

PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES

POPULAR PARTICIPATION IN PRIMARY HEALTH CARE: FRAGILITIES AND POTENTIALITIES

Joseires Gleydson Santos Benício de Sá¹
<http://orcid.org/0000-0001-7075-8317>

Patrícia Araújo Amarante²
<http://orcid.org/0000-0002-0542-9223>

José Carlos Araújo Amarante³
<http://orcid.org/0000-0001-5249-2017>

RESUMO

Este artigo verificou a participação popular em assuntos que envolvem os processos de gestão da saúde no município de Patos, estado da Paraíba. Para tanto, buscou conhecer a atuação dos usuários do Sistema Único de Saúde, mais precisamente no primeiro nível, a atenção primária à saúde, nos conselhos municipais de saúde, verificando se os mecanismos de gestão garantidos na teoria são aplicados na prática. Os resultados sugerem que grande parte dos usuários da atenção primária à saúde não têm o conhecimento sobre uma ferramenta de gestão participativa tão importante para todos que tenham interesse em participar dos processos de tomadas de decisão envolvendo as questões de saúde para a população de todo o município.

Palavras-chave: atenção primária; gestão; participação; usuário; saúde.

ABSTRACT

This article verified popular participation in matters involving health management processes in the municipality of Patos, state of Paraíba. In order to do so, it was sought to

¹ Pós-graduado *lato sensu* em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal da Paraíba. sdbenicio@hotmail.com.

² Doutora em Economia Regional e Políticas Públicas. Professora Adjunta do Departamento de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal da Paraíba, Campus III. Cidade Universitária, Centro, CEP: 58220000, Bananeiras, Paraíba. patricia.amarante@academico.ufpb.br.

³ Doutorando em Economia Aplicada pela Universidade Federal da Paraíba. carlos-amarante@hotmail.com.

know the actions of the users of the Unified Health System, more precisely in the first level, the primary health care, in the municipal health councils, verifying if the management mechanisms guaranteed in theory are applied in practice. The results suggest that most users of primary health care do not have the knowledge about a participative management tool so important for all who have an interest in participating in decision making processes involving health issues for the population of the entire municipality.

Keywords: Primary Care; Management; Participation; User; Health.

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil foram introduzidas a partir da publicação da Portaria nº 4.279 de 2010, publicada pelo Ministério da Saúde, como uma forma de organizar a oferta de ações e serviços de saúde, buscando a integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), apoiados em uma integração de sistemas técnico, logísticos e de gestão. Nesse aparato de organização, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel fundamental, uma vez que organizada e se torna responsável pelo fluxo de todos os usuários na rede de atenção.

Segundo Mendes (2011), acontece uma falta de integração entre a APS e os demais níveis de atenção à saúde, fragmentando, assim, a rede, pois os níveis não se articulam de forma correta. Além disso, os atendimentos estão focados apenas na doença e não em uma forma mais integral. Nesse contexto, as RAS, coordenadas pela APS, seriam uma possível solução para que, de forma integrada e vinculadas entre si, ofertassem serviços de saúde de forma contínua, integral e com menor custo de execução à população adstrita. Com isso, abrange-se a noção de pontos de atenção à saúde em espaços, tais como como domicílios, unidades básicas de saúde, serviços de hemoterapia e hematologia, residências terapêuticas, unidades ambulatoriais especializadas, centros de apoio psicossocial, entre outros.

Em síntese, só haverá uma APS de qualidade quando ela estiver apta a cumprir com excelência sete atributos em sua totalidade, bem como exercer três papéis de forma exemplar. Os primeiros quatro atributos são dados como essenciais, sendo eles: 1) contato (trata-se da acessibilidade ao serviço quando procurado); 2) longitudinalidade (oferta de cuidados regulares pela equipe de saúde havendo humanização entre as equipes e os indivíduos); 3) integralidade (prestação dos serviços que cuidem da saúde dos usuários de forma integral, considerando promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação, bem como os cuidados paliativos); 4) coordenação (capacidade de garantir a atenção de forma contínua e organizada). Os outros três atributos são chamados de derivados, a saber: 1) focalização na família (uma abordagem familiar deve ser realizada, não se devendo focar apenas no indivíduo); 2) orientação comunitária (reconhecer as necessidades das famílias que estão no seu território de tal modo que haja enquadramento nos programas

intersectoriais de combate aos determinantes sociais de saúde); 3) competência cultural (respeito às manifestações culturais e das preferências das famílias sob o território de adstrição) (BRASIL, 2015).

