alinhamento ético-político entre pesquisador e participantes. Mais do que uma simples apresentação de objetivos, esse encontro se tornou um espaço de confiança e escuta ativa, onde os sujeitos puderam expressar suas percepções em relação ao tema abordado. Logo, apesar de imprevisível, sua realização foi de suma importância, pois possibilitou que nas oficinas subsequentes, os participantes pudessem atuar de forma crítica e propositiva na construção dos dados.

A partir desse primeiro produto compilado em cartaz, a continuidade do roteiro das oficinas já elaborado (APÊNDICE B) foi possível de ser executado, conforme o planejamento.

Assim, operacionalmente, o primeiro momento, dado pela oficina de sensibilização, se deu a partir de uma pergunta norteadora, iniciada pela pesquisadora e conduzida, como uma “chuva de ideias”, com a técnica de *brainstorming*. Esta ferramenta incentiva a criatividade e respostas sem rigidez ao pensar, com intuito de produzir, individual ou coletivamente o máximo de ideias possíveis. Por não ter um caráter rígido, permite que sua aplicação seja de forma verbal ou escrita, encorajando múltiplas falas e o nascer de mais ideias (Granado, 2020).

Por ter essa característica menos formal e protocolar, é vista como uma potente rede de experiências entre os sujeitos, que encorajada e valida seus saberes, tecendo soluções com diferentes olhares e perspectivas em prol da coletividade (Granado, 2020).

Os demais momentos, dado em mais três encontros subsequentes, seguiram o formato de roda de conversa, cuja proposta é de se aproximar do fenômeno e sujeitos da pesquisa com outros questionamentos e pontos norteadores, sustentando as discussões esperadas, lapidando a ideia inicial gerada em conjunto nos momentos anteriores. Esse formato de roda de conversa permite a aproximação com a reciprocidade, a solidariedade, o respeito mútuo e a complementaridade expressa nas subjetividades envolvidas (Carranza, 2024).

Para Moura e Lima (2014, p.99)

A roda de conversa é, no âmbito da pesquisa narrativa, uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para discussão. É, na verdade, um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e no silêncio observador e reflexivo.

Com os critérios ético-legais validados, a pesquisadora iniciou a pesquisa após o primeiro colegiado gestor da unidade por meio da oficina de sensibilização, onde se inaugurou a discussão acerca do controle social.

Como forma de manter o caráter participativo, a definição da data e horário das atividades foi definida com o apoio do professor da Academia Carioca, que, juntamente, da pesquisadora-residente, permitiu identificar que o fluxo de usuários é intensificado no turno da manhã, especialmente em dias de atividades coletivas da Academia, o que orientou a escolha dos horários. O apoio da nova gerência também foi decisivo para incentivar a participação dos ACS na pesquisa, fato que abriu portas ao estudo e capilarizou os atores participantes.

Com o cronograma das atividades construído, a divulgação foi iniciada pela pesquisadora com o apoio dos atores institucionais e locais, por meio de artes elaboradas de forma digital e disseminadas nos grupos institucionais das equipes e da unidade, de forma a incentivar o retorno daqueles que já haviam assinado o TCLE e participado dos momentos anteriores.

Na segunda oficina, esse alcance foi potencializado pela articulação com um representante da associação de moradores, que atuou como grande mobilizador territorial, pelo uso de cartazes distribuídos pelo território bem como o contato direto, corpo a corpo, com os participantes dos encontros anteriores. Essas estratégias se mostraram fundamentais para reafirmar o vínculo e a manutenção da participação e representatividade nas discussões subsequentes da pesquisa.

Nesse sentido, como forma de retomar as ideias que emergiram durante a oficina de sensibilização, o segundo momento ocorreu em um ambiente tranquilo e livre de ruídos externos, favorecendo a concentração e o diálogo. Nesse espaço, foi possível validar as reflexões anteriores e introduzir novas contribuições acerca da pergunta inicial, tecendo, coletivamente, compreensões ampliadas sobre o controle social.

Ao promover esse resgate, a primeira oficina atuou como uma ponte dialógica, assegurando que o conhecimento não fosse fragmentado entre os encontros, mas sim construído de forma cumulativa. Essa estratégia de validação das ideias semeadas, permitiu que o grupo assumisse o controle sobre a narrativa da pesquisa, transformando a memória coletiva em um instrumento de análise ativa.

Assim, ao acolher os participantes flutuantes e nivelar as discussões, o encontro consolidou os sentimentos de pertencimento e coautoria. Tais elementos foram fundamentais para que as oficinas subsequentes (dois e três) pudessem avançar para

níveis mais profundos de reflexão e intenção, sem perder de vista o horizonte estabelecido na fase de sensibilização.

O uso do método escolhido permitiu o resgate dos dados a cada encontro, por meio dos cartazes produzidos que sintetizavam as oficinas anteriores, fato que contribuiu para reavivar a memória coletiva do grupo e favorecer a inclusão dos participantes flutuantes nas discussões, garantindo continuidade e coerência ao processo reflexivo.

Logo, essa abordagem favoreceu a retomada do diálogo, despertando memórias no grupo e permitindo que os participantes flutuantes se inserissem de forma orgânica nas discussões.

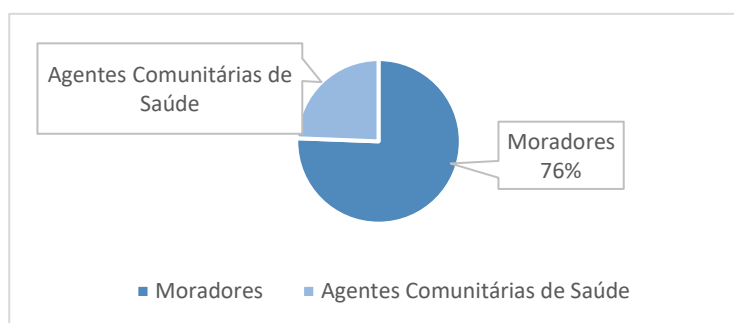
Ao final do período, o conteúdo de análise se deu a partir da observação de três reuniões do colegiado gestor, condizentes com o mês de setembro, outubro e novembro, bem como os dados construídos e validados nas quatro oficinas, a de sensibilização e as demais, antes elaboradas.

Vale ressaltar que a observação se iniciou em um período anterior as oficinas propostas nesse estudo, terminando depois delas. Inicia-se, portanto, com a aprovação da pesquisa – no início de setembro de 2025 – e finaliza em novembro do mesmo ano.

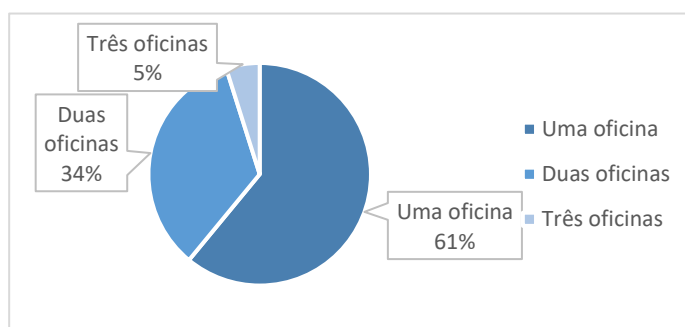
As oficinas aconteceram nos meses de setembro e outubro de 2025, e contaram com um documento de organização e monitoramento (lista de frequência), cuja presença era registrada em cada encontro para acompanhamento de novos e já conhecidos participantes, como forma de observar o público flutuante.

Logo, a produção dos dados ocorreu ao longo de três meses, período em que foram realizadas, de maneira articulada, a observação participante e a realização de oficinas, permitindo o acompanhamento das dinâmicas do território, das interações entre os sujeitos envolvidos e dos processos coletivos de reflexão construídos ao longo da pesquisa.

Com isso, observou-se um total de quarenta e um participantes, os quais correspondiam aos critérios compreendidos no estudo. Desta totalidade, foi possível estabelecer as seguintes análises:

Tabela 1 – Perfil dos participantes das oficinas

Fonte: Elaboração própria pela autora

Tabela 2 – Frequência dos participantes durante as oficinas

Fonte: Elaboração própria pela autora

2.4 Tratamento e Análise dos resultados

Por se estruturar em uma metodologia ativa e participativa, elencada pela observação e discussões de dados não quantitativos, o tratamento e análise dos dados foi estruturado pelo olhar da análise temática.

Conhecida por Braun e Clarke (2006) como um método que permite a avaliação de informações qualitativas é, particularmente, valorizada por sua flexibilidade e acessibilidade, o que a torna ferramenta de aplicação a diversos campos, como a psicologia, a sociologia e, inclusive, a saúde. Seu processo tende a seguir seis fases, que buscam descobrir sentidos e padrões frequentes nas nuances envolvidas.

Esse método de análise constitui-se em seis etapas, sendo eles a aproximação e familiarização com os dados, elaboração de códigos iniciais, busca por temas semelhantes, revisão e refinamento, definição e nomeação dos temas e, por fim a

produção de um relato final (Braun; Clarke, 2006). Ao esmiuça-las encontramos (Souza, 2019):

- 1) Familiarização com os dados: transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o que se produziu e anotar ideias iniciais durante o processo.
- 2) Elaboração de códigos iniciais: codificar aspectos relevantes dos dados de modo geral e reunir aspectos relevantes a cada código.
- 3) Busca por temas semelhantes: agrupar os códigos em temas maiores, unindo todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
- 4) Revisão de temas: conferir se os temas fazem sentido em relação aos códigos e ao banco de dados como um todo, checando o mapa temático da análise
- 5) Definição e nomeação dos temas: lapidar os temas e a história que a análise conta, produzindo definições e nomes objetivos a cada tema.
- 6) Produção final do relatório: última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato final e científico da análise.

Para Funchs (2023)

Essa abordagem permite a identificação de temas e padrões recorrentes, contribuindo para uma compreensão mais profunda do fenômeno da pesquisa e facilitando a tomada de decisões e o desenvolvimento de teorias baseadas em evidências. A análise temática é um caminho valioso para o desenvolvimento de insights teóricos e o avanço do conhecimento nas ciências sociais. [...] Abraçar o poder da análise temática permite que os pesquisadores desvendem a profunda profundidade de significado oculta em seus dados qualitativos. (Fuchs, 2023, p. 2701 - traduzido pela autora)

Elencou-se esse modo de análise, portanto, devido a riqueza na produção de dados não quantitativos, pautados nas experiências, histórias e realidade dos sujeitos, permitindo uma aproximação e interpretação mais fiel ao contexto social vivenciada pelos participantes.

Assim, durante o período de três meses, foram realizadas quatro oficinas em adição aos dados do diário de campo, onde as respostas das oficinas eram sistematizadas, coletivamente, durante a própria realização, permitindo que os participantes fizessem inferências, exclusões ou correções em tempo real.

O único momento que foi permitido retornar as mudanças de respostas já concebidas foi a primeira oficina, que sucedeu o encontro de sensibilização e, portanto, serviu como um espaço de refinamento das expectativas inicialmente traçadas. Nas etapas

subsequentes, a validação imediata assegurou que o material coletado refletisse fielmente a percepção do grupo naquele estágio da pesquisa participante.

Essa estratégia assegurou uma abordagem participativa na validação dos dados, possibilitando que a análise e o alcance dos objetivos fossem realizados na própria oficina, dispensando etapas adicionais.

Posteriormente, a pesquisadora seguiu os passos da análise temática, iniciando com leituras flutuantes e frequentes para identificar padrões de significado alinhados aos objetivos da pesquisa. Utilizou-se a técnica de coloração para codificar as unidades de registro: verde (valores pessoais), roxo (relacionais), azul (ações concretas), amarelo (atores), rosa (ferramentas) e laranja (barreiras), conforme o quadro 2.

Após sucessivas revisões e agrupamentos por afinidade semântica, emergiram duas categorias centrais: 1) Saberes e práticas compartilhadas na construção do controle social; 2) Potências e dificuldade na implementação do conselho local de saúde. Como desdobramento desta discussão, lançou-se mão de um terceiro capítulo de análise, que abordou a “Cogestão na Atenção Primária à Saúde: enfrentando desafios no fortalecimento do controle social”, caracterizando-se como produto técnico-tecnológico de interesse direto ao campo da pesquisa e de trabalho da enfermeira-residente, autora do estudo.

2.5 Tratamento Ético

A condução ética desta pesquisa foi assegurada conforme as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em especial as resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016. Tais normativas garantem a aplicação dos princípios da bioética – não maleficência, autonomia, justiça, beneficência e equidade – fundamentais à proteção dos direitos dos participantes, bem como os deveres da comunidade científica e do Estado nas pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil, 2012; 2016).

Para tanto, foi elaborado e aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE C –, conforme Brasil (2012; 2016). O TCLE foi redigido em linguagem clara, objetiva e acessível, com uma via destinada ao pesquisador e outra aos participantes que aceitaram colaborar com o estudo. Ele reuniu informações

sobre os objetivos da pesquisa, potenciais riscos e benefícios, garantia de anonimato e sigilo dos dados, ausência de custos aos participantes, além do direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos.

É importante destacar que, em qualquer momento, os participantes puderam decidir não participar mais do estudo. Sua recusa não traria prejuízo ou consequência, e sua saída poderia acontecer em qualquer etapa da pesquisa, sem necessidade de justificativa.

A participação na pesquisa não foi remunerada nem implicou em gastos para os participantes. Ela aconteceu por meio de oficinas que foram estruturadas a partir de um roteiro, como descrita na 2.3 desta seção. O cenário das atividades iniciou-se com o ambiente de execução do colegiado gestor e, posteriormente, após a percepção da pesquisadora sobre o atual funcionamento do espaço, foi reservado, estrategicamente, com agendamento e divulgação na unidade e território as datas seguintes da oficina, desvencilhando-se, portanto, das reuniões ordinárias do conselho local.

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos, dentre um conjunto de danos físicos, emocionais, morais, sociais, culturais ou espirituais, aos quais podem se caracterizar como o sentimento de vergonha, constrangimento, exposição, tensão, ameaça, humilhação, medo, insegurança, tristeza ou qualquer emoção negativa. Diante disso, foram respeitados os direitos de cada participante, garantindo sua individualidade, privacidade e anonimato. As informações fornecidas foram mantidas em sigilo, e todos tiveram o direito de desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo algum.

No entanto, é importante esclarecer que caso o participante sentisse qualquer tipo de desconforto durante a participação na pesquisa seria oferecida assistência integral por parte da equipe de pesquisa. A pesquisadora esteve disponível para acompanhar e orientar esta pessoa, respeitando as necessidades e particularidades de cada um. Se fosse necessário, o participante também poderia ser encaminhado(a) para outros serviços de apoio.

Além disso, se em algum momento o participante não se sentisse confortável para compartilhar alguma informação pessoal ou confidencial, ele não seria obrigado(a) a falar sobre isso, sendo a sua participação inteiramente voluntária, estando livre para se desligar do estudo em qualquer momento, sem que isto afete o seu relacionamento com a instituição, território ou demais envolvidos.