Com relação aos papéis que são desempenhados pela APS, são, essencialmente, três, quais sejam: 1) a resolutividade, devendo os cuidados primários ser resolutivos a ponto de atender até 90% da demanda da APS; 2) coordenação, atuando como uma central de comunicação onde há o controle de fluxos e contrafluxos de pessoas, serviços e informações; 3) responsabilização, ou seja, responsabilidade pela população adstrita em todos os sentidos econômicos e sanitários (MENDES, 2002). Nesse contexto, para que se garantisse um sistema universal, em que todos tivessem a oportunidade de participar na sua gestão, foi criado um mecanismo que proporcionasse uma gestão mais participativa, estando respaldado pelos princípios constitucionais estabelecidos em 1988. Como forma de garantir esse mecanismo, a lei nº 8.142 de 1990 veio para dispor sobre os Conselhos de Saúde, nos âmbitos federal, estadual e municipal, estabelecendo uma conquista da sociedade frente ao processo de decisão com relação aos assuntos que envolvessem a saúde no país, em todos os níveis de atenção, de forma democrática (LOPES; SILVA; MARTINS, 2016).

Tendo em vista esse cenário, este artigo tem como problema de pesquisa a seguinte questão: como acontece a participação da sociedade nos processos relativos à gestão da saúde? Assim, o estudo tem como objetivo verificar a participação popular em assuntos que envolvam os processos de gestão da saúde no município de Patos, no estado da Paraíba. Para tanto, tal estudo buscou analisar a atuação dos usuários do Sistema Único de Saúde, mais precisamente no primeiro nível, a atenção primária à saúde, nos conselhos municipais de saúde, verificando se os mecanismos de gestão garantidos na teoria são aplicados na prática, observando se o usuário, nesse nível de atenção, conhece o Conselho Municipal de Saúde do município em que utiliza dos serviços de saúde no nível de atenção citado.

O trabalho está estruturado em mais quatro seções além desta introdução. Na segunda, estão os fundamentos teóricos e empíricos que nortearam a pesquisa. Na terceira seção, são descritos os procedimentos metodológicos; e, na quarta seção, são analisados e discutidos os resultados alcançados com a aplicação do questionário.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E EMPÍRICA

Este capítulo visa realizar uma breve revisão da literatura acerca do tema analisado, destacando, assim, um panorama acerca do Sistema Único de Saúde e a assistência à saúde, bem como apresentar um levantamento de estudos empíricos com o intuito de investigar a participação popular na atenção primária à saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi sendo construído historicamente envolvendo questões políticas, sociais e culturais. Segundo Carvalho (2013), durante a ditadura civil-militar de 1964-1985, alguns movimentos públicos, por exemplo, o chamado Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), possuíam um caráter de interiorização da oferta de serviços de saúde para as regiões mais pobres do país, não sendo efetivado por falta de interesse político de quem estava à frente do projeto. Assim, durante os anos ditatoriais, havia um processo de construção das ideias que formaram o SUS de hoje, em que o desejo era elaborar um programa de responsabilidade do Estado e que atendesse a todos.

Tais movimentos voltados para o social tiveram seu início após a Segunda Guerra Mundial, quando, em alguns países social-democratas, passou-se a adotar uma postura de direitos sociais ao cidadão, seja em estados de impedimentos provisórios, como doenças ou gestação, por exemplo; seja em estado permanente (velhice ou invalidez). Assim, quando o cidadão estivesse impossibilitado de produzir para ter sua subsistência garantida, o Estado seria o responsável por garantir a sua sobrevivência por meio de transferência de recursos, sendo reconhecido como um direito e não uma forma meramente assistencial. Dessa forma, o Estado garantiria benefícios sociais com vista a assegurar ao cidadão a manutenção de um mínimo de padrão de vida, configurando o que seria o chamado Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) (SALLES, 2012).

No sistema de saúde brasileiro, após a Segunda Guerra Mundial, seguindo as tendências de outros países, notava-se o desejo de que houvesse uma saúde universal para todos. Para isso, necessitava-se de mudanças e, assim, atores sociais começaram a surgir nesse movimento, por exemplo, conforme destaca Carvalho (2013): a) os movimentos populares que tiveram como principais protagonistas as associações comunitárias dos bairros e a Igreja Católica, que buscaram de forma efervescente por justiça social e igualdade na saúde para a população mais pobre que vivia nos extensos bairros da periferia; b) as universidades, por meio das faculdades de medicina que primeiramente se viram na necessidade de trazer para a realidade os estudantes que só tinham contato com o ambiente hospitalar e, posteriormente, com a transformação de departamentos de higiene em um modelo mais voltado para o social; c) partidos políticos progressistas, que, na década de 1970, expandiram-se levantando uma bandeira de busca pelo social; e, d) as prefeituras com bandeiras progressistas, que por estarem mais próximas das necessidades do povo, sentiam a preocupação de haver políticas de saúde que se voltassem para todos, procurando não só estabelecer obras como também definir prioridades.

No final da década de 1970, ocorreram no mundo movimentos como a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (país membro da antiga União Soviética). Realizada no ano de 1978, essa conferência seria, mais tarde, a percussora da Atenção

Básica à Saúde (MENDES, 2004). Nesse contexto, nos municípios, surgem as primeiras equipes de atenção primária à saúde, com a formação composta por três profissionais, sendo eles: o médico, o enfermeiro e uma categoria denominada de agentes de saúde. Ademais, durante a década de 1970, o Brasil passava por um momento turbulento na saúde pública, os quais futuramente ensejariam na criação do atual Sistema Público de Saúde vigente, o SUS (BRASIL, 2002).

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde desenvolvia ações voltadas para a educação sanitária e a prevenção das doenças, com pautas relacionadas às campanhas de vacinação e ao controle de endemias, observando-se a universalização nessas ações, pois eram direcionadas para todos, sem critérios de exclusão (BRASIL, 2002). Com relação à assistência à saúde, a grande ação do poder público era realizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, que fora criada pela Lei nº 6.439 de 1977. Essa lei instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), cuja assistência médica aos segurados era uma de suas atribuições. Tal assistência à saúde era prestada apenas para os trabalhadores que possuíam trabalho formal, bem como para seus dependentes, não possuindo um caráter universal (BRASIL, 1977).

Os serviços de Saúde nessa época estavam disponibilizados aos brasileiros da seguinte maneira: os que podiam pagar pelos serviços; os segurados do Inamps; os que eram portadores de doenças contagiosas, como hanseníase ou tuberculose; e a grande massa dos que não tinham direito a coisa alguma. Dessa forma, esses brasileiros que não tinham acesso aos serviços de saúde eram atendidos apenas por instituições filantrópicas (GARCIA, 2018). A partir da década de 1980, o Inamps passa a adotar medidas para racionalizar os recursos devido à crise que atingia o órgão. Dessa forma, começa a celebrar convênios com os executivos estaduais e municipais no setor da saúde. Apesar da crise que se avizinhava, no início da década de 1970, o Inamps – por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), criado com o objetivo de garantir benefícios ao trabalhador rural, tais como aposentadoria por velhice e invalidez, serviços de saúde e sociais – passou a prover assistência médica também aos trabalhadores rurais que até então não possuíam qualquer assistência do poder público.

Ainda na década de 1980, o Inamps começou a não exigir carteiras de segurados para atendimentos nas redes de hospitais públicos conveniados, aproximando-se cada vez mais da universalização. Tal medida culminaria na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), uma espécie de convênio entre o Inamps e os poderes executivos estaduais. O Suds foi instituído pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde, sendo revogado pelo Decreto S/N, de 5 de setembro de 1991 (BRASIL, 2002).