Os resultados são confidenciais e foram utilizados unicamente para fins de pesquisa, não sendo divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo da

participação. Ademais, também não foi realizado nenhum registro audiovisual dos encontros.

Como benefício deste estudo, espera-se que ele ajude a aumentar a participação da comunidade nos espaços de gestão, tornando as decisões mais alinhadas às necessidades reais do território e mais próximos da garantia de direitos. Isso pode melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços oferecidos pela porta de entrada do sistema de saúde, que é a Atenção Primária à Saúde. Com isso, contribui-se para o fortalecimento de um Sistema Único de Saúde mais coletivo, democrático e popular, especialmente, por meio do fortalecimento efetivo do controle social.

Esse projeto passou pela avaliação e aprovação, realizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), como instituição proponente, sendo permitido o desenvolvimento da pesquisa sob o parecer consubstanciado de número 7.816.267, de 03 de setembro de 2025 (APÊNDICE F).

Além disso, foi solicitada a assinatura do Termo de Anuência Institucional pela gerente da unidade de saúde selecionada da AP 5.1, conforme modelo exigido pelo CEP da SMSRJ (APÊNDICE D), garantindo a concordância da instituição com a realização do estudo em seu território.

3. RESULTADOS

Ao observar os objetivos desse trabalho é possível destacar quatro categorias prévias, que de certo modo subsidiaram a produção dos dados e construção das categorias de análise, sendo elas: “Saberes” e “Práticas”, relacionados ao controle social no território, bem como “potencialidades” e “dificuldades”, referindo-se à implementação do controle social na atenção primária. Com o segmento da pesquisa, foram extraídos dados do diário de campo, observados durante os três meses de pesquisa, e o material validado com os participantes durante as oficinas, conformando-se em dois grandes corpos de análise, dos quais foram destacados os códigos e, posteriormente, agrupados em seis temas principais, como apresentado anteriormente (quadro 2). Em seguida, com a eliminação de repetições e a junção de assuntos semelhantes, esses temas foram organizados em ramos maiores, distribuídos nas categorias analíticas (quadro 3).

Somado a isso, com o intuito de organizar e apresentar de forma visual os dados identificados, foi elaborado, a partir do suporte da ferramenta NotebookLM[®], um infográfico estruturante (figura 2). Essa representação permite acompanhar o percurso do raciocínio e as conexões conceituais construídas ao longo do processo de análise pela autora, facilitando a compreensão dos fluxos de informação e a síntese dos resultados alcançados.

Quadro 2 – Sistematização por coloração dos temas emergentes

Saberes		Práticas		Implementação (potencialidades e dificuldades)		
Valores pessoais	Relacionais	Ações concretas	Atores	Ferramentas	Barreiras	Atores
união; respeito; paz; amor; cuidado; solidariedade; confraternização; bondade; ajuda; educação	interação; diálogo; escuta; conversa; troca; relação; confiança; reconhecimento; limites; compartilhamento; conhecimento; presença	vigiar; fiscalizar; acompanhar; participar; lutar pelo direito; participação comunitária; brigar (lutar); lutar pelo direito à comunidade; acesso alimentar	comunidade; associação de moradores; ACS; usuários; políticos; líder comunitário; Prof. Vidal; agente multiplicador (gerência, usuários, lideranças comunitárias, televisão, sala de espera, equipe técnica)	comunicação; comunidade; Ouvidoria – 1746; planejamento conjunto; caixinha de sugestões; <i>accountability</i> ; acesso à informação; participação; reivindicação; registro em ata; reuniões; boca a boca; uso da praça e diferentes canais; reconhecer o território; cuidado; pautas coletivas; clínica da família; Academia Carioca; usuários ativos; meios de comunicação; adesão; intersetorialidade;	desinformação; adesão; desinteresse; empecilhos individuais; aversão política; esvaziamento da equipe técnica; incentivo da equipe técnica; Documento; rodízio de cenários; divulgação; conhecimento; ideias coletivas; peso da gerência; controle financeiro; desinformação; adesão; desinteresse; empecilhos individuais; aversão política; esvaziamento da equipe técnica; incentivo da equipe técnica	comunidade; associação de moradores; ACS; usuários; políticos; líder comunitário; Prof. Vidal; agente multiplicador (gerência, usuários, lideranças comunitárias, televisão, sala de espera, equipe técnica)

Fonte: a autora, 2025.

Quadro 3 – Síntese das categorias

Saberes e práticas compartilhadas na construção do controle social	Potências e dificuldade na implementação do conselho local de saúde
<p>Valores Pessoais: união, respeito, paz, amor, cuidado, solidariedade, confraternização, bondade, ajuda, educação, saber viver em comunidade, respeito com você próprio, troca, saúde, sociedade, consideração, ajuda ao próximo, senso de coletividade</p> <p>Relacionais: interação, diálogo, escuta, conversa, troca, relação, confiança, reconhecimento, limites, compartilhamento de conhecimentos, presença</p> <p>Ações concretas: vigiar, fiscalizar, acompanhar, participar, lutar pelo direito, participação comunitária, brigar (lutar), lutar pelo direito à comunidade, acesso alimentar, orientar, participar, divulgar, reivindicar pelo bem coletivo</p> <p>Atores: comunidade, associação de moradores, ACS, usuários, políticos, líder comunitário, prof. Vidal, agentes multiplicadores (gerência, usuários, lideranças comunitárias, televisão, sala de espera, equipe técnica)</p>	<p>Barreiras: desinformação, adesão, desinteresse, empecilhos individuais, aversão política, esvaziamento da equipe técnica, incentivo da equipe técnica</p> <p>Atores: comunidade, associação de moradores, ACS, usuários, políticos, líder comunitário, prof. Vidal, agente multiplicador (gerência, usuários, lideranças comunitárias, televisão, sala de espera, equipe técnica)</p> <p>Ferramenta: comunicação, comunidade, Ouvidoria – 1746, planejamento conjunto, caixinha de sugestões, <i>accountability</i>, acesso à informação, participação, reivindicação, registro em ata, reuniões, boca a boca, uso da praça e diferentes canais, reconhecer o território, cuidado, pautas coletivas, clínica da família, Academia Carioca, usuários ativos, meios de comunicação, adesão, intersetorialidade, documento, rodízio de cenário, divulgação, conhecimento, ideias coletivas, peso da gerência, controle financeiro</p>

Fonte: a autora, 2025.

Figura 2 - Infográfico sobre o Controle Social: saberes, práticas e implementação



Fonte: NotebookLM, 2025.

4. DISCUSSÃO

4.1 Saberes e práticas compartilhadas na construção do controle social

A categoria em discussão é composta por um caminho em quatro fases, que norteiam a possibilidade para o fortalecimento do controle social. Inicialmente, foi desenhado enquanto sentidos e significados (valores pessoais) e comportamentos (valores relacionais). Durante a caminhada, notou-se a passagem desses princípios a execução (ações concretas) e atuação de potenciais protagonista (atores) na realização.

Os valores pessoais identificados nas primeiras aproximações com os dados, antes de se agruparem em temas, foram a base para estabelecer uma aproximação humana entre os sujeitos, passível de uma boa relação.

Para Freire (1987, p.45) “Não é possível a *pronúncia* do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há, amor que a infunda”. Esse entendimento perpassa também a ideia expressa por Santos *et al.* (2025) que afirmam que a amorosidade, ao ser aplicada na prática, ultrapassa a dimensão do sentimento individual e se concretiza como um compromisso ético-político com a dignidade humana, expresso na escuta sensível, no respeito às diferenças e na construção de relações genuinamente dialógicas.

Assim, para os autores Santos *et al.* (2025), a amorosidade é sim um valor pessoal que se torna imprescindível para reconhecer e acolher a singularidade de cada sujeito, capaz de articular humildade e firmeza, abertura ao diálogo e enfrentamento as formas de opressão, inclusive as mais sutis, inscritas na linguagem e nas práticas educativas.

Para que ela se efetive, é necessário reconhecer no outro, sobretudo na pessoa historicamente oprimida, um sujeito de saberes, de trajetória e de potência transformadora, e não alguém inferior ou meramente carente de passividade ao mundo e as informações. Logo, problematizar a construção do humano na formação dos indivíduos, é exercer, no cotidiano de relações, o respeito, a alteridade e a empatia, bem como a valorização e o reconhecimento do outro enquanto pessoa (Santos *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025).

Assim, o despertar da amorosidade perpassa o caminho do cuidado. Cuidar, entre muitas coisas,

[...] significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Cuidar é entrar em sintonia com o outro, perceber empaticamente seu ritmo e afinar-se

com ele. É conviver. Trata-se de um modo de ser no mundo, de criar vínculos e relações com todas as coisas a partir de uma ética de convivência, e não de dominação ou tutela. Mais que um ato expresso num momento de atenção, de zelo ou desvelo, a ética do cuidar pressupõe uma atitude de ocupação, preocupação e envolvimento afetivo com o semelhante (Vilhena *et al.*, 2017, p.352)

Esse bojo de ideias solidifica o sentido do reconhecimento do outro para a construção do mundo comum, pois vai ao encontro da intersubjetivação das consciências, que é a alma do processo de humanização (Freire, 1987). Isso pode ser corroborado pela perspectiva do grupo de participantes da pesquisa, quando identificaram que a construção do controle social também perpassa por valores relacionais. Vistos que tais valores também fundamentam a base do controle social.

Como uma simbiose, Freire (1987) afirma que não há diálogo sem amor. O diálogo verdadeiro e justo, que se concretiza no reconhecimento de si e do outro, é decisivo para construção do mundo coletivo. Logo, ele, quando assume o caráter circular e colaborativo, propõe sujeitos *in-mundos*², críticos e libertos, que se afetam mutuamente ao abrir espaço para múltiplos processos de subjetivação e de produção de mundos, tornando-se força de reconstruírem a realidade (Abrahão *et al.*, 2013).

Este também se orienta pela EPS, somado a amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com o programa democrático e popular (Brasil, 2013). É, por isso, que a garantia de uma consciência comunitária, solidária, *in-mundo* e, conseqüentemente, crítica e autônoma, perpassa, necessariamente, a compreensão do valor relacional do diálogo, pois é com ele que os sujeitos do processo se reconhecem como aprendizes em condição de igualdade, sem hierarquização de saberes, delatando o inacabado, sem que isso os reduza à ignorância (Abrahão *et al.*, 2013; Mello, 2021; Brandão, 2025).

Em adição, o compartilhamento de saberes, sustentado pela valorização do outro, provoca a afetação das relações de modo a transformá-las. Com processos comunicacionais compromissados com o agir pedagógico e democrático, a construção compartilhada de conhecimento entre pessoas e grupos com diferentes saberes, culturas e ocupações sociais, podem nortear a compreensão e a emancipação coletiva das ações em saúde em suas dimensões teóricas, políticas e práticas (Mello, 2021; Mello; Lima; Santos, 2024).

² Termo utilizado por Abrahão *et al.* (2013) ao narrar a afetação que atravessa os sujeitos nos encontros ao se misturarem e se afetarem com as relações, excluindo, portanto, a premissa de que o pesquisador é estritamente neutro em sua pesquisa.

Tal fato corrobora ainda com o pensamento anunciado por França e Mello (2023), saberes distintos (técnicos e vivenciais) não devem conduzir ao silenciamento de um em relação ao outro. Ao contrário, para os autores, os diferentes potencializam o encontro, de maneira a produzir maior legitimidade e riqueza aos aprendizados, na direção de um consenso orientado à afirmação da vida.

Nesse sentido, resgatar e exercitar – na atividade cotidiana em saúde – os valores pessoais e relacionais, utilizando como caminho os pilares da EPS frente ao cenário de cogestão, é uma estratégia possível de revigorar os sentidos da participação e do colegiado gestor, pois partir do reconhecimento do outro em sua integralidade e na legitimidade de suas diferenças, compreendidas como passíveis de compartilhamento e construção conjunta, constrói-se práticas dialógicas (Brandão, 2025).

Ao estruturar bem essas bases, avança-se para as ações concretas, demonstrando a natureza ativa e política que requer o controle social. Para Demo (2013) a participação configura-se como um processo de conquista, em permanente construção, marcado por seu caráter inacabado. Não se trata de dádiva, concessão ou algo previamente dado. Ao contrário, a participação envolve e exige disputas de narrativas e intencionalidades, se expressando como uma outra forma de exercício do poder.

Esta que se finda com presença e pressão, a partir do controle social, entre o direito instituído e instituinte, possibilita, pelos sujeitos, a análise do processo histórico da correlação de forças, compreendendo a saúde como um campo de disputa nas lutas sociais, por meio do qual diferentes atores buscam se apropriar, como gestores, burocracias estatais, o capital financeiro, os planos de saúde e os investidores do setor. Logo, é no âmbito do controle social, que se alinha a garantia direitos e que atravessam as contradições entre capital, trabalho, Estado, sociedade e grupos de interesse (Faleiros *et al.*, 2006).

Por outro lado, o enfraquecimento da participação e, conseqüentemente, do controle social alimenta um processo de democratização débil, visto que propicia espaços institucionalizados de participação colonizados por interesses particulares, sejam eles partidários, clientelistas, empresariais, corporativos, religiosos ou mesmo de grupos de usuários com questões em comum (Paim, 2008b).

É nesse sentido que as ações concretas detêm tanta relevância. Quando organizadas, facilitam e tornam - mais direto e justo - o contato entre as parcelas sociais e as diferentes instituições de poder, de modo a possibilitar agendas reais e dialógicas com as distintas realidades da população, sendo entendida como um processo continuado

da democracia na vida social (Oliveira; Almeida, 2009; Moraes; Andrade Neta; Moraes, 2024; Melo *et al.*, 2024).

Contudo, essas ações desenhadas ainda não representam uma total verdade. O que se observa atualmente, no cenário do colegiado gestor – cenário de possível execução de ações concretas levantadas –, é a desarticulação entre as classes, falta de envolvimento social, o desinteresse, a forte presença do modelo hegemônico, do autoritarismo, da manipulação, do esquecimento do segmento popular nas decisões, a incompreensão de papéis, fatores que por exemplo prejudicam a consolidação da participação social e democrática instituída (Gomes; Órfão, 2021; Roque *et al.*, 2021; Alves; Sousa, 2025).

O caminho dialógico, no entanto, pode ser visto a partir do apontamento de Melo *et al.* (2024) que trazem como exemplo efetivo, a participação da população em audiências públicas, que são instrumentos abertos para transparência de informações e debates entre os atores sociais, de modo a solucionar problemas de maneira coletiva, como os conselhos e conferências. Tal participação dos indivíduos têm configurado um avanço democrático, ao indicar caminhos para a participação social na discussão de problemas de interesse coletivo, por meio do diálogo com as diferentes camadas sociais.

Assim, mais do que estabelecer normas, é empoderar-se delas, a luz de melhorá-las e não permitir estagnação ou retrocessos de direitos. Para Bravo, Paula e Raichelis (2024) a participação dos sujeitos somente se concretiza, se há um vasto e profundo processo de mobilização, capaz de sustentar uma intervenção qualificada e propositiva, de modo a lutar por garantias já conquistadas e exercitar formas de pressão sobre o poder público.

Para eles, parcelas de classe com menor habilidade de organização, tendem a vivenciar desafios ainda mais complexos. Para que a participação social se opere, é fundamental que as representações da camada civil, frente aos espaços de controle social, estejam articulados com suas bases, tenham consciência de seus direitos e saibam a quem reivindicá-los. Por isso, evidencia-se a necessidade e relevância da organização coletiva, enquanto condição para uma participação, verdadeiramente, ativa e implicada nas decisões públicas (Bravo; Paula; Raichelis, 2024).

Por se tratar de uma atividade de difícil acesso as frações mais pobres da população, principalmente, pelo caráter voluntário, o exercício pleno do controle social é atravessado pela ausência de apoio financeiro para custear as viagens e participação dos usuários, a falta de tempo que é atravessada por demandas individuais – em um contexto imerso no sistema capitalista que privilegia valores individualistas e reduz a sociedade à

lógica do consumo e da acumulação –, o distanciamento com a representatividade e linguagem popular, além da frustração decorrente do não reconhecimento da relevância da ação sociopolítica, configuram-se como obstáculos significativos à mobilização social do volumoso segmento do SUS: os usuários (Coelho, 2012; Ventura *et al.*, 2017).

Nesse bojo, torna-se fundamental criar condições políticas e materiais que assegurem meios efetivos para a participação da representação dessa parcela importante e indispensável para o controle social. Assim, o fortalecimento dessa representação envolve o reconhecimento e a legitimação de suas associações e formas de organização (Bravo; Paula; Raichelis, 2024).

É nesse cenário que emergem os diferentes atores, identificados pelos participantes como personagens sociais e institucionais, bem como como canais e dispositivos de comunicação e mobilização. Reconhecem, portanto, nas instâncias e sujeitos, o papel que desempenham no fortalecimento da participação comunitária, a luz de uma melhor construção do controle social.

No entanto, mais do que reconhecer, é crucial que a atuação dos atores sociais e institucionais seja fortalecida e ampliada, de modo a resgatar o controle social enquanto meio de manutenção do caráter político do setor saúde da saúde. Com isso, a saúde passa a se firmar como direito à cidadania, por meio do diálogo com a sociedade, para além dos limites institucionais do SUS, possibilitando o pleno exercício dos papéis dos diferentes atores. Nesse viés, instituído como uma das diretrizes do processo de gestão compartilhada e solidária, o controle social incorpora, em sua essência, direitos a serem garantidos (Melo *et al.*, 2024)

Segundo Fleury (2008), para que a sociedade civil se fortaleça sem se submeter a processos de cooptação pelo aparelho estatal, é essencial que se produza autonomia suficiente para resguardar suas identidades e, ao mesmo tempo, disponha de capacidade política para projetar seus interesses na esfera pública. Assim, a tensão entre autonomia e a inserção dos interesses na ação política constitui um elemento inerente e estruturante da sociedade civil.

Essa tensão, portanto, não é um problema a ser superado, visto que é uma característica constitutiva da sociedade. Em situações práticas, os conselhos e conferências, movimentos sociais e espaços de controle social precisam lidar, constantemente, com o desafio da autonomia e interesse. Esta que deve se manter crítica e compromissada com o bem coletivo, não pode ignorar que seus indivíduos representam interesses, muitas vezes, desiguais e conflitantes. Essa tensão, portanto, é o que produz

dinâmica dialógica à sociedade, uma vez que permite que o movimento contraditório entre defender certa autonomia ética e política e, ao mesmo tempo, atuar politicamente para disputar interesses no interior das relações de poder (Fleury, 2008; Magalhães; Saraiva, 2021; Ziegler, 2023).

Assim, as tensões presentes entre diferentes tradições, grupos e estratégias no interior dos movimentos populares, por exemplo, encontram-se, em sua maioria, enraizadas nas diferenças de poder que atravessam esses espaços. Essas divergências não devem ser negadas, mas reconhecidas e enfrentadas por meio da colaboração recíproca entre coletivos e sujeitos, com vistas à construção de relações mais horizontais (Magalhães; Saraiva, 2021; Ziegler, 2023).

Por isso, para a Fleury (2008) esta tensão constitui o principal desafio, ainda em curso, desde a Reforma Sanitária, pois não se limita, unicamente, a garantia de acesso dos usuários, mas envolve a reorientação das lógicas administrativa e profissional que estruturam o sistema, que diverge da lógica centrada no usuário.

Nesse contexto, a articulação de saberes e práticas oriundos de distintas raízes históricas, culturais e sociais, ao se entrelaçarem de forma horizontal e dialógica, ampliam as possibilidades de encontro entre os sujeitos e favorecem a problematização da realidade e impulsiona processos de transformação social (Santos *et al.*, 2025).

Esse movimento coletivo de construção do conhecimento não apenas reconhece a legitimidade dos diferentes modos de saber e viver, como também fortalece a capacidade crítica e propositiva dos envolvidos. Assim, vão-se tecendo caminhos que se aproximam dos chamados inéditos viáveis, compreendidos como projetos e sonhos coletivos que, ancorados na realidade concreta e na ação política consciente, tornam-se possíveis de serem construídos e materializados no cotidiano (Santos *et al.*, 2025).

Portanto, mais do que validar o acesso dos usuários, é interpretá-los e entendê-los em suas subjetividades, trazidas aqui pelos saberes e práticas, de modo a integrar valores pessoais, relacionais, ações concretas e ferramentas, reorientando as perspectivas de poder e verticalização do controle social nas mais diferentes instâncias.

4.2 Potências e dificuldade na implementação do conselho local de saúde

Estruturada por três agrupamentos temáticos, essa categoria abarca as dimensões para a implementação do conselho de saúde no contexto local da CFAPA, destrinchadas enquanto: barreiras, atores e ferramentas.

A este respeito, o Marco de Referência da Educação Popular para as políticas públicas, tece uma crítica aos desafios da participação popular nas instâncias colegiadas formais nos dias de hoje, dada pelo baixo acesso à informação, a disseminação da desinformação, muitas vezes intencional, impactando, negativamente, no desempenho do efetivo controle social (Brasil, 2025).

Soma-se ainda, a pouca aproximação com o regimento interno do conselho local de saúde, que apresenta a função dos conselheiros, fato que resulta, conseqüentemente, em comportamentos de omissão ou até mesmo de passividade com o que é apresentado (Gomes; Orfão, 2021).

É a partir do desconhecimento, portanto, que surge barreiras vistas enquanto desinteresse, empecilhos individuais e aversão política, trazidos enquanto resultados desta pesquisa. O desânimo à participação do colegiado pode emergir a partir do distanciamento e despreparo dos usuários para acessar a informação e compreender o SUS, bem como as ações essenciais para que se germine um sentimento de pertencimento, reconhecimento e, desse modo, garantir a participação popular nos espaços de saúde (Valquez, 2005; Zambon; Ogata, 2013; Pereira *et al.*, 2019)

Dentre os desafios atuais para a mobilização efetiva da parcela popular brasileira, apresenta-se a comunicação. Parte desse desafio envolve o compromisso político das esferas superiores, que no ano de 2019, por exemplo, durante uma ruptura democrática de direitos, realizou um desmonte intencional da participação social por meio de decreto. Esse processo de retrocesso se expressou na extinção e no enfraquecimento de colegiados, na interrupção das conferências nacionais e na exclusão da participação social na elaboração e no monitoramento dos instrumentos de planejamento orçamentário (Brasil, 2025).

Apesar do decreto ter sido revogado mais tarde, com a nova figura presidencial, o desafio da comunicação ainda perdura. O enfrentamento da direita, responsável por fragilizar e destruir as decisões coletivas, impõe desafios ainda mais complexos e exige centralidade estratégica. Isso, pode ser evidenciando, nas eleições de 2022, que apontou para uma profunda divisão da sociedade brasileira, marcada pela disseminação de informações falsas, por discursos negacionistas e pela influência de determinados fundamentalismos religiosos (Silva *et al.*, 2025)

Essa polarização, atribuída ao pilar – intencional ou não – da comunicação, faz com que o sentimento de medo e ódio sejam mais percebidos, visto que são tidos como emoções fundamentais para os processos de identificação e engajamento político. Assim, o ódio, tal qual o nojo e o medo, representam uma forma de aversão ao outro, relacionada a concepção moral e de à autopreservação (Carvalho, 2024).

Corroborando com essa ideia, para Kolnai (2004), a aversão manifestada pelas três formas - nojo, medo e ódio - traduz, no âmbito deste estudo, a aversão política como aproximando-se, sobretudo, dos sentimentos de nojo e de medo. Sendo assim, o nojo opera como um mecanismo de afastamento daquilo que se deseja evitar, visando prevenir a contaminação, enquanto o medo atua como estratégia de autopreservação, ao levar o indivíduo a reconhecer uma ameaça e a manter distância do perigo identificado.

Como cereja de bolo: a aversão política se avoluma. O espaço de debates, de ideias antagônicas, a cultura política autoritária, a frágil mobilização social, a resistência dos cargos mais altos em compartilhar o poder, o distanciamento entre representantes e representados, a centralização das demandas em questões administrativas e nos processos decisórios hierarquizados das políticas sociais, em detrimento do interesse coletivo, bem como o uso do cenário, enquanto palanque e moeda de troca, constituem fatores que dificultam a consolidação do controle social em saúde e ampliam a descrença quanto ao potencial das instâncias participativas para melhorar as condições de saúde da comunidade (Fleury, 1994; Coelho, 2007; Zambon; Ogata, 2013; Carvalho, 2024; Brasil, 2025; Delforge *et al.*, 2025).

Entretanto, embora essa problemática seja atravessa por ensaios de discordâncias e possíveis conflitos, Durán e Gerschman (2014) narram que esses espaços – onde o conflito social se manifesta – são terrenos férteis para a mudança, se assemelhando com os movimentos sociais, em estado de potencialidade na sociedade.

Esse fenômeno independe das instituições governamentais e do sistema partidário. Assim, reconhecer no conflito, a condição necessária para fortalecer as democracias atuais, é a chave para a construção de pontos convergentes entre as instituições políticas e as demandas coletivas. Nessa perspectiva, o conflito não é um desvio a ser eliminado nem um sinal de falha da democracia, mas um elemento constitutivo do próprio campo político (Durán; Gerschman, 2014; Freitas, 2021)

Coelho (2007), por sua vez, discorre sobre a problemática que se dilata ao se excluir atores que não integram as redes sociopolíticas. Para ele, a figura de personagens antagônicos é fundamental para a confecção de processos políticos democráticos e

plurais. Isso produz rompimento à herança de substituição por personagens que são similares, que possuem o mesmo interesse e, desse modo, limitam o debate.

Nesse sentido, a diversidade de posicionamentos colabora para uma participação social mais capilarizada e coletiva, uma vez que ao excluir os dispareos, os processos participativos são marcados por desigualdades e assimetrias de poder, corroborando para novas formas de exclusão e manutenção do controle pelos grupos mais ativos e estabelecidos (Coelho, 2007; Durán; Gerschman, 2014; Nespoli *et al.*, 2020, Freitas, 2021). É romper, em resumo, com a cadeia estruturante de poder e, conversar com a lógica de potência trazido pelo coletivo, enquanto espaços inclusivos e diversificados.

A este respeito, a forma e a intencionalidade de se comunicar – recursos valiosos – são ferramentas cruciais para a construção e fortificação do vínculo entre os sujeitos. Isso porque a comunicação e a informação, são compreendidas como variáveis importantes, capazes de influenciar nas relações sociais e contribuir para o fortalecimento de políticas públicas de saúde, especialmente, na perspectiva da participação popular (Oliveira, 2004; Pereira *et al.*, 2019; Gomes; Orfão, 2021; Rodrigues; Silva; Cruz, 2021).

Ainda para Oliveira (2004, p.4) “[...] o papel da comunicação, nada mais é do que uma variável responsável para criar um clima favorável à recepção das mensagens ou informações, definidas como relevantes pelo pólo emissor”. Isso corrobora com a ideia de que a elite técnica é responsável por absorver, reelaborar e retransmitir o imaginário coletivo presente nas representações sociais.

Podem, portanto, atuar de forma pedagógica e política, buscando difundir valores, divulgar informações administrativas, influenciar a opinião pública, intervir em contextos de conflito e fomentar cooperação, mobilização, solidariedade e a disseminação de ideologias que sejam favoráveis a si, deixando em xeque uma abordagem mais dialógica e problematizadora das interações na vida social (Oliveira, 2004; Cecilio, 2010; Zambon; Ogata, 2013; Pereira *et al.*, 2019).

Principalmente no cenário da saúde, essa problemática assume papel hegemônico, marcada pela predominância de um discurso centralizado, prescritivo e socialmente legitimado, produzido por atores que detêm o poder prescritivo dos modos de adoecer, morrer e cuidar da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo. Assim, o poder e as características do discurso relacionam-se diretamente à posição social dos interlocutores e às competências culturais, simbólicas e políticas que detêm (Oliveira, 2004; Santos *et al.*, 2022; Franco; Penido, 2025; Santos *et al.*, 2025), podendo ser observadas no

posicionamento da equipe técnica enquanto corpo ausente e de incentivo ao fortalecimento do conselho.

Essa experiência dialoga com a trazida por Paro, Ventura e Silva (2020), ao destacar que a formação em saúde exige mais do que a simples oferta de conteúdos, demandando um compromisso coletivo com as possibilidades de transformação e com as mudanças em curso, bem como abertura à construção de projetos coletivos.

Assim, apesar de ser vista enquanto problema, a comunicação também pode ser explorada enquanto um potente artefato para o estímulo da participação social, do controle social e, conseqüentemente, para o reencantamento³ do mundo.

Ela, quando dentro de uma perspectiva dialógica e educativa, propicia condições de participação horizontais e amorosas, por meio de onde os participantes envolvidos se transformem em sujeitos de argumentação e de opinião, capazes de buscar esclarecimentos e propor ações que perpassam a cooperação e o compartilhamento de sentidos. Essa ótica, se contrapõe, aos processos comunicacionais centrados no exercício do poder de dominação, de manipulação e de coerção (Rodrigues; Silva; Cruz, 2021; Brasil, 2025; Brandão, 2025).

Essa a articulação, de saberes e práticas, oriundas de diferentes sujeitos e suas bagagens, ao se entrelaçarem, favorece o diálogo, impulsionam processos de transformação e possibilitam a construção de caminhos que se aproximam dos inéditos viáveis, entendidos pelos autores como sonhos coletivos viáveis de concretização (Paro; Ventura; Silva, 2019).

Nessa perspectiva, a Educação Popular em Saúde, atualmente, se consolida como concepção e prática, dada pela práxis, sendo capaz de reorientar modos de pensar e agir fundamentados no diálogo, na criticidade da realidade e na prática coletiva organizada, com foco na transformação de contextos autoritários, bem como das relações humanas e sociais marcadas por desigualdades (Siqueira; Pulga; Dantas, 2025).