A partir de então, começa a ser observada a tendência para a universalização do Sistema Público de Saúde, entrando em cena, para tal feito, vários movimentos sociais e políticos que resultaram no chamado “Movimento da Reforma Sanitária” (MRS). O MRS

surgiu no início da década de 1970 e teve o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) como instituição agregadora de ideias de mudança, com participação de vários conselhos profissionais e movimentos populares. Tal movimento era composto por trabalhadores de saúde, usuários do sistema em vigência, intelectuais, grupos sociais e centros universitários, os quais tinham por objetivo alcançar uma saúde que fosse pública, acessível a todos e de qualidade (DA SILVEIRA JÚNIOR, 2015; BARROS, 2016).

No ano de 1988, foi promulgada a Constituição Federal (BRASIL, 1988) vigente até os dias atuais. Como conquista dos movimentos que buscavam por reformas na área da saúde, foi introduzido no texto da nova Carta Magna o Artigo nº 196 com a seguinte redação: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Ademais, no seu Artigo nº 198, inciso III, a Carta Magna dispõe que a participação da comunidade é uma das diretrizes organizadoras do SUS, a ser exercida especialmente nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde. A Constituição Federal passou, assim, a vislumbrar a possibilidade de organização do Sistema, pautado em princípios que seriam, *a posteriori*, aperfeiçoados (BRASIL, 1988).

Dois anos após a promulgação da CF 1988, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi criada dispondo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Era instituído, assim, o Sistema Único de Saúde, de modo que a universalização do acesso aos serviços de saúde estava garantida, rompendo com o modelo até então vigente e trazendo para a população um sistema de saúde público universal. Nesse sistema, a administração era organizada a partir de cada esfera do poder executivo (municipal, estadual e federal). O Inamps foi extinto após quase três anos, por meio da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, e suas competências foram transferidas às esferas de governo gestoras do SUS (BRASIL, 2002).

Já a Lei de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que a participação da comunidade na gestão do SUS é requisito indispensável à democracia do país e que as Conferências de Saúde se constituem instância colegiada que deve contar com representação de vários segmentos sociais de modo paritário para avaliar a situação da saúde de maneira a propor diretrizes para execução das políticas na prática do SUS. Os princípios que norteiam o SUS são pautados na Universalidade. Sob essa ótica, todo e qualquer indivíduo, de forma gratuita, independentemente de raça, sexo, ocupação, religião ou outras características sociais, deve ter acesso garantido: aos serviços de saúde; à equidade, devendo maximizar a igualdade entre todos, observando, assim, as peculiaridades dos indivíduos, ou seja, tratando desigualmente os desiguais; à integralidade, na visão do indivíduo como um todo, considerando que suas necessidades devem ser atendidas. Ainda há alguns princípios que norteiam sua organização, sendo eles: regionalização e hierarquização, em que a complexidade das ações em saúde são organizadas em níveis crescentes e definidas a partir de determinada área geográfica; descentralização e comando único, visto que responsabilidade e poder são distribuídos nas três esferas de governo; e participação popular, uma

ferramenta para que as tomadas de decisão referentes ao sistema sejam edificadas a partir da colaboração de todos, com mecanismos que possibilitem tal participação (DA SILVEIRA JÚNIOR, 2015).

Um dos grandes avanços no processo de democratização e nas tomadas de decisão em assuntos voltados para a saúde no Brasil foram introduzidos pela Constituição Federal de 1988, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi elaborado e a participação popular foi estabelecida por meio de mecanismos que possibilitam a participação, entre eles, os conselhos de saúde. O SUS trouxe para os municípios uma série de atribuições, considerando que o controle social deve ser exercido para que as políticas públicas em saúde sejam realizadas (BRASIL, 2005).

Em consonância com 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” (BRASIL, 1990), a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde, define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde apontando que 50% dos representantes do Conselho Municipal de Saúde local devem ser destinados às entidades e aos movimentos representativos de usuários; 25%, a entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; e 25%, à representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Dessarte, os conselhos de saúde consistem em instrumentos privilegiados, uma vez que são dotados de autonomia e podem romper com o tradicional modelo de gestão, havendo a possibilidade de se ampliarem os cursos das discussões envolvendo a saúde como um bem pertencente a todos (SALIBA, 2009).

PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS

Tendo em vista esse contexto, observa-se que a divulgação das atividades que são discutidas e realizadas pelos Conselhos de Saúde, além dos objetivos que devem ser alcançados por essas instituições, necessitam ser divulgados para que a comunidade compreenda como se dá o processo de trabalho no conselho municipal de saúde, assim como reconhecer a importância da ferramenta. A partir do momento que a população conhece a ferramenta e seus objetivos, passa a desempenhar papel importante no controle social, tendo em vista a observação da atuação do conselho e a possibilidade de melhorar os serviços de saúde do município (BRASIL, 2015). No entanto, particularmente no Brasil, observa-se que, na prática, a atuação da população nos conselhos ocorre de maneira divergente. No estudo de Pinheiro (1996), por exemplo, ao analisar o funcionamento dos conselhos municipais de saúde em três localidades do estado do Rio de Janeiro, verifica-se

que a participação e o controle social nos conselhos municipais de saúde são plurais e apresentam divergências em suas deliberações.

Já Silva *et al.* (2012), ao analisar a organização e o funcionamento do conselho municipal e dos seis conselhos regionais de saúde na cidade de Fortaleza, verificaram que, apesar da existência de uma estruturação que permite o pleno funcionamento, verifica-se uma baixa frequência nas reuniões dos conselhos regionais e municipais. A esse respeito, Jorge e Ventura (2012) apontam que há uma necessidade de haver uma autorresponsabilização por parte de todos os que compõe os Conselhos Locais, com organização popular para que se tenha a representatividade efetivada. Na mesma linha, Duarte e Machado (2012), ao analisarem o exercício do Controle Social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do Município de Canindé, estado do Ceará, observaram que há uma necessidade de que se fortaleçam os vínculos dos Conselhos Municipais de Saúde com a população para que se efetive a participação popular.

Fassina (2014), por sua vez, analisando o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde na Região Norte do Rio Grande do Sul, identificou que o Conselho Local de Saúde aparentava ser um espaço para disputa de poder. Dessa forma, a participação popular não tinha expressividade em seus atributos garantidos por lei. Observou-se, no aparelhamento do Conselho de Saúde, pouca instrumentalização e participação para atender as demandas burocráticas e o cumprimento dos prazos *versus* muitas trocas, rotatividade e passividade, configurando-se como um espaço de apatia atrelado à relação e à disputa de poder entre os membros.

Já Busana *et al.* (2015) analisaram as práticas participativas necessárias para o fortalecimento da participação popular dos representantes de um conselho local de Saúde de Santa Catarina. Nele, os conselheiros revelaram uma necessidade de compreender o seu verdadeiro papel na ferramenta que garante o exercício democrático nas tomadas de decisão nos conselhos.

Por seu turno, Kezh, Bógus e Martins (2016) apontam que os conselheiros desconhecem o papel dos trabalhadores como componentes dos conselhos e, assim, acentuam entraves para obstáculos na efetiva participação popular a partir dessa ferramenta. Já Miwa, Serapioni e Ventura (2017), analisando dois conselhos locais da cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, citam que a baixa divulgação das reuniões dos conselhos locais de saúde e o pouco esclarecimento das funções e atividades dos conselheiros corroboram para sua invisibilidade, aumentando, assim, o desconhecimento por parte da população dos Conselhos Municipais de Saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo em vista o objetivo de verificar a participação popular em assuntos que envolvam os processos de gestão da saúde, optou-se pela pesquisa quantitativa, que busca a explicação do comportamento das coisas, sendo seu objeto de estudo os fatos