Para Paludo (2025) é no diálogo que a Educação Popular em Saúde se faz presente. Ela fundamenta-se na indissociabilidade entre as dimensões política e pedagógica, reconhecendo que toda prática educativa é histórica, situada e não neutra. Assim, o diálogo, parte de um marco ontológico que coloca o ser humano no centro do processo

³ Termo cunhado por Silvia Federici em seu livro “Reencantando o mundo: feminismo e a política dos comuns” que abarca o reencantamento como o ato de os sujeitos se reapropriarem e construírem uma visão em que os outros não são inimigos, resgatando o senso de cooperação e o cuidado entre os seres humanos e toda forma de vida que compartilha este planeta.

educativo, afirmando-o como sujeito de direitos e reconhecendo todos os indivíduos como construtores de saberes, valores e cultura.

Além disso, o diálogo se compromete, com a transformação social e com a coerência entre discurso e prática, sem a qual a ação educativa perde a sua intencionalidade. Nesse sentido, a EPS perpassa a intencionalidade do ato educativo e ancora-se na problematização, no diálogo e na participação, adotando uma concepção ampliada de educação que abrange tanto os processos formais quanto os não formais (Paludo, 2025).

É a partir desse contexto que para Santos *et al.* (2025) a escuta sensível, o diálogo entre pares e a construção coletiva de conhecimentos, destacam-se como processos primordiais à construção simultânea da formação crítica dos sujeitos envolvidos.

A disponibilidade da informação pública não se limita apenas ao acesso físico, mas envolve a transparência e a compreensão dos sujeitos a respeito do que é produzido e divulgado pelo Estado. Esse entendimento ultrapassa os aspectos de legalidade e legitimidade ao reconhecer que, para cumprir seu papel de transformação social, a informação pública deve ser acompanhada de mecanismos que promovam aproximação com a realidade e garantam sua efetiva compreensão, especialmente, por meio de uma linguagem adequada aos diferentes sujeitos que acessam esses conteúdos (Rocha; Martins; Farias, 2020; Pedroza, 2024; Santos; Ferla, 2025).

Nesta direção, a transparência consiste em tornar explícitas as motivações, aspirações e intenções diante dos envolvidos, possibilitando que, enquanto seres racionais, avaliem as ações realizadas. Trata-se, portanto, de uma forma de demonstrar, desde o início, o compromisso ético, democrático e emancipatório que orienta a relação com o outro, pois uma sociedade às escuras não cresce (Freire, 1987; Pedroza, 2024).

Assim, importante ferramentas para o fortalecimento do controle social, pontuadas neste estudo, traduzem a profundidade ao pensar o acesso à comunicação e disseminação de informações com a comunidade, bem como estratégias de superação a aversão política ao focar em práticas dialógicas mais pedagógicas, transparentes e próximas da realidade vivida pelas comunidades.

Tal estratégia foi apresentada por Cecilio (2010), ao narrar sua observação – a partir da educação permanente enquanto espaço de reflexão e diálogo – em Campinas. O autor destaca o reconhecimento dos empecilhos ligados a comunicação no colegiado gestor, dentro de onde foram elaboradas estratégias formais para ampliar a circulação das informações, como informes nas equipes de referência, reuniões gerais, uso de painéis e

disponibilização das atas, identificando o valor e potência das conversas informais, as quais desempenham a principal fonte de informação sobre o que acontece no colegiado gestor.

Logo, torna-se urgente que os sujeitos envolvidos no colegiado gestor assumam uma linguagem mais próxima da realidade dos usuários, democratizando os saberes distintos e populares, a humanização do outro e a amorosidade, caminho possível com a EPS (Santos, *et al.*, 2025). Esse novo percurso, favorece processos dialógicos de participação popular no SUS, combatendo abordagens prescritivas e dominadoras de se comunicar (Nespoli *et al.*, 2020), porque “Não há diálogo [...] se não há um profundo amor ao mundo e aos homens” – Freire (1987, p. 51).

Outro aspecto importante a se debruçar, buscando o adensamento da discussão, é o baixo engajamento dos usuários comprometido pelos obstáculos pessoais, que podem se representar em pouca disponibilidade de tempo, horários pouco acessíveis e dificuldades cotidianas, como o cansaço físico após a jornada de trabalho, fatores que acabam por inviabilizar a participação de muitos cidadãos (Ventura, *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2019; Gomes; Orfão, 2021).

Essas problemáticas são responsáveis por distanciar o controle social do processo de democratização da saúde, tornando-o carente as demandas sociais e harmônico aos discursos dominantes, que produzem a manutenção de seu poder.

Cientes das dificuldades que a participação social tem sofrido, essa discussão tem sido apresentada nos CNS que integram a participação dos segmentos da população, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços, de forma paritária. O último e 17º CNS realizado em 2023, por exemplo, foi responsável por produzir uma agenda estratégica e inovadora, estimulando processos de formação e incorporação de práticas transformadoras e de engajamento de novos atores/atrizes no movimento social da saúde (Ferla *et al.*, 2024; Magano; Silva, 2025). Entre as pessoas presentes, compartilharam-se suas realidades, percepções, avanços e desafios, expressando vivências marcadas por emoções como orgulho, medo, contentamento e indignação, reveladas tanto nas falas quanto nos gestos e silêncios (Silva, 2024)

Essa troca vivenciada no chão da 17ª CNS desperta entre os participantes o sentimento de pertencimento e de participação cidadã na construção das políticas públicas. Ao favorecer o diálogo, ela contribui para mudanças de mentalidade, fortalece a mobilização social e forma sujeitos comprometidos com a defesa do SUS e com a construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo (Costa, 2024).

Desse modo, à medida que as propostas ganham concretude, a 17ª Conferência se mantém como um processo vivo e contínuo, cujo impacto se revela nas transformações culturais e estruturais que se tecem, na reafirmação da saúde como direito e no fortalecimento do compromisso coletivo com um país mais igualitário e solidário, uma vez que as ideias semeadas são colhidas e ressignificadas, sendo ressemeadas nos diferentes cenários de luta, vida e atuação dos sujeitos ali presentes (Costa, 2024).

Ao reconhecer o colegiado como prioridade da gestão, parte-se do entendimento de que a participação é um elemento necessário e estruturante desse espaço. Para isso, torna-se indispensável repensar estratégias efetivas adotadas ou não para enfrentar os limites à participação

Assim, as categorias profissionais, em diálogo com outros segmentos sociais, têm buscado intervir na transformação da realidade ao articular as atividades profissionais à produção crítica de conhecimentos e à participação nos processos das políticas públicas, assumindo a luta pela garantia de direitos e pela democratização do Estado (Bravo; Paula; Raichelis, 2024).

No entanto, essa experiência ainda não alcança a maioria das realidades locais. O que se encontra, atualmente, é a perduração dos desafios que ainda não foram superados. A restrição do tempo dos encontros, o despreparo e descompromisso dos gestores em conduzir e fortalecer os desafios da participação, a inclusão da equipe técnica nos espaços – sendo quase que exclusiva a presença dos ACS e ausência das demais categorias –, a falta do debate permanente sobre a importância do colegiado para além das reuniões formais do colegiado, bem como a visão negativa sobre os conselhos de promover mudanças efetivas e enfrentar problemas concretos (Sapucaia; Low; Santos, 2018; Busana *et al.*, 2021; Gomes; Órfão, 2021; Pontual; Lins, 2025; Souza, 2025).

Para Souza (2025) transformar o caráter, os sujeitos e, dessa forma, o colegiado, leva tempo, exige paciência e comprometimento permanente por parte dos sujeitos envolvidos, sendo um passo imprescindível para o fortalecimento de um sistema de saúde mais justo, equânime e que, efetivamente, se cunhe no bem comum (Souza, 2025).

Essa ideia corrobora com os dados deste estudo, que reconhecem o papel de diferentes ações de enfrentamento e organização – dado por ferramentas e atores –, enquanto terreno fértil de fortalecimento do controle social.

Soma-se assim o papel dos semeadores, físicos e simbólicos, do fortalecimento pela participação ativa e comunitária, que são encontrados, muitas vezes, em raízes territoriais e revigorantes do vínculo. Como é o caso apresentado pelos participantes ao

legitimarem a potência dos diferentes atores, mobilizados nos processos participativos, compromissados em produzir sentido, mobilização e transformação coletiva.

A ação coletiva é como um embrião aos movimentos sociais. O primeiro, que se sustenta sob a forma de comportamentos reivindicatórios dentro do modelo político vigente, os movimentos sociais agem de maneira mais ampla, de modo a colocar em xeque o sistema organizacional impermeável e distante das necessidades da sociedade (Durán; Gerschman, 2014). Assim, o sujeito político atua como protagonista das transformações necessárias à realização de uma reforma social, articulando o direito à saúde ao processo de democratização da sociedade (Paim, 2008a).

Nesta direção, ao (re)conhecer as dificuldades e potencialidades presentes nos diferentes canais de participação popular, que podem influenciar o pleno exercício do controle social, torna-se possível traçar estratégias que subsidiem a superação desses obstáculos, de forma mais coletiva e comunitária, a fim de garantir, constitucional e efetivamente, o princípio orientador do SUS: o controle social (Brasil, 1990b; Gomes; Orfão, 2021).

Para isso, é crucial o reencantamento à participação popular. Desse modo, pode ser bordada pelo vínculo entre conselheiros e comunidade, já que a análise trazida pelos autores Gomes e Órfão (2021), muitos conselheiros de saúde possuem vínculos frágeis ou inexistentes com suas bases sociais e, na maioria das vezes, não compartilham com os representados as decisões tomadas nos espaços de controle social. Nesse desencontro, os vínculos se fragilizam e tensionam o sentimento de confiança coletiva, emergindo a descrença no poder das instâncias participativas de transformar a realidade e de cuidar.

Segundo Alves e Sousa (2025), os Agentes Comunitários de Saúde têm papel fundamental e estratégico no fortalecimento das participações populares, uma vez que atuam como sujeitos importantes na mediação entre a comunidade e os serviços. Estes, ao agirem enquanto pontes vivas entre os saberes do território e o sistema de saúde, favorecem a aproximação com o serviço e profissionais, de modo construir vínculos mais sólidos e duradouros entre eles, e, conseqüentemente, apoiam a participação da comunidade nos processos decisórios de saúde.

Para (Paim, 2008b) entre as razões que explicam o sucesso da gestão colegiada, destaca-se o relacionamento proativo estabelecido entre o colegiado e os diferentes segmentos representados. Esse vínculo se materializa com a elaboração e divulgação de atas-resumo das reuniões, bem como pela realização de relatos periódicos pelos

representantes junto aos coletivos que representam. Tais estratégias favorecem a transparência, fortalecem a comunicação e ampliam a confiança entre os envolvidos.

Apesar de se tratar de uma concepção antiga, a ideia de transparência associada à maior participação permanece atual. A transparência, apoiada pela responsabilidade, é elemento indispensável nos processos de prestação de contas e tomada de decisões, porque é capaz de fomentar confiança e incentivar a participação social e ainda superar as dinâmicas de desinformação. Portanto, a transparência segue sendo fundamental para fortalecer a inclusão, promover a confiança entre os pares e aumentar a participação da comunidade (Kazanskaia, 2024; Luz; Ibiapina, 2025).

Soma-se ainda a resposta as necessidades da população que, conseqüentemente, produzem confiança nos mecanismos de cogestão. Ao dialogar com diferentes vozes, bagagens, lugares e singularidades locais, produz-se um olhar mais sensível as possíveis soluções adequadas a se construírem e que podem ser diferentes em cada lugar, tecendo práticas de cuidado e de gestão em saúde mais concretas e resolutivas (Vazquez *et al.*, 2005; Marques; Menezes, 2025; Santos; Ferla, 2025). Pois para compreensão das necessidades reais dos povos é necessário que a leitura do mundo anteceda a leitura da palavra (Freire, 2021).

Para isso, a abertura de canais efetivos para a cogestão é fundamental (Paim, 2007). Esses, que podem ser alinhavados, a partir de metodologias pedagógicas e populares, calcados na Educação Popular, se constroem na experiência concreta, no encontro e na implicação com o outro, onde aprendizado nasce das relações estabelecidas – sustentadas por diálogo, escuta e reconhecimento – com pessoas, territórios, instituições e movimentos sociais (Magano; Silva, 2025; Santos *et al.*, 2025).

Diante de espaços semeados pela prática dialógica, estimulador de problematização, livre de opressão, no processo de partilha dos saberes e diferenças, semeiam-se possibilidades de inéditos viáveis para o fortalecimento de sujeitos críticos e implicados com a reinvenção de si e do mundo e tensionando espaços sólidos e compartilhados de cogestão em saúde (Nespoli *et al.*, 2020; Paro; Ventura; Silva, 2020).

Como forma de reinventar esses sentidos urge o valor de resgate as memórias e significados coletivos sobre lutas anteriores (Faleiros, *et al.*, 2006). Resgatá-los segue sendo essencial para valorizar o presente que se vive e sonhar novos futuros, já que inspira novas ações. Dessa forma, ao reconhecer, preservar e mobilizar essas memórias, se tecem sentimentos de identidade e pertencimento, sementes inatas para o empoderamento, mobilização, continuidade de lutas e resiliência coletiva (Rivera, 2023).

Soma-se ainda a maior facilidade para o exercício do controle social frente ao cenário da ESF, já que esta ancora-se no território e favorece a singularidade do cuidado. Com essa importante relação fortalecida, é possível que os usuários e equipes de saúde de aproximem, favorecendo a atuação ativa destes nas discussões sobre as suas necessidades de saúde, fato que reverbera sobre a ampliação de sujeitos críticos frente a melhores condições de saúde e sociais e, conseqüentemente, na melhoria do controle social (Souza *et al.*, 2021).

É nesse bojo, portanto, que o colegiado gestor assume, impreterivelmente, um caráter político, capaz de ultrapassar as fronteiras administrativas e burocráticas e, por isso, não deve ser visto e discutido apenas pelo formalismo de sua composição e funcionamento, mas sim, pelos sentidos que lhe são atribuídos e pela maneira como é operacionalizado pelos diferentes atores, a fim de assegurar sua real implementação.

Forma-se, portanto, como um cenário de participação coletiva que, respeitando diferentes singularidades e representatividades, atua como ponte para a preservação da diversidade de interesses. Ao valorizar diferentes saberes e trajetórias, essa abertura garante espaço a múltiplas vozes, fortalecendo o diálogo e consolidando processos plurais comprometidos com a equidade.

Por isso, é crucial reconhecer que os silêncios e desafios vividos pelos usuários do território não estão à margem, mas habitam o cenário do próprio colegiado, reconhecendo na Educação Popular em Saúde inéditos viáveis de possibilidades.