(vistos e descritos) (TURATO, 2005). O presente estudo foi realizado na cidade de Patos, localizada no sertão do estado da Paraíba. A cidade é sede da 6ª Região geoadministrativa do estado e sua população estimada, para o ano de 2021, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é de 108.766 pessoas. A cidade possui um hospital regional e um hospital de câncer, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um centro de especialidades Odontológicas. No que se refere à Atenção Básica, o município conta com 40 Unidades de Saúde da Família e oito equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Foram incluídos neste estudo os usuários da atenção primária à saúde, mais precisamente aqueles que utilizaram a Unidade de Saúde da Família Roberto Ôba, localizada no bairro de São Sebastião, no município de Patos-PB, e que se voluntariam para participar da pesquisa. No total, foram aplicados 36 questionários, por meio de contato direto entre o pesquisador e a pessoa entrevistada, no ambiente da Unidade de Saúde da Família Roberto Ôba, para indivíduos de ambos os sexos. Para tanto, o pesquisador entrevistou os participantes da pesquisa, contando com o auxílio do questionário disponível no Apêndice desta pesquisa.

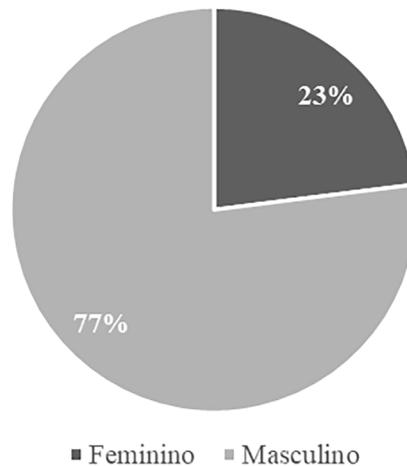
Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário estruturado, ou seja, previamente planejado, elaborado pelos autores, possuindo cinco questões direcionadas para a elucidação de fatos voltados à temática central desta pesquisa. Após a conclusão da coleta, os dados foram processados e representados em gráficos para análise. Ressalta-se que os participantes foram esclarecidos de que a participação no estudo era voluntária, não sendo obrigados a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador.

RESULTADOS

PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Com o intuito de verificar a participação popular em assuntos que envolvam os processos de gestão da saúde no município de Patos, no estado da Paraíba, primeiramente se realizou a caracterização do perfil dos participantes. Ao todo, colaboraram 36 pessoas que concordaram em responder ao questionário de pesquisa após ser devidamente explicados sobre as considerações éticas. Com relação à caracterização da amostra, o Gráfico 1, a seguir, demonstra que 77% dos participantes são do sexo feminino, e 23% do sexo masculino.

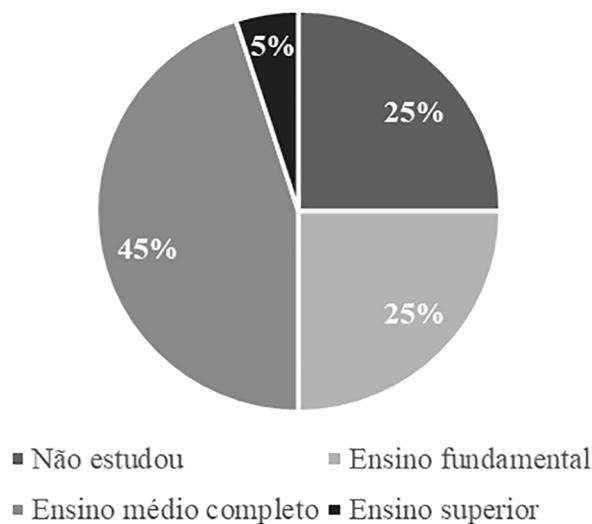
Gráfico 1 – Entrevistados por sexo



Fonte: elaboração própria, com base nos dados da pesquisa, 2018.

Com relação ao nível de escolaridade, o Gráfico 2, a seguir, demonstra que, entre os entrevistados, 45% possuem o ensino médio completo; 5% possuem ensino superior; 25%, o ensino fundamental; e 25% não estudou.

Gráfico 2 – Escolaridade dos indivíduos da amostra

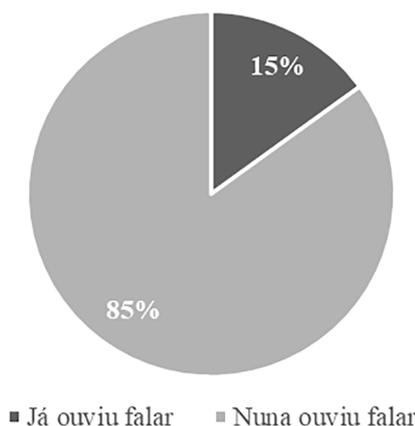


Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa, 2018.

PARTICIPAÇÃO NOS PROCESSOS RELATIVOS À GESTÃO DA SAÚDE

Após traçado o perfil dos participantes, foram realizadas indagações com vista a alcançar os objetivos propostos. Quando perguntado: “Você já ouviu falar sobre o Conselho Municipal de Saúde?”, os dados obtidos revelam que 85% responderam que não; e 15% responderam que sim.

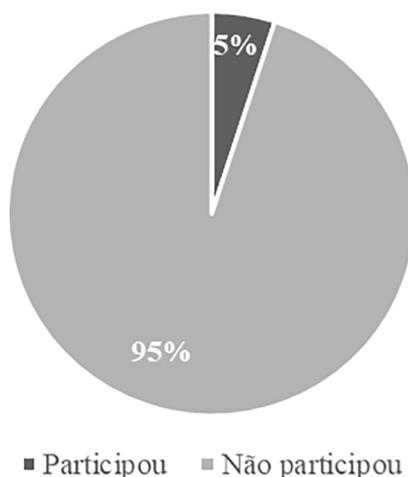
Gráfico 3 – Conhecimento sobre o Conselho de Saúde local



Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa, 2018.

Quando perguntado: “Você já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Saúde do município?”, os dados obtidos revelam que 0,5% já participaram de alguma reunião do conselho municipal de saúde; enquanto 95% da amostra não participou.

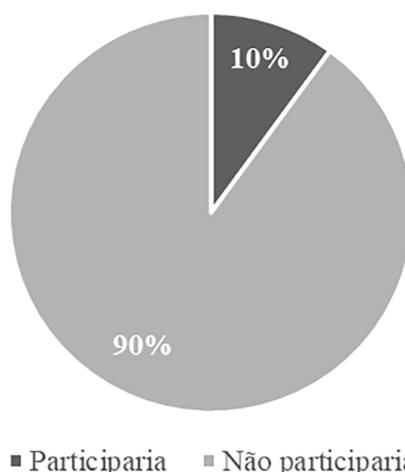
Gráfico 4 – Participação em reuniões



Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa, 2018.

Dessa forma, percebe-se que a maior parte dos entrevistados não possui conhecimento da existência de um conselho de saúde local atuante no seu município, o que culmina com o fato de que apenas uma baixíssima parcela já participou de reuniões realizadas pelo conselho municipal de saúde. Quando perguntados: “Você teria interesse em conhecer, e se já conhece, participar de reuniões do Conselho Municipal de Saúde?”, os dados obtidos revelam que 90% da amostra desejam conhecer mais e participar do Conselho Municipal de Saúde.

Gráfico 5 – Participação em reuniões futuras.



Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa, 2018.

Dessa forma, observa-se que, apesar de uma considerável parte da amostra não possuir conhecimento sobre o Conselho Municipal de Saúde do seu município e nunca ter participado de reuniões, existe o interesse de uma participação mais ativa. Na mesma linha da presente pesquisa, o estudo realizado por Duarte e Machado (2012) traz dados de que, para a maioria dos conselheiros de saúde, cerca de 59% dos entrevistados, o conselho é desconhecido por parte da população em geral. Entre os integrantes do referido conselho representados pela gestão, 75% consideram que a população desconhece o órgão. Já para os integrantes representados pelos trabalhadores, 80% consideram que a população no geral desconhece o órgão e, por fim, para os integrantes do conselho do referido estudo, representados pelos usuários, 62% relatam que a população desconhece o conselho do município. Assim, corroborando o estudo realizado por Lopes (2016), é possível perceber que, embora um conselho municipal de saúde de determinado município esteja institucionalizado, ainda se faz necessário procurar maneiras de legitimar as atividades no campo democrático como espaço para tal, reforçando a necessidade de se conhecer se a população que recebeu a oportunidade de instrumentalizar tal ferramenta ao menos a conhece como existente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa pautou-se em verificar o conhecimento – por parte da população usuária – dos serviços de saúde de um município do estado da Paraíba, mais precisamente no primeiro nível de atenção. Para tanto, optou-se por escolher uma Unidade Básica de Saúde para se proceder com uma entrevista semiestruturada em que o entrevistado responderia a questões ligadas ao conhecimento da ferramenta de participação popular garantida constitucionalmente para os usuários do SUS.