4.3 Cogestão na Atenção Primária à Saúde: enfrentando desafios no fortalecimento do controle social

Este último e especial item da discussão é responsável por apresentar a rica colheita desse trabalho, dado sempre de forma coletiva e revelando a potência das fronteiras redescobertas entre o serviço de saúde e o território, representado por uma ação concreta.

Vale ressaltar que tal colheita foi possível devido a relação direta e imprescindível entre o Curso de Residência do Programa de Enfermagem de Família e Comunidade, a Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga e o território em que a pesquisadora atua enquanto enfermeira-residente.

Tal relação se construiu no cotidiano do trabalho em saúde, a partir da inserção da residência no território vivo, do diálogo com os sujeitos que o habitam e da problematização das práticas desenvolvidas no colegiado gestor da Atenção Primária à Saúde, reafirmando o processo dinâmico, potente, contínuo e dialógico de ensino-pesquisa-serviço.

Essa articulação se materializou no presente estudo, resultando na produção de Produto Técnico-Tecnológico (PTT), que conversa diretamente com os interesses da unidade de saúde e do território, ao mesmo tempo em que fortalece processos formativos, participativos e reflexivos. Portanto, o trabalho se configurou numa contribuição concreta da Residência para a qualificação da APS no âmbito do SUS, reafirmando seu compromisso ético-político com a formação em serviço e com as necessidades reais do território (Subpav, 2024).

Diante disso, esse item não se trata da criação de uma nova categoria analítica, mas da partilha de um recorte da discussão construída ao longo do percurso, com foco nas estratégias tecidas no cotidiano para superar os desafios da implementação do controle social no nível local da Atenção Primária à Saúde.

Nesse sentido, esse item é responsável por abranger o PTT desta pesquisa, pavimentado o percurso no reconhecimento do contexto e seus movimentos, semeando um potente fruto: o nascimento da produção coletiva do regimento interno.

Compromissado em alcançar os objetivos propostos e uma mudança no cenário político-social, o percurso deste estudo trilhou e alcançou mudanças importantes para o cenário do colegiado gestor.

O espaço antes esvaziado - por desconhecimento ou desinteresse - com pautas duras, metodologias expositivas, comunicação robusta e distante da realidade, com vozes silenciadas, protagonismo comunitário fragilizado e participação outorgada de alguns trabalhadores muda seu perfil.

No entanto, isso não se deu forma rápida e fácil. A vivência da pesquisadora ao longo dos encontros do colegiado gestor, favoreceu uma leitura crítica da manutenção das relações de micropoder nas práticas de cuidado e de gestão, muitas vezes imperceptíveis, mas, profundamente organizadoras dos vínculos e das subjetividades. Tais relações, presentes em diferentes campos sociais, tendem a limitar a escuta e a reduzir o outro a um lugar passivo no processo decisório (Foucault, 2021).

Assim, com o desejo de criar relações mais próximas e horizontais entre todos, avolumar o público, melhorar as discussões e fazer emergir o caráter participativo dos

usuários e profissionais, a ideia era simples, mas desafiadora: questionar hábitos já enraizados para trazer de volta a força da participação social, princípio garantido pela lei nº 8.142 de 1990, e garantir que as pessoas que usam o serviço estivessem, de fato, no centro das decisões sobre o cuidado.

Para que isso acontecesse na prática, precisou-se mudar a rota. Foi proposto a antiga gestão, que os encontros se dessem mais perto da comunidade, favorecendo e constituindo um rodízio do cenário para a sua execução, que culminou na aproximação com o território. Além disso, as artes visuais e divulgação do colegiado passaram a acontecer em tempo oportuno, de forma a avisar sobre as reuniões com mais antecedência e de forma mais ampla, conversando diretamente com lideranças e associações de moradores, fortalecendo a comunicação.

Foram reorganizadas as agendas e suas respectivas pautas, com expressiva transformação do *modus operandi* na condução das reuniões, sem supressão de falas ou reclamações, com transparência dos fluxos e protocolos e, especialmente, incluso na agenda as demandas da comunidade. Se uma fala se inflamava durante o colegiado, não era silenciada, mas explicada sobre o atravessamento e proposta a sua inclusão no próximo colegiado, como se deu com o tema do SISREG versus SER, tanto quanto da inclusão de profissional da Comlurb após questionarem as mudanças nas caçambas de lixo, dentre outras situações.

Com o apoio da nova gestão e de sua trajetória crítica e participativa, instituiu-se também um *quórum* formal, inexistente até então, com a definição de representantes titulares e suplentes entre os profissionais das equipes da clínica. Elencou-se, ainda, um *slogan*, produzido por uma ACS durante uma das reuniões do colegiado - “Venha você e traga mais um” - como forma de expandir o envolvimento e o corpo dos participantes nos encontros.

Para além de produzir estratégias ativas de participação no ambiente que se almejava transformar, a pesquisadora produziu oficinas extraordinárias, calcadas nesse estudo, com a temática do controle social, que buscavam aproximar, mas também problematizar, o conceito, o intuito, a relação e a proximidade do controle social com o processo de saúde-doença, reavivando a cogestão.

Os registros em atas, materiais simbólicos (memórias, falas, relatos) e imagéticos evidenciam esse processo de metamorfose. As reuniões passaram a contar com maior número de participantes e debates mais densos, marcados pelo diálogo e pela problematização das realidades vividas no território.

Assim, mais do que propor estratégias participativas alinhadas ao território, tornou-se fundamental reconhecer nos sujeitos, o saber que carregam, elemento essencial para a humanização das relações e para a construção de processos de cuidado mais emancipatórios (Freire, 1987; Pedroza, 2024).

Nesse desafiador, mas possível horizonte, o colegiado gestor aproximou-se da produção de práticas de saúde realizadas com a comunidade, e não para ela, reafirmando a perspectiva freireana de que a conscientização é mediada por movimento coletivo, como aponta o trecho: “Ninguém se conscientiza separadamente dos demais” Freire (1987, p.8). Desse modo, não só resgatou o espírito da cogestão, mas reconfigurou o território como um organismo vivo e pulsante de movimentação política.

Nesse sentido, com o intuito de ampliar o diálogo e compartilhar as transformações realizadas até o momento, o projeto de mudança do cenário do colegiado gestor foi submetido e apresentado na “1ª Mostra de Experiências da AP 5.1”, realizada em 11 de dezembro. O evento, cujas diretrizes e normas foram estabelecidas pela área de programação local, propiciou a troca entre os diferentes cenários e dispositivos da região (clínicas da família, CAPS, UPA, etc) por meio de seis eixos temáticos distintos, estruturados em duas modalidades de exposição: oral e pôster.

A presente autora optou pela submissão do trabalho no eixo “Gestão da Informação e Qualificação da Atenção”, especificamente, na subárea de “Caracterização do Território”. Como reflexo do alinhamento técnico-político com a gestão vigente, pautada no compromisso com o controle social e os princípios democráticos do Sistema Único de Saúde, a gestora em atuação foi convidada a fazer parte da produção como coautora, legitimando, mais uma vez, a natureza colaborativa do trabalho e celebrando essa grande parceria.

Quanto ao processo avaliativo, ambas as modalidades foram avaliadas por bancas examinadoras compostas por profissionais do próprio serviço, vinculados tanto à assistência quanto à gestão local. Como forma de garantir uma apreciação imparcial e transparente, o regulamento estabelecia que nenhum avaliador poderia estar ligado, direta ou indiretamente, com os trabalhos analisados.

Ao final, foram reconhecidos e premiados os trabalhos que se destacaram pela relevância técnico-científica e pelo impacto positivo produzido nos serviços de saúde, reafirmando o papel da Mostra na valorização de práticas qualificadas no cuidado.

O presente trabalho foi um desses destaques, por meio do relato de experiência intitulado “Do Território à Gestão: um mergulho político-formativo no colegiado gestor

da Atenção Primária à Saúde na AP 5.1 do município do Rio de Janeiro”, responsável por narrar a vivência, enquanto enfermeira-residente, implicada nos processos de mudança vivenciados no âmbito do colegiado gestor. Ao propor transformações concretas que foram visualizadas na prática do cenário analisado, o trabalho foi contemplado com o 1º lugar do evento na modalidade pôster, conforme figura 3.

Figura 3 – Registro do prêmio na 1ª Mostra de Experiências da AP 5.1



Fonte: PREFC, 2025.

Ser reconhecida por este trabalho foi motivo de imensa realização e alegria, que tomou vida graças à participação contagiante e germinadora dos usuários, à atuação crítica, mobilizadora e energizante dos ACS e ao compromisso democrático e participativo da atual gestão (Melo *et al.*, 2024).

Esse espaço de troca permitiu que as transformações desenhadas até o momento ganhassem visibilidade ao processo em curso, permitindo que as experiências locais ganhassem corpo e voz. Assim, ampliou-se o debate sobre a importância da institucionalização de práticas participativas construídas no cotidiano dos serviços, mas que muitas vezes carecem de suporte formal, apresentando ao Estado não apenas dados coletados, mas um instrumento de transformação da realidade local (Bravo; Paula; Raichelis, 2024).

Nessa maré de transformações, ainda durante o caminhar deste trabalho, ao se buscar fontes sólidas e confiáveis para fundamentar a base teórica e metodológica do

estudo, foi realizada uma visita à Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde da AP 5.1 na tentativa de encontrar algum documento ou regimento que envolvesse o Colegiado Gestor.

O encontro foi organizado pela antiga gestora da clínica, que aconteceu no dia 24 de abril de 2025, com uma profissional, responsável pelo setor de Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS) da AP. A troca possibilitou a pesquisadora a conhecer importantes ferramentas de gestão, como o RAG – Relatório Anual de Gestão – da AP 5.1, e se aproximar de dispositivos antes desconhecidos, como o Colegiado Gestor entre gestores, organizado pela coordenadoria e o Conselho Distrital de Saúde (CDS) da área.

Ao mergulhar na dinâmica do colegiado gestor local, elucidando o interesse em produzir essa pesquisa e fortalecer o cenário frente à época, a pesquisadora se deparou com um grande vazio. Não havia regulamento próprio que formalizasse o encontro, que norteasse o gestor vigente ou tornasse os personagens passíveis de serem conselheiros em seus segmentos, fossem eles, profissionais, usuários ou gerente.

Esse vazio documental não apenas dificultava a padronização dos processos, mas também tornava os protagonistas desse espaço, como usuários, profissionais e gestores, figuras desprovidas de um amparo institucional claro, operando em uma estrutura de informalidade que fragilizava a memória e a legitimidade das decisões tomadas.

O único lugar que cita e formaliza o colegiado no nível local é a Carteira de Serviços da Atenção Primária (2021), que serve de guia para todas as unidades cariocas, e o Regimento Interno da CFAPA que refere, o colegiado, em um único e breve parágrafo.

Por isso, como forma de materializar o trabalho e efetivar uma devolutiva à unidade do estudo em que foi desenvolvido, a pesquisadora – mediante ausência de um documento – elaborou um regimento interno do colegiado gestor da Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga (APÊNDICE F), junto dos usuários e atual gestora da unidade, concebido enquanto PTT desta pesquisa.

Segundo o Guia para elaboração de Regimentos Internos (2021, p.4), o Regimento Interno

é um instrumento de gestão que regulamenta finalidade, estrutura orgânica e competências e atribuições das unidades administrativas [...] promovendo transparência à gestão [...] É neste documento que a estrutura administrativa é explícita e as atividades funcionais das unidades organizacionais são especificadas.

Além do Guia para elaboração de Regimentos Internos (2021), o documento teve como âncora as leis orgânicas (1990), a lei nº5.104 (2009) – que dispõe sobre o Conselho

Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde –, o Manual de Estruturas Organizacionais do Poder Executivo Federal (2019), a Carteira de Serviços da Atenção Primária (2021) e a resolução nº 765 (2024) – responsável pela aprovação do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.

Embora esteja orientado por bases legais que norteiam sua elaboração, o regulamento fundamenta-se, sobretudo, na realidade territorial vivenciada no cenário adscrito. Nesse sentido, buscou-se reconhecer as especificidades locais, os fluxos institucionais e as dinâmicas sociais presentes no território, de modo que garanta maior diálogo entre a norma e a prática cotidiana.

Assim, o foco desse documento implica-se na estruturação de sua composição e de seus princípios de funcionamento, estabelecendo diretrizes claras, organizadas e, devidamente, regulamentadas, capazes de fortalecer sua efetividade e legitimidade no contexto em que se insere.

Soma-se, ainda, o percurso de elaboração do regimento, o qual só foi possível a partir da produção de oficinas realizadas com os usuários e propostas por esse estudo, sendo possível conhecer as demandas, percepções e experiências vivenciadas no cotidiano do serviço, o que produziu sentido prático ao conteúdo normativo; bem como o percurso simbólico e investigativo despertado pela autora sobre a temática.

Por esta razão, a articulação entre os encontros do colegiado e a pesquisa permitiu aprofundar a compreensão da realidade local, subsidiando a construção de um material coerente com o contexto vivido, ancorado tanto nos saberes produzidos no território, quanto no conhecimento técnico-científico, conferindo maior consistência, legitimidade e sentido ao documento.

A apreciação e validação do regimento foi realizada no espaço do colegiado gestor, no dia 07 (sete) de janeiro de 2026, inaugurando o primeiro encontro do ano e anunciando um novo caráter, simbólico e político, ao colegiado, pautado na corresponsabilização, na participação dos diferentes sujeitos envolvidos e no compromisso com a cogestão em saúde.

Nesta reunião o regimento foi apresentado, detalhadamente, ao grupo. Com uma leitura minuciosa, foi concebida a discussão de todos os artigos, preliminarmente, desenhados, bem como os parágrafos construídos. Nesse sentido, como forma de tornar compressivo o que se tecia, o grupo presente alinhou ajustes sobre a minuta e, com as mudanças redigidas, aprovaram o texto.

Este documento é mais do que um plano normativo e organizacional, é o registro de um pacto coletivo. Construído a partir dos saberes compartilhados por lideranças comunitárias, como ACS e usuários, ele reflete um desejo comum de transformar o colegiado gestor em um espaço vibrante de diálogo e proposições, desvelando um inédito viável (Nespoli *et al.*, 2020; Paro; Ventura; Silva, 2020).

O sucesso de sua implementação não dependerá de uma única pessoa, mas do compromisso contínuo de todos os envolvidos – gestão, equipe técnica e fundamentalmente, a comunidade. Ao colocarmos estas ações em prática, o coletivo avança em um passo decisivo para consolidar um colegiado gestor que seja, de fato e de direito, ativo, representativo e capaz de promover o verdadeiro controle social (Souza *et al.*, 2021).

Assim, a construção deste regimento tornou-se não apenas um objeto de estudo, mas um produto de urgência política e administrativa, essencial para transformar o colegiado de um espaço de eventos esporádicos em uma instância de governança sólida, participativa e transparente (Rocha; Martins; Farias, 2020; Souza, 2025)

Mais do que uma simples entrega formal de um documento, esse movimento simboliza que o novo perfil do colegiado a ser implementado, construído de forma participativa e democrática, passa a dispor de uma base sólida e consistente para funcionar, independentemente, das mudanças na gestão. Trata-se, portanto, de uma garantia: a participação social ganha uma estrutura real para acontecer.

Como foi recentemente aprovado, o regimento ainda não foi implementado, de modo que o colegiado gestor local ainda segue funcionando a partir de acordos verbais e do engajamento individual dos participantes, como aconteceu com a motivação da residente-pesquisadora. Assim, a implementação do regimento e a construção de uma agenda mínima, configuram-se como etapas futuras fundamentais para a consolidação de mudanças mais estruturais e emancipatórias nesse espaço participativo.

Por fim, compreende-se a importância da manutenção do diálogo com a Educação Popular em Saúde nesses espaços de exercício do controle social, corroborando com a visão de que a participação popular não se constrói apenas pela adesão individual, mas exige condições objetivas e plurais que favoreçam o diálogo, a organização coletiva e a corresponsabilização dos sujeitos (Paludo, 2025). Tal constatação impulsionou, a necessidade de repensar o espaço do colegiado gestor local da Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga que segue sendo um inédito viável, enquanto possibilidade para a construção de projetos coletivos mais justos e emancipatórios.

5. CONCLUSÃO

Implicado com a transformação desde o seu princípio, este estudo foi fiel a construir estratégias participativas a partir da percepção de lideranças comunitárias do território adscrito à Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga – CAP 5.1, visando o fortalecimento do controle social na Atenção Primária à Saúde, por meio do colegiado gestor.

Nesse sentido, com a percepção da autora, em propor o rodizio de cenários para a sua execução; a divulgação com tempo oportuno a próxima data; a definição prévia de pauta e a elaboração de um regimento interno, contando com o apoio da nova gestão vigente, no incentivo a participação ativa das equipes na conformação do *quórum* mínimo, para além da mobilização dos usuários nas oficinas e reuniões do próprio colegiado, possibilitou o nascimento do *slogan* “Venha você e traga mais um”, demonstrando a natureza profunda e plural da metamorfoses que se desdobraram esse cenário.

No bojo das oficinas e com chegada da nova gestão, foi possível notar que o controle social antes identificado como um conceito pouco explorado e conhecido pelos usuários, foi semeado, primeiramente, enquanto valores pessoais, essenciais à construção de uma aproximação humana e horizontal entre os sujeitos. No entanto, apenas esse entendimento foi mostrado que não é suficiente. É preciso ir além, como aconteceu. Compreender o controle social enquanto valores relacionais, ações concretas, ferramentas, atores e barreiras é primordial para fortalecer o chão de fábrica do colegiado gestor. Assim, dispor de diálogo, escuta, troca e compartilhamento de conhecimento – fundamentos citados enquanto valores relacionais – é propor como caminho, mesmo que sem intenção, fecundos à EPS.

Essa ideia reforça a compreensão de que a EPS pode, de fato, ser um caminho para a construção de um controle social ainda mais coletivo, democrático e emancipador. Assim, ao calcar ações concretas mais ativas e multiplicadas, expressas por ações como vigiar, participar, fiscalizar, acompanhar, dentre outros, fertilizam-se atores e ferramentas já em curso (transformando-os), bem como o nascimento de outros personagens e perspectivas que possibilitam superar as barreiras e aprimorar as potencialidades da implementação da participação popular e, conseqüentemente, do controle social no espaço do colegiado gestor.

Nesse sentido, embora o controle social e a participação popular sejam reconhecidos como princípios legítimos e não antagônicos à gestão e às práticas institucionais, ainda precisam de maior validação entre o próprio segmento popular e a cadeia vertical de poder.

Por isso, mais do que continuar o processo de consolidação que este estudo propôs, com estratégias e o plantio do regimento interno, é crucial sustentar um compromisso, político e institucional, com o fortalecimento do controle social e da participação popular, endossando a corresponsabilização dos usuários, profissionais de saúde e gestores nos processos de decisão, planejamento e avaliação das ações na APS, de modo a viabilizar melhores conjugações e resolutividade do verbo cuidar.

Nesse percurso, o regimento interno emerge menos como norma e mais como gesto político-pedagógico, fruto da escuta e do diálogo provocados pela pesquisa. Ainda em fase de implementação, revela um colegiado gestor local que resiste sustentado por pactos verbais e pelo compromisso de quem acredita na participação. Assim, os desdobramentos deste estudo não encerram a discussão, mas convocam à transformação da iniciativa individual em construção coletiva, reafirmando o compromisso legítimo e emancipatório com o fortalecimento do controle social.

Desse modo, essa pesquisa traz contribuições significativas para o fortalecimento da APS e, conseqüentemente, do SUS, ao campo da Saúde Coletiva e da Educação Popular em Saúde, a área da Enfermagem, e a pesquisa como um todo.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum** (UFRJ), v. 1, nº 39. 2013. p. 133-144.

ALVES, P. H. M., *et al.* Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KrF99wjct58jZrpqNNyxjRr/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 16 mar. 2025.

ALVES, P.R.S.S.; SOUSA, M.A.P. A participação popular no planejamento estratégico de políticas públicas. **Revista Uniálto em Pesquisa**, São Paulo-SP, v.15, n.1, p.115-129, jan./jun. de 2025.

ASSIS, M. M. A., *et al.* Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v.68, n. 2, p.333-338, mar-abr 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mD7nnH6DbzbtMjW6DVDJmSw/?format=pdf&lang=p>t. Acesso em: 29 out. 2022.

AVRITZER, L. **Atos contra a democracia e a opinião pública, o 8 de janeiro.** O Globo, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/blogs/pulso/post/2023/01/artigo-atos-contr-a-democracia-e-a-opinia-o-publica-o-8-de-janeiro.ghtml>. Acesso em: 10 mai. 2025.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BATISTA, C.L As dimensões da informação pública: transparência, acesso e comunicação. **TransInformação**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 225-231, set./dez. 2010.

BRANDAO, C.R. Dizer a sua palavra, escrever a sua história: algumas ideias e alguns devaneios sobre a pesquisa participante desde o lugar onde se sonha encontrar a antropologia e a educação popular. In: BRASIL. **III caderno de educação popular em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. p.93-108.

BRANDÃO, C.R.; BORGES, M.C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 6, p.51-62. jan./dez. 2007. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19988/10662>. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4ª ed. 4ª. reimp, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 07 mar. 2025.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 mar. 2025.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 mar. 2025.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990b. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 07 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 16 mar. 2025.

_____. Ministério da Economia, Secretaria de Gestão. **Manual de Estruturas Organizacionais do Poder Executivo Federal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Economia, 2019.

_____. Ministério da Educação. Universidade Federal de Viçosa. **Guia para elaboração de Regimentos Internos**. Viçosa: UFV, 2021. Disponível em: https://ppo.ufv.br/wp-content/uploads/2021/01/Guia-para-Elaboracao-de-Regimento-Interno-PPO_compressed.pdf. Acesso em: 19 dez. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 765, de 19 de dezembro de 2024**. Dispõe sobre a aprovação do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: DF, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2024/reso765-dispoe-sobre-a-aprovacao-do-regimento-interno-do-conselho-nacional-de-saude.pdf/view>. Acesso em: 19 dez. 2025.

_____. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Participação Social. Diretoria de Educação Popular. **Marco de referência da Educação Popular para as políticas públicas**. Brasília – DF, 2025, 76 p.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n.2, p.77-101, 2006.

BRAVO, M.I. S. Trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático no Brasil. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/9IN2mnNP98m5WmPos4l3.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2025.

BRAVO, M.I.S.; PAULA, R.F.S.; RAICHELIS, R. Participação social e esfera pública: desafios na relação com conselhos e movimentos sociais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v. 147, n.2, 2024.

BUSANA, J.A. *et al.* Participação popular, controle social e organização em conselhos de saúde: revisão integrativa. **Saúde Coletiva**, v.11, n.63, 2021.

CACHADO, R. Diário de campo: um primo diferente na família das ciências sociais. **Sociol. antropol.** Rio de Janeiro, v.11, n.2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/nXMB9xWnGZmbHNqGf6MM6Ts/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

CAMPOS, G.A.; SILVA, F.M.S.P. Polícia e Segurança: o Controle Social Brasileiro. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n.2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/Y7jYH3JFyjmGczgQkmTdMtf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2025.

CARVALHO, M.M. **Emoções e disputa narrativa nas eleições de 2022: o antagonismo político no X durante o debate presidencial**. 2024. 159 f. Tese (Doutorado em Comunicação) – Faculdade de Comunicação Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

CARRANZA, M. E. Circulos de Conversación [Talking Circles] and Art-Based Methods: An Insurgent Data Collection Methodology. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 23, 2024.

CASTRO, M. S. P.; FREITAS, G. A. Social control as a form of participation in social assistance policy. **Seven Editora**, 2023. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/editora/article/view/2557>. Acesso em: 26 abr. 2025.

CECILIO, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, 2010.

CHAGAS, J; TORRES, R. Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma. **EPSJV, Fiocruz**, 2022. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma?utm_source. Acesso em: 10 mar. 2025.

COELHO, J.S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saude Soc.**, v. 21, supl1, p. 138-51, 2012.

COELHO, V.S.P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estudos**, v.78, p.77-92, 2007.

COSTA, J.R.C. Reflexões e aprendizados como monitor de pesquisa na 17ª Conferência Nacional De Saúde. In: SANTOS, *et al.* (org). **Participação social, complexidade e formação em saúde: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024, p. 288-299.

DELFORGE, I.P. *et al.* Agentes populares e a educação popular em saúde no contexto das crises sanitária, ambiental e social. In: BRASIL. **III caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. p.111-126.

DIAS, G.A.R.; SANTOS, J.P.M; LOPES, M.M.B. Arco da problematização para planejamento educativo em saúde na percepção de estudantes de enfermagem. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.38, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/zmmyV6nKZcz4FL5kMfSp43q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2025.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.439-47, set/dez 2007.

DURÁN, P.R.F.; GERSCHMAN, S. Desafios da participação social nos Conselhos de Saúde. **Saude Soc**, v.23, n.3, p.884-896, 2014.

FALEIROS, V. P. *et al.* **A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 21 abr. 2025.

FEDERICI, S. **Reencantando o mundo: feminismo e a política dos comuns**. 1ª ed. Ed. Elefante, 2022, 333 p.

FERREIRA, H.M.C.; COUTO, D. R.; OSWALD, M.L.M.B. **As oficinas como locus de encontro com o outro: uma abordagem histórico cultural**. Metodologia de pesquisa científica em Informática na Educação: abordagem qualitativa, SBC. Disponível em: <https://metodologia.ceie-br.org/livro-3>. Acesso em: 20 mai. 2025.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, G.C. LIMA, J.C.F. (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/195.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2026.

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 204-228, 2009.

FREITAS, F.C. A POLÍTICA COMO ANTAGONISMO: a irredutibilidade do conflito político. **Caderno CRH**, Salvador, v. 34, p. 1-24, 2021.

FOUCAULT, M. **Microfísica o poder**. Rio de Janeiro, Ed. Paz & Terra, 2021, 432 p.

FRANCO, A.C.R.; PENIDO, C.M.F. Coprodução de autonomia na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.34, n.1, 2025.

FRANÇA, K.C.F.G.; MELLO, A.S. Compartilhamento de saberes na Atenção Primária à Saúde: trilhas para uma ecologia de cuidados. **Revista Aproximando**, v. 7, n. 11, 2023.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. 52. ed. – São Paulo: Cortez, 2021.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1987.
Disponível em: http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf.
Acesso em: 20 mai. 2025.

FUCHS, K. Systematic Guide for Conducting Thematic Analysis in Qualitative Tourism Research. **ASERS Publishing**, v. 14, n.6, 2023. Disponível em:
<https://journals.aserspublishing.eu/jemt/article/view/8089/3798>. Acesso em: 20 mai. 2025.

GERSCHMANN, S. **Democracia social e atores políticos: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro, 1994, 350 p. Tese (doutorado) – Ciências Sociais, São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, M.G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, 2011.

GOMES, J.F.F; ORFÃO, N.H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mnGCSGkFNYjRshXhxGMk95m/?format=pdf&lang=p>.
Acesso em: 15 mar. 2025.

GRANADO, G.C.S Brainstorming e a aplicação do modelo clássico. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, 10ª ed., v. 18, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/engenharia-de-producao/brainstorming>. Acesso em: 22 mai. 2025.

GRASSI, A.; RUEDIGER, Marco Aurelio (coord.). **Ataque à democracia e repercussão do 8 de janeiro: disputas narrativas em torno dos atos antidemocráticos nas plataformas on-line**. Rio de Janeiro: FGV ECMI, 2023. Disponível em:

<https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/c26b13c1-3138-4c00-be0d-09a00408ac4e/content>. Acesso em: 26 abr. 2025.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo, SP: Ed. 34. 2003. 296 p. Disponível em: <https://www.trt13.jus.br/institucional/ejud/material-dos-cursos-e-eventos/anos-antiores/cursos-de-2014/9-teoria-critica-e-direito-06-a-08-de-agosto/honneth-luta-por-reconhecimento.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2025.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama censo demográfico, Rio de Janeiro**, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso em: 13 abr. 2025.

KAZANSKAIA, A.N. Transparência e responsabilidade na comunicação ética para organizações religiosas sem fins lucrativos. **NEYA Global Publishing**, 2025.

KOLNAI, A. **On Disgust**. Chicago: Open Court, 2004.

LUZ, G.A.; IBIAPINA, I.R.P. Gestão pública e corrupção: desafios para a ética e a responsabilidade no setor público brasileiro. **Revista Acadêmica Da Lusofonia**, v. 2, n. 9, p. 1–20, 2025.

MAGALHAES, A.F.; SARAIVA, L.A.S. Superando a Dicotomia Sujeito x Coletividade nas Organizações. **Revista de Ciências da Administração**, v. 23, n. 60, p. 105-117, mai.-ago. 2021.

MAGALHAES, F.G.G.P.; XAVIER, W.S. Aspectos de autonomia e heteronomia no exercício do controle social em um Conselho Municipal de Saúde. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 23, n. 75, 2018.

MAGANO, F.L.S.; SILVA, F.V. História, ancestralidade e renovação: a aposta do conselho nacional de saúde na pesquisa das conferências e na formação dos estudantes. In: SANTOS, W.P *et al.* **Gestão do trabalho e da educação na saúde é para produzir participação social, democracia e cuidado para todas as gentes**: narrativas dos monitores da 4ª Conferência Nacional. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025, p. 25-28.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARQUES, L.S.S.; MENEZES, M.F. Diálogo entre os saberes da comunidade e a educação popular: vivências da residência em saúde da família. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 24, n. 1, p. 438-451, jan.-abr.2025.

MELO, R.P. *et al.* Controle social: uma reflexão acerca da participação cidadã nas políticas sociais. **Rev. Observatorio De La Economía Latinoamericana**, Curitiba, v.22, n.11, p. 01-14. 2024.

MELLO, A.S. **O agir pedagógico na construção do apoio matricial**: caminhos possíveis no compartilhamento do cuidado. 2021. 203 f. Tese (Doutorado em

Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

MELLO, A.S.; LIMA, K.J.V.; SANTOS, L.J.P. Entre chás, rezas e fumaças: os saberes compartilhados no enfrentamento à Covid-19. In: MELLO, A.S.; ACIOLI, S. (org.). **Diários de quarentena** – Sistematizações de experiências da enfermagem no combate à pandemia de Covid-19. Ponta Grossa - PR: Atena, 2024. p. 38-51.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisasocial.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2025.

MÓNICO, L.S. *et al.* A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. Atas CIAIQ. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v.3, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Lisete-Monico/publication/318702823_A_Observacao_Participante_enquanto_metodologia_d_e_investigacao_qualitativa/links/5978963645851570a1b979f6/A-Observacao-Participante-enquanto-metodologia-de-investigacao-qualitativa.pdf. Acesso em: 20 mai. 2025.

MORAIS, L.A.; NETA ANDRADE, M.G.D.; MORAIS, L.C.A. Educação popular e controle social na saúde: perspectivas para Conselhos Municipais. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 24, n. 2, p. 22-46, maio-ago. 2024.

MORETTI, C.Z; ADAMS, T. Pesquisa Participativa e Educação Popular: epistemologias do sul. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 447-463, 2011. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rer/v36n02/v36n02a08.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2025.

MOURA, A.F. LIMA, M.G. Reinvenção da Roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v.23, n.1, p. 98-106, 2014.

NESPOLI, G. *et al.* Por uma pedagogia do cuidado: reflexões e apontamentos com base na Educação Popular em Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 24. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4nVswHGv89zjFksXdRVxgzF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

NotebookLM, 2025. Disponível em: <https://notebooklm.google.com/>. Acesso em: 09 dez. 2025.

OLIVEIRA, V.C. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.56-69, maio-ago, 2004.

OLIVEIRA, M.L.; ALMEIDA, E.S. Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.141-153, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cpvRysfscdV8spKrJ3rrS6s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2025.

OTTOBELLI, C.; GERMANI, A.R.M.; PIOVESAN, A. Controle social no Sistema Único de Saúde. **Revista de Enfermagem**. v. 6, n. 6 e 7, p. 149–169, 2013. Disponível em: <https://revistas.fw.uri.br/revistadeenfermagem/article/view/733>. Acesso em: 26 abr. 2025.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008a. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2025.

_____. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G.C. LIMA, J.C.F. (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008b. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/195.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2025.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PALUDO, C. Educação Popular e Movimentos Sociais. In: BRASIL. **III caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. p.147-156.

PARO, C.A.; VENTURA, M.; SILVA, N.E.K. Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, 2020.

PAWLOWSKI, C. S. *et al.* Children's physical activity behavior during school recess: A pilot study using GPS, accelerometer, participant observation, and go-along interview. **Plos One**, v.11, n.2, 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0148786&type=printable>. Acesso em: 20 mai. 2025.

PEDROSA, J.I.S. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 303–313, jul./set. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14271>. Acesso em: 05 abr. 2025.

PEDROZA, M.A. Narrativa da convivência e experiência de pesquisa na 17ª Conferência Nacional de Saúde. In: SANTOS, W.P *et al.* (org). **Participação social, complexidade e formação em saúde: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024, p.132-145.

PEREIRA, I.P. *et al.* Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.2, p.111-123, 2019.

PLAISANCE, P.L. **Ética na Comunicação: princípios para uma prática responsável**. Trad. de Joice Elias Costa. Porto Alegre: Penso, 2011. 295 p.

PONTUAL, P.C.; LINS, I. Caminhos em (re)construção: Marco de Referência da Educação Popular para Políticas Públicas. In: BRASIL. **III caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. p.43-54.

PRADO, M. L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde, **Esc Anna Nery** (impr.), v. 16, n.1, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/89NXfW4dC7vWdXwdKffmf4N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2025.

PREFC, 2025. Residente do PREFC fica em primeiro lugar na 1ª Mostra de Experiências da Área Programática 5.1. **Instagram**, @prefc_smsrio. Disponível em: https://www.instagram.com/prefc_smsrio/. Acesso em: 19 dez. 2025.

RIVERA, E.L.G. La recuperación de la memoria de la mujer yaqui: una mirada a la solidaridad, la colectividad y la agencia. **Alteridades**, v.33, n.65, 2023. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172023000100009. Acesso em: 24 jan. 2026.

RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [livro eletrônico]: 2022 – 2025**. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/03/PMS2022-2025_Final_Web.pdf. Acesso em: 13 abr. 2025.

_____. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Anexo Técnico I: informações sobre todas as áreas de planejamento. Coordenação operacional de atendimento em emergências (emergência presente)**, 2006. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>. Acesso em: 13 abr. 2025.

_____. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei nº 5.104, de 03 de novembro de 2009**. Dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde. Rio de Janeiro, RJ: Diário Oficial, 2009.

_____. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2023**, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, 2023.

_____. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2024**, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, 2024.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado**. 3. ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

RAICHELIS, Raquel. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: Uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 85, 2006.

REGIMENTO INTERNO. **Regimento interno - CFAPA**, 2024. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/13-jYVExmbOilGSBY7Khrlt2aZ7-OkBmD/edit?tab=t.0#heading=h.lhf03kprcfo>. Acesso em: 05 jun. 2025.

ROCHA, C.M.F.; MARTINS, M.R.; FARIAS, M.A. Saúde para todos: a participação da sociedade civil na governança global em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 1, p. 160-170, 2020.

RODRIGUES, A.P.M.E.; SILVA, I.G.; CRUZ, P.J.S.C. Obstáculos e potencialidades da participação social em Conselhos Distritais de Saúde do município de João Pessoa-PB. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 21, p. 1-17, 2021.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

ROQUE, C.M.T. *et al.* Os conselhos de saúde como estratégias da participação popular no SUS: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v.10, n.17, 2021.

SAPUCAIA, S.N.; LOW, T.; SANTOS, E.O. Residência multiprofissional e atenção básica: o lugar do conselho gestor no fomento à participação social. **Psicologia Política**, v. 18, n. 41. pp. 134-146, 2018.

SANTOS, D.C.N. Manifestações no combate à ditadura militar pelas lentes das músicas e movimentos estudantis. In: XIV Encontro Estadual de História de Pernambuco, 21, 2022, Recife. **Anais eletrônicos**. Recife: ANPUH-PE, 2022. Disponível em: https://www.encontro2022.pe.anpuh.org/resources/anais/21/anpuh-pe-eeh2022/1664572791_ARQUIVO_385e325413b0945315ead760b44d45a3.pdf. Acesso em: 08 mar. 2025.

SANTOS, R.T. *et al.* Saúde pública e comunicação: impasses do SUS à luz da formação democrática da opinião pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n.4, p.1547-1556, 2022.

SANTOS, W.P.; FERLA, A.A. “Fazer manhãs”: o curso de formação dos monitores para a 17ª Conferência Nacional De Saúde. In: SANTOS, W.P *et al.* (org). **Participação social, complexidade e formação em saúde: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024, p.30-53.

SANTOS, W.P. *et al.* Construindo redes de trabalho para o fortalecimento da educação permanente em saúde no SUS: propostas e desafios da comissão científica. In: ____ **Gestão do trabalho e da educação na saúde é para produzir participação social, democracia e cuidado para todas as gentes: narrativas dos monitores da 4ª Conferência Nacional**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025, p. 62-80.

SENADO. **Presidentes dos Três Poderes**: atos contra democracia não serão tolerados. Senado Notícias, 2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/01/08/presidentes-dos-tres-poderes-atos-contrademocracia-nao-serao-tolerados>. Acesso em: 10 mai. 2025.

SILVA, B.T.; LIMA, I.M.S.O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.1, 2021.

SILVA, L.G.B. 17ª Conferência Nacional De Saúde: a experiência como pesquisadora no maior evento de participação social do país. In: SANTOS, *et al.* (org). **Participação social, complexidade e formação em saúde**: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024, p. 201-214.

SILVA, M.R.F. *et al.* Contribuições pedagógicas, interculturais e epistemológicas da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS. In: BRASIL. **III caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. p.15-42.

SIQUEIRA, T.C.A.; PULGA, V.L.; DANTAS, V.L.A. Nas trilhas da ANEPS: a resistência, a força e o esperar da educação popular em saúde fortalecendo a PNEPS-SUS. In: BRASIL. **III caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. p.147-156.

SOUZA, L.M.T. Abaixo a ditadura: movimentos sociais no brasil em 1968. **Teoria e Cultura**, Revista da Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFJF. v. 13 n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/12393>. Acesso em: 10 mar. 2025.

SOUZA, L.K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.71, n.2, 2019.

SOUZA, L.S *et al.* Facilidades, dificuldades e oportunidades do controle social em saúde para a garantia do acesso à saúde. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, 2021. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3370>. Acesso em: 26 abr. 2025.

SOUZA, R.B. Participação social e governança local: o papel estratégico dos Conselhos Municipais de Saúde no contexto do SUS. **LUMEN ET VIRTUS**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 50, 2025.

SPOSATI, A; LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bb5DPw9NRmQY3kVBwqLpgsn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2025.

SUPBAV. **Portfólio CFAPA 2024 PRONTO**. Prefeitura do Rio de Janeiro. Accountably, 2024. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Portf%C3%B3lio_-

_CF_Armando_Palhares_Aguinaga_%E2%80%93_AP_5.1.pdf. Acesso em: 05 jun. 2025.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**, 6. ed., São Paulo, Ed. Hucitec; 2015. Disponível em: <http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/wpcontent/uploads/2018/02/Educa%C3%A7%C3%A3o-Popular-eAten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia-Hucitec-Editora2015.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2025.

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, 2005.

VENTURA, C.A.A. *et al.* Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Comunicação, Saúde, Educação**, v.21, n.63, p.907-20, 2017.

VICENTE, A.I.D. **História da saúde pública no Brasil**: a participação popular na 8ª Conferência Nacional de Saúde. 2019. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Licenciatura Plena em História) – Unidade Acadêmica de Ciências Sociais do Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, 2019.

VILHENA, J. *et al.* O que se passa na infância não fica na infância: sobre o respeito pelo outro nas relações sociais. **Estilos Da Clínica**, v.22, n.2, 339-353, 2017.

ZAMBON, V.D.; OGATA, M.N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Rev Bras Enferm.** v 66, n.6, p. 921-7, 2013.

ZIEGLER, N. Relações de poder na organização de base: uma dialética anarquista. **Estudos Anarquistas**, v. 30, n. 2, pp. 55-78, 2022.

APÊNDICE A – Roteiro de diário de campo



PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



SAÚDE



ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO

a. Informações Básicas

Data:

Hora e duração do episódio da observação:

Local da reunião:

Pautas selecionadas para a reunião. Se foram ou não estabelecidas com antecedência. A procedência. Está ou não alinhada as necessidades expressas nas falas dos participantes. Quantidade de participantes presentes. De que segmento estão representando. Se as faltas foram justificas:

b. Notas Descritivas (registro fiel dos acontecimentos)

(Anotações sobre o que foi dito, como foi dito, as dinâmicas visuais e comportamentais)

3. Notas Reflexivas (interpretação, sentimentos, hipóteses)

(Como foi sentida a situação. Que relações sociais foram percebidas. Surgiu algum padrão que merece destaque.)

4. Análise preliminar (com base nos eixos do Trabalho de Conclusão de Residência)

- Presença ou não dos elementos que caracterizam o controle social trazendo maiores detalhes
- Existência ou não de tensionamentos com o poder institucional, quais foram as expressões e de segmento partiu
- Interface com os princípios da Educação Popular: o diálogo, a amorosidade, a problematização, o compartilhamento de saberes e conhecimentos, a emancipação e o compromisso com um programa democrático e popular
- Contribuições da experiência para o fortalecimento da emancipação comunitária

5. Impressões e questões emergentes

(Anotação de dúvidas ou temas a investigar mais a fundo, como expressão das lacunas existentes)

APÊNDICE B – Roteiro das oficinas



PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



ROTEIRO DAS OFICINAS

A atividade terá uma duração de aproximadamente uma hora, sendo dividida em dois momentos, o *Brainstorming*, também conhecido como “tempestade de ideias”, e, posteriormente, duas rodas de conversas, a fim de gerar discussão, sistematização e síntese acerca do tema abordado.

Momento 1 (primeira oficina): “Brainstorming”

- ❖ **Objetivo:** Identificar os saberes e práticas de lideranças comunitárias sobre o controle social no território adscrito
 - **Questões disparadoras:** Para vocês o que é controle social? Como ele se produz no cenário do Sistema Único de Saúde?

Momento 2 (segunda oficina): Roda de conversa

- ❖ **Objetivo:** Refletir a respeito do espaço do colegiado gestor enquanto cenário de fortalecimento do controle social e, conseqüentemente, na garantia da participação comunitária
 - **Questões disparadoras:**
 1. Como pode ser construído o controle social? (individual, coletivamente)
 2. De que forma a participação social dialoga com as necessidades dos usuários?

Momento 3 (terceira oficina): Roda de conversa

- ❖ **Objetivo:** Conhecer as potencialidades e dificuldades para a cogestão em saúde no fortalecimento da atenção primária
 - **Questões disparadoras:**
 3. O que facilita e o que dificulta a participação das pessoas (usuários) no colegiado gestor?
 4. Que ações podemos construir juntos para tornar o colegiado mais ativo e representativo?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“Compartilhamento de saberes e práticas para o fortalecimento do controle social na Atenção Primária à Saúde”** que está sendo realizada por Kalyane Cristine Ferreira Gonçalves França, enfermeira-residente do Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade (PREFC), de CPF: 170.323.057-41, e orientada pelo professor Dr. Alex Simões de Mello, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), matrícula UERJ nº 38947-8.

Este estudo tem como objetivo construir estratégias participativas a partir da percepção de lideranças comunitárias do território adscrito à Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga (CFAPA) – CAP 5.1, visando o fortalecimento do controle social na Atenção Primária à Saúde, por meio do colegiado gestor.

O público-alvo é focado em lideranças comunitárias, incluindo moradores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do território da referida clínica da Família. Por isso, você foi selecionado(a) a partir dos seguintes critérios de inclusão: residir no território vinculado à Clínica da Família; ter cadastro fixo nesta unidade de saúde; participar ativamente do conselho gestor local, com no mínimo uma participação neste espaço; estar ciente e de acordo com os pontos apresentados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); demonstrar disponibilidade e interesse em colaborar com a pesquisa.

É importante destacar que, a qualquer momento, você pode decidir não participar mais do estudo. Caso queira desistir, isso não trará nenhum tipo de prejuízo ou consequência para você, e sua saída pode acontecer em qualquer etapa da pesquisa, sem necessidade de justificativa.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, dentre um conjunto de danos físicos, emocionais, morais, sociais, culturais ou espirituais, aos quais podem se caracterizar como o sentimento de vergonha, constrangimento, exposição, tensão, ameaça, humilhação, medo, insegurança, tristeza ou qualquer emoção negativa. Diante disso, serão respeitados os direitos de cada participante, garantindo sua individualidade, privacidade e anonimato. As informações fornecidas serão mantidas em sigilo, e todos terão o direito de desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo algum. No entanto, é importante esclarecer que:

1) Caso você venha a sentir qualquer tipo de desconforto durante a participação na pesquisa, como descrito acima, será oferecida assistência integral por parte da equipe de pesquisa. A pesquisadora estará disponível para te acompanhar e orientar, respeitando as necessidades e particularidades de cada participante. Se for necessário, você também poderá ser encaminhado(a) para outros serviços de apoio.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

2) Se em algum momento você não se sentir confortável para compartilhar alguma informação pessoal ou confidencial, durante a sua participação, fique tranquilo(a): você não será obrigado(a) a falar sobre isso.

3) A sua participação é inteiramente voluntária, estando livre para se desligar do estudo em qualquer momento, sem que isto afete o seu relacionamento com a instituição, o território e/ou os demais envolvidos.

4) Caso o pesquisador julgue necessário para o seu bem-estar, também pode retirá-lo da pesquisa a qualquer momento.

5) Ao assinar este documento o (a) senhor (a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o (a) senhor (a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique.

6) Os resultados são confidenciais e serão utilizados unicamente para fins de pesquisa.

7) Os dados produzidos neste estudo poderão contribuir para a qualificação das práticas de cogestão e assistência na Atenção Primária à Saúde (APS), fortalecendo seus princípios e os do SUS, por meio da promoção da participação comunitária, cogestão no território e fortalecimento do controle social.

Como benefício deste estudo, espera-se que ele ajude a aumentar a participação da comunidade nos espaços de gestão, tornando as decisões mais alinhadas às necessidades reais do território e mais próximos da garantia de direitos. Isso pode melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços oferecidos pela porta de entrada do sistema de saúde, que é a Atenção Primária à Saúde. Com isso, contribui-se para o fortalecimento de um Sistema Único de Saúde mais coletivo, democrático e popular, especialmente, por meio do fortalecimento efetivo do controle social.

A participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. A produção dos dados de interesse à pesquisa se dará sob duas formas, pela observação das reuniões do colegiado e pela oportunização de oficinas, contando com as técnicas “chuva de ideias” e rodas de conversa”. A sua participação efetiva se dará pelas oficinas, distribuídas em três encontros. Estas serão estruturadas a partir de um roteiro, sendo programadas para se realizar no ambiente de execução do colegiado gestor da unidade, seja ele, no próprio espaço da unidade ou no território, permitindo a otimização de tempo e deslocamento.

As atividades das oficinas terão a duração de aproximadamente uma hora, sendo dividida em três encontros, com a presença dos pesquisadores e participantes, os quais acontecerão após o término da reunião do conselho, a fim de utilizar, estrategicamente, o espaço coletivo e captar uma parcela significativa da população.

O conteúdo da oficina busca se aproximar do conhecimento que os usuários têm a partir do controle social, seja direta ou indiretamente, para o fortalecimento da participação social e, também, do SUS.

No primeiro encontro, desenvolvido por meio da técnica de trabalho com grupos “tempestade de ideias” (brainstorming), será conduzido a partir de uma pergunta norteadora, onde os participantes poderão expressar livremente e com conforto suas percepções e respostas. Essas contribuições serão organizadas e validadas de forma coletiva.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Nos dois encontros subsequentes serão utilizadas a técnica da roda de conversas, que buscará construir uma reflexão de cunho compartilhado, dialógico e crítico sobre as demais questões de interesse da pesquisa, buscando ampliar as percepções e compreensões acerca do controle social, considerando as experiências da população.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Além disso, também não será realizado nenhum registro audiovisual dos encontros.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Desse modo, caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa.

Caso você se sinta prejudicado, o parágrafo IV.3, os itens (g) e (h) da Resolução 466/12 garante os direitos de ressarcimento e indenização (se necessário): "g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes"; e "h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa."

Há também base na Resolução 510/16, no Artigo 9, nos itens VI e VII: "VI ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VII o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa".

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contato da pesquisadora responsável: Kalyane Cristine Ferreira Gonçalves França, enfermeira e aluna do PREFC / SMS-RIO, e-mail: kalyanefranca13@gmail.com/ tel.: (21) 98018-9083.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da SMS-RIO na rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br. O CEP SMSRJ funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 09:00 às 16:00h, de segunda-feira a sexta-feira.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE D - Termo de Anuência Institucional



SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE

A Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado **“Compartilhamento de saberes e práticas para o fortalecimento do controle social na Atenção Primária à Saúde”** sob responsabilidade da pesquisadora Kalyane Cristine Ferreira Gonçalves França, aluna do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) do Estado do Rio de Janeiro. O desenvolvimento deste estudo tem a orientação do Profº Drº. Alex Simões Mello.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuenta” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 04/06/2025.

Roberta Malafaia
Gerente Técnica
AP 5.1/Mat. 10953

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

APÊNDICE E – Declaração Negativa de Custo



PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



SAÚDE



DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTO

Eu, Kalyane Cristine Ferreira Gonçalves França, responsável pelo projeto, declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada “**Compartilhamento de saberes e práticas para o fortalecimento do controle social na Atenção Primária à Saúde**”, sob minha responsabilidade, não irá gerar nenhum ônus de qualquer natureza para a unidade proponente envolvida, nem tampouco a qualquer participante.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2025.

DocuSigned by:
Kalyane Cristine F. G. França

C917F38EA70B4A4...

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE F – Regimento Interno do Colegiado Gestor da Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga



Prefeitura Da Cidade Do Rio De Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga



REGIMENTO INTERNO DO COLEGIADO GESTOR LOCAL¹ COLEGIADO GESTOR DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – RJ

Dispõe sobre o objetivo, competência, composição e funcionamento do Colegiado Gestor da Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga da Área Programática 5.1 do município Rio de Janeiro.

O Colegiado Gestor Local da Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga, no uso das suas respectivas atribuições, e

CONSIDERANDO a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei nº 5.104, de 03 de dezembro de 2009, que dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde;

CONSIDERANDO a Carteira de Serviços da Atenção Primária a Saúde – diretrizes para a abrangência do cuidado, de 2021, que regulamentam o Sistema Único de Saúde e asseguram a participação da comunidade e a importância do fortalecimento do controle social e da cogestão na Atenção Primária à Saúde;

CONSIDERANDO o Guia para elaboração de Regimentos Internos, de 2021, que apresenta critérios, sugestões e recomendações a serem utilizadas nas propostas de regimentos formais para unidades administrativas e acadêmicas;

CONSIDERANDO, o Manual de Estruturas Organizacionais do Poder Executivo Federal, de 2019, que cria, aperfeiçoa e orienta à revisão e elaboração de propostas de estruturas regimentais ou de estatutos dos órgãos e das entidades do Poder Executivo Federal e;

CONSIDERANDO a Resolução nº 765, de 19 de dezembro de 2024, que dispõe sobre a aprovação do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde;

RESOLVE:

Aprovar o Regimento Interno do Colegiado Gestor Local como instrumento orientador de seu funcionamento, em consonância com a legislação vigente.

¹ Documento construído pela enfermeira-residente Kalyane França, a partir do Trabalho de Conclusão de Residência em diálogo e parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), usuários e gestora Priscila Marmello da Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga.



CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente Regimento Interno tem a função de regulamentar o funcionamento do Colegiado Gestor da Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga situada na Área Programática 5.1, do município do Rio de Janeiro, enquanto instância de participação, cogestão e controle social no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), lei nº 8.080/1990 e lei nº 8.142/1990.

Parágrafo único. O Colegiado Gestor terá sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, expresso por esse documento, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º O Colegiado Gestor, assim como o Conselho de saúde, tem caráter permanente e consultivo, conforme as normativas vigentes, respeitando a gestão municipal e os espaços formais de controle social.

Art. 3º O controle social também é realizado de forma regional e municipal por meio dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), presentes em cada uma das 10 AP, e do Conselho Municipal de Saúde (CMS), segundo a Cartilha de Serviço da Atenção Primária.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS

Art. 4º Compete ao Colegiado Gestor:

I – estabelecer, acompanhar, controlar e avaliar a política de saúde, os recursos humanos, a qualidade de assistência prestada aos usuários, os aspectos econômicos e financeiros na instância correspondente;

II – construir, a partir das realidades locais, uma agenda permanente de reflexões e propostas para a qualificação e o fortalecimento do SUS;

III – fortalecer a participação popular e o controle social, de forma ativa e corresponsável, nos processos de produção do cuidado no território;

IV – garantir espaços de escuta qualificada e diálogo horizontal.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º O Colegiado Gestor será composto por representantes dos seguintes segmentos:

I – Usuários

II – Trabalhadores da unidade de saúde

III – Gestor local



§ 1º Considerando que o colegiado se encontra em processo de estruturação, não haverá, no primeiro momento, limitação ou controle do número de participantes, de modo a favorecer a ampla participação e o fortalecimento do espaço coletivo.

§ 2º Concluído o processo de estruturação do colegiado, será assegurada a paridade entre os segmentos que o compõem, garantindo a representação equânime de usuários, trabalhadores e gestão, conforme os princípios do controle social e da participação democrática no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 6º Caberá a cada segmento definir seus próprios representantes, que deverão ser escolhidos entre seus pares, de forma indicada ou por votação simples, conforme critérios a serem estabelecidos no processo de consolidação da paridade, devendo as indicações, posteriormente, serem apresentadas ao conselho para fins de transparência e conhecimento coletivo.

Art. 7º Cada segmento deverá indicar representantes titulares e suplentes, garantindo diversidade, equidade e representatividade territorial.

Art. 8º Os representantes titulares e suplentes ao serem eleitos exercerão mandato de duração de 2 (dois) anos.

Parágrafo único. Caberá ao suplente substituir o representante titular em suas ausências impedimentos ou desligamento, com os mesmos direitos e deveres, incluindo voz e voto, garantindo a continuidade da representação do segmento no âmbito do colegiado.

Art. 9º A frequência às reuniões do colegiado será registrada por meio do livro ata, constituindo instrumento de acompanhamento da participação dos conselheiros.

§ 1º As ausências poderão ser justificadas, desde que comunicadas previamente ou em até quarenta e oito (48) horas após a reunião, mediante justificativa apresentada ao colegiado.

§ 2º O conselheiro que acumular 3 (três) ausências consecutivas ou 6 (seis) ausências intercaladas, sem justificativa, será comunicado formalmente e poderá ser desligado do colegiado.

§ 3º Ao final do primeiro ano de mandato, o registro de faltas será reiniciado, de modo a garantir nova contagem para o período subsequente.

Art. 10º A participação no Colegiado Gestor não será remunerada, sendo considerada de relevante interesse público.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 11º As reuniões terão datas e horários fixos, definidos pelo próprio colegiado, em conjunto com os usuários, de forma participativa. Para estimular e ampliar a participação social, o



calendário deve ser exposto no Quadro Informativo da unidade e amplamente divulgado em todos os espaços de convivência e canais de comunicação com a comunidade.

§1º. As reuniões deverão acontecer ordinalmente de forma mensal, exceto quando for feriado ou ponto facultativo e extraordinariamente, sempre que necessário, com o registro de pautas e decisões formalizadas em livro ata da unidade.

§2º. Caso seja necessária a alteração de data ou horário para realização das reuniões, o novo horário pré-estabelecido deverá ser comunicado e divulgado aos conselheiros e demais participantes com a maior antecedência possível.

§3º. De forma a se aproximar da comunidade, os encontros poderão ocorrer na unidade de saúde ou em espaços do território, de modo a favorecer a participação comunitária.

Art. 12º As reuniões previstas neste capítulo terão como tempo máximo de duração uma hora e meia.

Parágrafo Único. As falas e manifestações dos membros deverão ocorrer de maneira respeitosa, garantindo-se a participação de todos os presentes e o cumprimento do tempo previamente estipulado para cada sessão, de acordo com o número de participantes.

Art. 13º Ao se consolidar a paridade do colegiado, o quórum mínimo para realização das reuniões será, preferencialmente, com 50% + 1 (cinquenta por cento mais um) dos membros titulares ou seus suplentes.

Art. 14º As decisões serão tomadas, preferencialmente, por consenso e com assinatura.

§1º Na impossibilidade do consenso previsto no caput, a votação se dará de forma simples entre os presentes, permitindo que cada titular, ou suplente na sua ausência, tenha direito a um único voto.

§2º. Na hipótese prevista no parágrafo anterior, caberá ao gestor do colegiado exercer o voto de final em caso de empate nas deliberações.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES ÉTICAS

Art. 15º A atuação dos membros do Colegiado Gestor deverá ser norteada pela ética e pelo respeito mútuo, sendo fundamental o exercício da escuta qualificada e da transparência, priorizando sempre o interesse coletivo e o bem comum.

Art. 16º A utilização de falas, relatos ou contribuições de participantes em pautas e possíveis documentos, relatórios ou materiais institucionais deverá basear-se no sigilo, no anonimato das informações e, quando cabível, a autorização prévia dos envolvidos, observando-se a legislação vigente.



Prefeitura Da Cidade Do Rio De Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga



Art. 17º Os membros do Colegiado comprometem-se a utilizar as informações compartilhadas nos encontros de forma ética e responsável, sendo vedado seu uso para fins pessoais, político-partidários, discriminatórios ou que violem direitos individuais ou coletivos.

Art. 18º Não será permitida qualquer forma de discriminação, assédio ou uso do espaço para interesses pessoais ou partidários.

Art. 19º O descumprimento das disposições éticas, previstas neste capítulo, deverá ser analisado pelo colegiado, de modo que se garanta o direito à escuta dos diferentes envolvidos e à deliberação coletiva sobre as medidas cabíveis.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20º Este Regimento poderá ser revisto e atualizado a qualquer momento, mediante apreciação e aprovação do Colegiado Gestor.

Art. 21º As prerrogativas não presentes nesse regimento poderão ser analisadas e deliberadas pelo próprio Colegiado.

Art. 22º Este Regimento Interno entra em vigor a partir da data de sua aprovação pelo Colegiado Gestor.

Rio de Janeiro, 07 de janeiro de 2026.

Versão 2, atualizada em 07/01/2026

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da SMSRJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 7.816.267

Outros	CurriculoLattes_Kalyane.pdf	10:56:32	FERREIRA GONCALVES	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	09/06/2025 20:31:50	KALYANE CRISTINE FERREIRA GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	09/06/2025 20:27:47	KALYANE CRISTINE FERREIRA GONCALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Setembro de 2025

Assinado por:
Danielle Furtado de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, nº 16, 4º andar
Bairro Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município** RIO DE JANEIRO
Telefone (21)2215-1485 **E-** cepsmsrj@yahoo.com.br