De acordo com os dados obtidos na pesquisa, percebe-se que grande parte dos usuários da atenção primária à saúde de determinada Unidade de Saúde da Família, localizada no município paraibano de Patos, não tem o conhecimento sobre uma ferramenta de gestão tão importante para todos que necessitam de participar dos processos de tomadas de decisão envolvendo questões de saúde para a população de todo o município. Os conselhos municipais de saúde são importantes instrumentos que devem ser utilizados por todos, e dispositivos legais garantem essa participação. Porém, muito se observa que não há conhecimento por parte da população sobre o que é tal instrumento de gestão participativa.

Dessa forma, observa-se que se faz necessário ampliar estudos com essa temática, a fim de que se possa verificar os reais motivos do não conhecimento por parte da população de instrumentos que auxiliam os gestores da administração pública em assuntos importantes como a saúde da população. Há de se considerar que o presente estudo apresentou limitações, como o número de Unidades Básicas de Saúde a ser pesquisadas, tendo como impeditivo o curto espaço de tempo disponível que impossibilitou uma coleta ampliada de informações. Dessa forma, sugerem-se novos estudos que confrontem os dados apresentados para que se possa obter novos dados e, assim, verificar opções de possibilitar o conhecimento dessa ferramenta participativa.

REFERÊNCIAS

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, mar. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília, DF: MS, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. v. 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde (série B: textos básicos de saúde), 2005.

BRASIL. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 31 out. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: TCU; Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Popular participation in a local health council: limits and potentials. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.*, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013.

DA SILVEIRA JÚNIOR, A. M. Sistema Único de Saúde (Sus): um breve histórico de sua criação aos desafios atuais. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 75-79, ago. 2015.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canindé, CE. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 21, Supl1, p. 126-137, 2012.

FASSINA, A. L.; **Controle Social, o Conselho Municipal de "Saúde":** funcional ou aparelhado? Rio Grande do Sul Picada Café, 2014.

GARCIA, M. F. Ditadura: hospitais públicos só atendiam contribuintes da Previdência. **Observatório do Terceiro Setor**, São Paulo, 26 ago. 2018. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/noticias/ditadura-hospitais-publicos-so-atendiam-contribuintes-da-previdencia/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

LOPES, B. J.; SILVA, E. A.; MARTINS, S. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. **Interações**, Campo Grande, v. 17, nº 2, p. 163-172, jun. 2016.

KEZH, N. H. P.; BOGUS, C. M.; MARTINS, C. L. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 950-963, dez. 2016.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], 12, p. 447-448, 2004.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 26, p. 411-423, 2017.

PINHEIRO R. A.; Dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso: Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus do Itabapoana. **Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 62-100, 1966

SALIBA, N. A. *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, dez. 2009.

SILVA, L. M. S. *et al.* Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 21, p. 117-125, 2012.

JORGE, M. S.; VENTURA, C. A. Os conselhos municipais de saúde e a gestão participativa. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 106-115, 2012.

TURATO, Egberto Ribeiro. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e esclarecido).

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Formação: _____

Questões norteadoras da entrevista:

1) Você já ouviu falar sobre o Conselho Municipal de Saúde?

Sim: Não:

2) Você já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Saúde do município?

Sim: Não:

3) Você teria interesse em conhecer, e se já conhece, participar de reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

Sim: Não: