

## Desafios dos Espaços de Participação Social em Unidades de Saúde da Família

### Challenges of Social Participation Spaces in Family Health Units

Ana Clara Oliveira Gomes<sup>1</sup>  
Ana Paula Maia Espíndola Rodrigues<sup>2</sup>  
João Victor Bezerra Ramos<sup>1</sup>  
Maria Gabriela Medeiros Cunha de Araujo<sup>1</sup>  
Pedro José Santos Carneiro Cruz<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Descrever os desafios para os espaços de participação social em Unidades de Saúde da Família (USFs), de forma a explorar horizontes e estratégias para a qualificação desses espaços. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, guiado pela realização de entrevistas individuais semiestruturadas com 33 participantes, dentre eles profissionais de saúde e usuários de cinco USFs de João Pessoa-PB-Brasil. As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo. **Resultados e Discussão:** Com base nas experiências e percepções dos entrevistados, foram evidenciados, de forma mais acentuada, desafios como: dificuldades de acesso a recursos financeiros e materiais para a realização de atividades participativas, espaço físico limitado nas USFs, pouca adesão da comunidade quanto à presença nas ações, bem como evasão da mesma no transcorrer das experiências desenvolvidas. Além disso, apontou-se a qualificação da divulgação das ações e uma maior atratividade na organização das mesmas como encaminhamentos importantes para a valorização desses espaços participativos. **Conclusão** Há desafios de ordem de gestão e de organização que incidem diretamente na dimensão da participação social nas ações das USFs, como também há dificuldades estruturais no que diz respeito a sensação de pertencimento e de envolvimento da comunidade. Priorizar essa questão e verificar procedimentos, atitudes e processos de gestão e de formação que sejam capazes de incrementar a cultura participativa na população e nos cotidiano dos serviços se faz premente na perspectiva da construção de um serviço de saúde integral, universal e equânime, contribuindo com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### DESCRIPTORES

Participação social. Atenção primária à saúde. Saúde Coletiva

#### ABSTRACT

**Objective:** Describe challenges for social participation spaces in Family Health Units (FHU), in order to explore horizons and strategies for the qualification of these spaces. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive and exploratory study, guided by individual semi-structured interviews with 33 participants, including health professionals and users of five FHU in João Pessoa-PB-Brazil. The interviews were analyzed using content analysis. **Results and Discussion:** Based on the experiences and perceptions of the interviewees, challenges such as: difficulties in accessing financial and material resources to carry out participatory activities, limited physical space in the FHU, little community adherence to the presence in the actions, as well as evasion of the same in the course of the developed experiences. In addition, the qualification of the dissemination of actions and greater attractiveness in the organization of them were pointed out as important steps towards the enhancement of these participatory spaces. **Conclusion:** There are management and organizational challenges that directly affect the dimension of social participation in the actions of the FHU, as well as structural difficulties with regard to the sense of belonging and community involvement. Prioritizing this issue and verifying management and training procedures, attitudes and processes that are capable of increasing the participatory culture in the population and in the daily life of services is imperative in the perspective of building a comprehensive, universal and equitable health service, contributing to the consolidation of the Unified Health System (SUS).

#### DESCRIPTORS

Social participation. Primary Health Care. Public Health

<sup>1</sup> Acadêmico(a) de Medicina. Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, Brasil.

<sup>2</sup> Nutricionista. Pós graduanda em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, Brasil

<sup>3</sup> Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, Brasil.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, decorrente de intensa mobilização social na busca por melhorias da assistência em saúde, de maneira integral e universal, resultou em propostas que se tornaram o alicerce para a construção do novo modelo do cuidado em saúde e que deram origem ao SUS. Esse sistema preconiza uma organização descentralizada e com atendimento integral, no qual a comunidade tem direito a vez e voz nas ações e nos serviços de saúde, decretado a partir da Constituição Federal de 1988<sup>1</sup>.

Nesse contexto, a participação social em saúde foi assegurada como direito constitucional a partir desse ano e legitimado na Lei nº 8.142 de 1990, configurando um pilar importante para o controle social no SUS<sup>1</sup>. Essa ferramenta representa uma das maiores mudanças na agenda da participação cidadã da sociedade brasileira, fazendo com que a população se torne parte constituinte da gestão, da formulação e da avaliação das políticas públicas em saúde, por ser destinatária dessas políticas, parceira na definição de tais ações, como também assumir papel importante no seu monitoramento, fiscalização e avaliação<sup>2,3</sup>.

No campo da saúde coletiva, a participação social possibilita a construção de reflexões e consciência a respeito da saúde enquanto direito social e humano, proporcionando movimentos em prol de transformações nas políticas de saúde e potencializando a aplicação dos recursos públicos de acordo com a demanda populacional e da comunidade envolvida<sup>4</sup>. Assim, pode-se destacar que a participação social é vista como uma das dimensões fundamentais do trabalho em saúde no

contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>5</sup>.

A história de lutas pelo direito à participação da comunidade na na definição das políticas de Estado está ainda presente na memória e na cultura de muitos cidadãos. Dessa maneira, o estímulo à participação da comunidade continua sendo um processo fundamental para o agir público e das ações em políticas públicas em quaisquer áreas do conhecimento, de modo a inverter a relação vertical hegemonicamente constituída entre o Estado e a sociedade, refletida na ideia de uma posição passiva dos sujeitos, o que acontece, também, devido ao pouco conhecimento de parte dos usuários em relação aos órgãos que podem colaborar na resolução de suas demandas, bem como em relação aos seus representantes nos conselhos e suas competências, responsabilidades e atividades dentro dos conselhos, sejam eles locais ou municipais<sup>6</sup>.

A participação social traz ainda, em sua concepção, a premissa de que a participação dos atores sociais no SUS não precisa acontecer exclusivamente por meio de vias institucionais. Ela é um ato político que olha para o futuro, que tem seu engajamento por meio da ação, já o controle social é um ato jurídico que olha para o passado, um conceito que considera o cidadão como um gestor da coisa pública e limita a participação a ação técnica e burocrática que acompanha as ações do Estado, avaliando o que se opera nos espaços públicos previstos por lei<sup>7</sup>.

Conforme destaca Brutscher e Cruz<sup>8</sup>, a participação social desvela a possibilidade de uma APS que seja resultado de “um serviço feito na diversidade, coerente com o caráter multifacetado do território de atuação

(...), na medida em que a conjunção de diferentes frentes e esforços de diversos sujeitos corrobora para mobilizar respostas de enfrentamento, tratamento, cuidado e resolução dos problemas”.

Entretanto, apesar da garantia legal da participação social, muitos obstáculos ainda estão presentes na realização dos espaços promotores da participação, uma vez que “são espaços públicos ainda incipientes, com alto grau de informalidade e que enfrentam inúmeras dificuldades para se organizarem”<sup>9</sup>. Nesse cenário, o fortalecimento da participação social é um desafio a ser priorizado, tendo como horizonte o comprometimento de profissionais, gestores e usuários com a efetivação dos espaços de participação em todos os níveis e serviços do SUS, a partir de uma sustentabilidade estrutural e da potencialização da cultura democrática no âmbito do Sistema<sup>10</sup>.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo descrever desafios para a realização dos espaços de participação social na APS, bem como explorar horizontes e estratégias capazes de subsidiar o debate a respeito das possibilidades no sentido de qualificar tais espaços, com base no olhar de gestores, trabalhadores e usuários de Unidades de Saúde da Família da cidade de João Pessoa-Paraíba-Brasil. Destaca-se que este trabalho é resultado de uma pesquisa ampliada, realizada com suporte do Programa de Pesquisa e Extensão “Práticas Integrais de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)” da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório e de característica descritiva que delinea os caminhos da pesquisa qualitativa, a qual visa compreender a lógica de grupos, instituições e atores capazes de incorporar o significado e a intencionalidade como parte dos atos, relações e estruturas sociais<sup>11</sup>. Nesse sentido, a principal estratégia para o seguimento da pesquisa foi a de entrevistas individuais semiestruturadas cuja operacionalização cursou com respostas livres e espontâneas dos entrevistados. Segundo Triviños apud Lima e Almeida<sup>12</sup> essa estratégia traz ao informante a possibilidade de discorrer com liberdade, tranquilidade e profundidade sobre o que lhe foi perguntado.

As entrevistas ocorreram com atores de USFs do Distrito Sanitário II da cidade de João Pessoa, caracterizadas como “Unidades Escola”, ou seja, aquelas vinculadas à Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da UFPB e à Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, além de estágios curriculares de cursos da área de saúde. A escolha por essas unidades se justificou, primeiramente, por uma maior proximidade dos pesquisadores com as mesmas, em virtude de relações institucionais anteriores de integração ensino-serviço, o que facilitou a colaboração para a consecução do estudo. Em segundo lugar, tal escolha visou favorecer uma análise mais aprofundada dos resultados, na medida em que seria focada em um território delimitado, cujas particularidades eram razoavelmente conhecidas pelos pesquisadores. Ademais,

uma amostra muito diversificada poderia levar a certa generalização de alguns aspectos mais comuns a territórios distintos, e deixar em segundo plano aspectos particulares, mas significativos, revelados na realidade desse território particular. Não obstante, reconhecemos que esse constituiu um elemento limitante do estudo, na medida em que seus resultados se atêm a um território muito específico, o que pode trazer uma certa homogeneização em termos de práticas, ideias, crenças, o que pode não se refletir em outros.

As entrevistas aconteceram no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, no turno da manhã, durante intervalos de atendimento dos profissionais, com os usuários, enquanto esses aguardavam as consultas. Duraram em média 15 minutos, foram gravadas nos celulares dos entrevistadores e posteriormente transcritas de forma literal. Foram no total cinco entrevistadores, os quais eram estudantes de projeto de iniciação científica da UFPB. As pessoas entrevistadas contribuíram com o compartilhar de seus olhares sobre os espaços de participação social com relatos norteados por 2 perguntas: 1. *Quais as principais lacunas, limites e obstáculos sentidos na realização desses espaços?* 2. *Quais suas sugestões, propostas e encaminhamentos importantes no sentido de qualificar tais espaços na USF?*

Foram entrevistadas um total de 33 pessoas, contemplando: cinco médicos (M), cinco dentistas (D), cinco enfermeiros (E), cinco agentes comunitários de saúde (ACS), cinco técnicos de enfermagem (TE), três gerentes (G) e cinco usuários (U). O número de gerentes resultou do fato de dois dos mesmos não terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE),

critério de inclusão para a abordagem no estudo.

A análise das entrevistas foi feita com base no método de análise de conteúdo estabelecido por Bardin<sup>13</sup> pautado em uma primeira leitura flutuante, seguida pela seleção dos documentos que serão analisados. Assim, foi realizada primeiramente a transcrição das entrevistas, em seguida, foi feita uma leitura dinâmica para apreender aspectos importantes iniciais, que foram assimilados através do destaque para falas de alguns entrevistados. Foi então promovida uma análise reflexiva e crítica, na qual ocorreu a concentração e o destaque de informações analisadas não incluindo argumentações que fugiram do plano de pesquisa ou por ausência de resposta sobre o que foi perguntado. A próxima etapa consistiu na classificação de elementos por similaridade ou por diferenciação, criando dimensões de respostas às perguntas geradoras de acordo com as ideias em comum. Assim, houve a aproximação das narrativas dos entrevistados conforme similaridade de discurso, formando, dessa maneira, os agrupamentos das respostas em dimensões, sendo um conjunto de dimensões para cada pergunta. Falas que não estavam de acordo com dimensões já evidenciadas puderam ser valorizadas em uma nova dimensão emergente. A organização das dimensões emergentes, para cada pergunta geradora, foi sistematizada em quadros contidos na seção de Resultados, juntamente com trechos ilustrativos dos depoimentos.

Para a identificação dos profissionais e usuários correspondentes às cinco USFs participantes utilizamos números arábicos (1, 2, 3, 4, 5), a fim de se manter o anonimato dos entrevistados e das unidades, conforme os quadros 1 e 2 a seguir.

**Quadro 1.** Principais lacunas, limites e obstáculos na realização dos espaços participativos.

DIMENSÕES	TRECHOS DE RESPOSTAS
Dificuldades de recursos financeiros e materiais	<p>“é a falta de insumos, de material para continuar os grupos e os atendimentos também.” (TE2)</p> <p>“eu acho que a questão financeira é o que mais pesa, a inviabilidade de eles fornecerem algumas coisas para ajudar a desenvolver mais esse espaço.” (ACS2)</p> <p>“Acredito que a lacuna esteja na administração que vem para o município. Acredito que a lacuna está na esfera maior.” (E4)</p>
Distância física da comunidade para a USF e suas consequências	<p>“Falando da minha comunidade, eles têm uma queixa muito grande que é a distância, porque antes de ser integrada, o posto de saúde era dentro da comunidade. E como eles têm muita dificuldade de vir o que a gente consegue é fazer atendimentos lá, fazer atendimento domiciliar para aqueles que não podem sair de casa, assim que a gente tenta resolver, porque lá eles são mais humildes e é uma área de risco, que às vezes muitos não podem sair de lá pra cá, porque aqui tem uma outra comunidade que são rivais.” (D2)</p>
Gestão e estratégias insuficientes na organização da agenda e dos horários das ações	<p>“A terceira coisa é questão de organização mesmo de agenda, às vezes, quer fazer uma coisa, mas é em cima da hora, não tava planejado qual seria a ação em si e outra é a frequência dos usuários.” (M5)</p> <p>“Gestão. É porque uma vez que a gestão não é boa, não tem como a gente fazer.” (E2)</p>
Espaço físico limitado	<p>“Pra ter um bom atendimento tem que ter estrutura e a gente não tem estrutura.” (D4)</p> <p>“o primeiro é um espaço físico, que não tem, a gente estava fazendo em casas de usuários e ficavam trocando para que usuários diferentes frequentassem” (M5)</p> <p>“Espaço físico, pois não temos local coberto para reunião. Além disso, não há local para divulgar. Então, para divulgar alguma coisa a gente tem dificuldade porque não tem onde fazer, a não ser pelo boca a boca.” (M1)</p>
Déficit de persistência e de empenho dos profissionais de saúde nos projetos	<p>“às vezes falta o querer do profissional para realizar mais grupos, fora o que a gente já tem. Então, tem muito grupo que a gente não faz ainda, eu acho que falta interesse do profissional, de fazer esse chamamento.” (G4)</p> <p>“Os usuários até participam, mas os profissionais não se empenham. Porque a gente começa com uma coisa, vai indo bem, mas vai esfriando e depois para.” (TE1)</p>
Falta de tempo e sobrecarga de trabalho dos profissionais	<p>“Essas dificuldades a gente vê que o profissional em si ele está muito sobrecarregado que na verdade a gente tem até ideias, a gente tenta se planejar, mas o serviço ele requer muito da gente diante de uma demanda grande para pouco profissionais.” (TE4)</p>
Pouca adesão da comunidade e sua evasão ao longo do tempo	<p>“às vezes os usuários vão relaxando, não sei se é por não ser o que eles estavam esperando ou talvez por ser um horário que as pessoas geralmente querem estar em casa.” (ACS3)</p> <p>“O engajamento popular é um pouco complicado, na verdade, eu acho que é até meio que criado isso. A <i>galera</i> não gosta de participar da reunião, ela não gosta de coisa burocrática, isso aí é meio que cultural e é uma cultura pra prejudicar a própria população.” (M4)</p> <p>“Os usuários não disponibilizam o tempo para um trabalho em grupo. Os profissionais precisam criar meios atrativos para trazer o usuário ao serviço, específicos para cada grupo.” (E1)</p>
Ênfase da comunidade em denúncias, reclamações e pouca proposição	<p>“nas reuniões que temos com a comunidade poucos representantes vêm e eles insistem apenas em questões de regulação, de marcação de exames que não são da nossa alçada e não influenciam em questões de melhorias de um modo geral. Devido ao pouco nível de instrução, muitos dos que vêm para as reuniões, vêm apenas para reclamar e não estão abertos a ouvir nem a repassar a discussão para a comunidade.” (D3)</p>
Utilização político-partidária dos espaços de controle social	<p>“Muitas vezes, as lideranças querem usar a participação social de forma mais político-partidária, a participação comunitária é uma forma de política, mas não uma forma de político-partidarismo. Então vamos dizer que eu seja oposição, eu vou no conselho só para dificultar.” (M3)</p>

Fonte: os autores

**Quadro 2.** Sugestões e encaminhamentos importantes para qualificar tais espaços nas USF.

DIMENSÕES	TRECHOS DAS RESPOSTAS
Espaço físico adequado aos espaços de participação	<p>“O sistema dar condições para a gente ter um espaço físico para fazer um grupo, nós temos uma área, mas não tem estrutura.” (TE1)</p> <p>“Um local para se reunir, para que pudesse ter um número de pessoas um pouco maior, de uma vez só, no mesmo local, tipo um auditório ou área coberta que a gente pudesse trazer a população e que fosse um momento fora do consultório.” (M1)</p> <p>“A gente precisava de mais espaço físico para poder acomodar mais a comunidade. Por exemplo, nós temos o projeto de auriculoterapia, mas falta espaço, pois temos muita área, mas sem cobertura.” (ACS1)</p>
Esforço conjunto dos profissionais de saúde para persistência em impulsionar os projetos	<p>“desenvolvimento da paciência e resiliência dos profissionais para não desistirem facilmente dos projetos de incentivo e concretização da participação social;” (M3)</p> <p>“Não podemos perder a linha do cuidado. A ideia é não perder o foco e se organizar, enquanto equipe. Não é porque o serviço é público, que deve ser banalizado, pelo contrário, precisamos de profissionais que amam o que fazem.” (E1)</p> <p>“O trabalho em equipe em prol da comunidade. A maioria dos profissionais é contrato de prefeitura, é hoje e não é amanhã, e eles pensam assim, se fosse feito concurso e a gente pudesse ficar aqui fixo aí ia pra frente, mas às vezes tem um profissional que é demitido, entra outro e assim não tem continuidade nunca.” (TE1)</p>
Impulsionar o compromisso da comunidade e lideranças no desenvolvimento das ações	<p>“maior persistência da comunidade na adesão das ações.” (ACS3)</p> <p>“maior presença das lideranças locais em ações.” (M3)</p> <p>“[...] O fato de eles virem cobrar da gente, mas o problema não somos nós, eles precisam cobrar lá de cima, no pico da pirâmide. Mas aí cobram da gente, faz ouvidoria e aí somos nós que temos que responder e a gente não tem poder de decisão para essas coisas.” (D1)</p>
Adequar a agenda de acordo com a dinâmica e a disponibilidade da população	<p>“[...] buscar uma dinâmica que seja eficaz, de escuta, de deliberar coisas.” (M2)</p> <p>“de tempos em tempos reformular esses grupos para renovar.” (D3)</p> <p>“acho que a gente teria que mexer um pouco em agendas, não deixar uma coisa que seja fixa pra turnos de reunião e deixar mais livre, para a equipe saber qual horário melhor se encaixaria para sua população.” (M5)</p>
Desburocratizar o acesso aos recursos financeiros para a efetivação das ações	<p>“Acho que deveria ter uma verba específica para ajudar, a incentivar, criar mais um grupo, trazer coisas diferentes para os usuários.” (ACS2)</p> <p>“se a gente tivesse um setor aberto para contribuir, todas as vezes que a gente fosse fazer uma ação, ter uma ajuda financeira ou de material, eu acho que as coisas seriam bem melhores.” (ACS5)</p>
Criar novos espaços de participação	<p>“Eu acho que se tivessem mais projetos teria mais envolvimento com a comunidade, se tivesse mais profissionais de diferentes especialidades.” (ACS1)</p>
Estreitamento do vínculo com a comunidade	<p>“Acho que é tentar trazer a comunidade cada vez mais pra perto, porque a gente tem, mas é muito pouco o contato com eles. Mas graças a Deus o agente de saúde, que são da própria comunidade, consegue trazer muitas queixas. Então, a sugestão para qualificar é a gente poder abrir mais para eles, abrir mais o espaço para ter o contato com toda a equipe, pois quem tem mais esse contato são os agentes de saúde, eles quem trazem as queixas para a gente.” (D2)</p>

Continuação

Qualificar a divulgação dos espaços e a atratividade dos mesmos	<p>“Acho que o que se pode fazer pra que esses espaços sejam melhores é, primeiro preparar com bastante antecedência, divulgar bastante para que uma maior quantidade de pessoas venha” (M2)</p> <p>“estamos conversando mais nas reuniões com os agentes para que a gente consiga atrair mais usuários para esses debates. Panfletos, para divulgar a existência desses momentos.” (D3)</p> <p>“Eu acho que a principal dificuldade é atrair as pessoas, acho que a melhor forma é fazendo territorialização, conhecer as principais lideranças locais, CRAIS, ONGS, equipamentos sociais, porque a partir do momento em que você cria bases fortes, você consegue chamar as pessoas.”(M3)</p> <p>“adesão da comunidade, práticas interativas, então se for um grupo de gestantes, ter palestras por exemplo.” (G3)</p> <p>“Trabalhar a forma que se convida as pessoas. (...) Há momentos que o grupo vai tá <i>bombando</i> e há momentos que não vai ter mais ninguém, mas não é por isso que precisa acabar, podemos juntos planejar como atrair novas pessoas com novas ideias.” (E1)</p>
Promover a formação cidadã e política dos usuários e dos profissionais	<p>“promover educação em cidadania para conscientizar a população sobre a importância de participar.” (M3)</p> <p>“Acho que se viesse qualificação para os profissionais e aí nessas qualificações, não específicas de suas profissões, mas sim uma formação política de como lidar com a comunidade, como a conjuntura política atual do país reflete no serviço, reflete nas verbas? Por que que as vezes também dificulta as coisas no SUS? tem muito processo judicial no SUS? Eu acho que o cidadão, que não deixa de ser cidadão por ser profissional, quando ele tem uma formação política, ele começa a entender o processo e ele começa a se sensibilizar tanto com o serviço, de humanizar mais o espaço, quanto com a comunidade, com aquele cidadão” (ACS4)</p>
Potencializar a sala de espera	<p>“Seria bom quando a gente chegasse ficasse ali com alguém conversando, esclarecendo algumas coisas e até, assim, fazendo a gente conversar sobre gestação, essas coisas, porque muitas vezes a gente fica estressado por ta ali parado, calado. Se fizesse um grupo e a gente combinasse assim, uma quarta-feira tu trazes um suco, aí a gente se juntava e a enfermeira ficava vindo só chamar: “fulano”. Aí a gente saía e ia, ficava conversando, seria legal assim.” (U4)</p>
Ampliação de recursos para estrutura e para os profissionais	<p>“Eu acho que saúde não é só queixa e conduta, médico e usuário, eu acho que é voltar realmente aos grupos para se ter mais reuniões, ter mais salas de espera com eles, ter mais matriciais, de cada um trazer o seu conhecimento. De ter um profissional, mas é como falei, falta incentivo pra que os demais profissionais se empolguem a querer fazer.” (G4)</p> <p>“Eu não digo nem políticas públicas, porque políticas públicas já existem. Na verdade, é gestor providenciar o mínimo de estrutura básica nas unidades de saúde para melhorar a qualidade de atendimento, bem como, melhoria salarial dos profissionais que recebem uma <i>minharia</i> para trabalhar 40 horas por semana. Isso eu não tô falando do médico, o que você vê na televisão “Mais médicos ganham 12 mil”. Os Mais médicos ganham 12 mil, o dentista ganha 1.800, o enfermeiro ganha 1.800, o técnico de enfermagem ganha 1 salário mínimo, entendeu? Agora me diga se um profissional ganhando isso trabalha satisfeito.” (D4)</p>
Criação de leis para empoderamento popular	<p>“Como equipe de saúde a gente tenta acabar por proporcionar alguns espaços coletivos que a participação deles seja e esse protagonismo venha da própria população. Para se facilitar isso seria dessa forma de empoderar mais a população de uma forma mais de leis, de passar por uma regra mesmo, pela norma jurídica, de uma carga horária mais favorável de trabalho. De um engajamento, talvez até dentro dos espaços do bairro e que tem um benefício, de liberação do trabalho pra participar de uma reunião. E quem da população pode sair do seu trabalho naquele horário “X” ali e poder participar de um espaço de construção, de um espaço de crescimento né? Individual e coletivo? enfim...” (M4)</p>

Fonte: os autores

Esta pesquisa está em consonância com os preceitos que regem a Portaria n.466/2012<sup>14</sup>. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa no CCM/UFPB e aprovada sob o número de parecer 2.706.807. Recebeu a carta de anuência da Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, sob o nº 16.077/2018.

## RESULTADOS

Após análise das entrevistas, as 17 respostas da primeira pergunta foram compiladas e agrupadas por aproximação de ideia em nove dimensões cujos resultados estão dispostos no Quadro 1. De maneira equivalente aos resultados do primeiro quadro, as 27 respostas sobre o segundo questionamento foram reunidas em 12 dimensões que estão expressas no Quadro 2. A delimitação de dimensões emergentes a partir da análise dos conteúdos das falas não se deu apenas por repetição em quantidade de ideias que se aproximaram, pois em algumas situações algumas dimensões foram constituídas a partir de uma única fala de um único participante, mas que foi julgada pertinente de ser destacada pelos pesquisadores, considerando o conjunto da análise e os elementos provindos da revisão de literatura. Dessa forma, foram destacados nos quadros a seguir as respostas que trouxeram contribuições a compreensão e problematização das perguntas norteadoras. Importante salientar que, em algumas questões, o total de respostas diferente do total de participantes do estudo o que decorreu na medida em que as respostas de alguns participantes fugiram ao escopo

e foco das perguntas, e ainda em virtude de alguns entrevistados não terem conseguido responder a algumas das indagações.

## DISCUSSÃO

A escassez de recursos financeiros na manutenção dos espaços participativos dentro e fora das USFs é uma das lacunas mais evidentes na fala dos entrevistados. Nesse sentido, os recursos financeiros são fundamentais no desenvolvimento das ações de promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas à mobilização da participação dos usuários, pois material didático e de divulgação, assim como, espaço físico adequado favorecem o interesse da comunidade para participação nas atividades da USF<sup>15</sup>.

Assim, a tentativa de gerenciamento dessa lacuna nas USFs pelos profissionais de saúde com recursos próprios e estratégias de atratividade da comunidade com brindes, lanches, tornam os espaços participativos frágeis e superficiais, pois, nesse contexto, as ações de participação tornam-se eventos de entretenimento, não constituindo um engajamento popular efetivo na direção do estabelecimento de espaços de diálogo e de negociação para o aprimoramento da situação local de saúde do funcionamento do serviço de forma coerente com as demandas populares locais. Estratégias artificiais de mobilizar apenas a presença física, e não proativa, dos usuários, tende a alimentar interesses por benefícios pessoais diretos e fazer as pessoas apenas participarem de reuniões com essa intencionalidade, o que não garante a participação qualificada e longitudinal<sup>16</sup>.

Além disso, destacam-se como pontos frágeis, “os problemas relativos à estrutura física e à precarização do trabalho na ESF – a exemplo de vínculo empregatício, salário e autonomia – [que] desmotivam os profissionais e abalam a qualidade da atenção no nível primário”<sup>16</sup>. Dessa maneira, houve concordância entre os trabalhadores sobre a questão salarial e os recursos governamentais serem encaminhamentos importantes no processo de construção para a prestação de serviços de qualidade e melhoria dos espaços participativos como investimentos na ampliação e criação de ambientes físicos adequados, qualificação da divulgação e atratividade deles, além da desburocratização do acesso aos recursos financeiros para a efetivação de suas ações.

As limitações de recursos, associadas ao baixo número de profissionais atuantes nas unidades, também foram identificadas pelos entrevistados como obstáculo importante, o qual afeta diversas nuances do cuidado em saúde e que podem ser evidenciadas no vínculo entre equipe e comunidade, na qualidade do atendimento, prestação de serviços e nas realizações dos espaços de participação<sup>17</sup>. Nesse contexto, jornadas extenuantes e grandes demandas para poucos profissionais afetam a disponibilidade dos trabalhadores nos espaços participativos. Isso compromete uma maior disponibilidade da equipe no investimento de tempo em atividades como visitas domiciliares e educativas, muitas das quais contribuem com a promoção de uma relação mais próxima entre a comunidade e a equipe de saúde<sup>15</sup>.

Outro aspecto limitante está na tímida persistência e no insuficiente empenho

dos profissionais de saúde nos projetos sociais desenvolvidos nas comunidades, bem como, na gestão insuficiente das agendas e horários das ações pelas equipes responsáveis por cada território. Segundo os trabalhadores, esses limites decorrem da falta de corresponsabilidade entre os integrantes das equipes no sentido de exercerem o compromisso nas frentes de ações com os grupos, levando à sobrecarga de alguns em detrimento de terceiros. Além disso, apontou-se para a falta de resiliência dos profissionais na execução dos grupos e na mobilização social para esses espaços participativos.

A ausência de interesse por alguns trabalhadores na APS, quando aliadas às fragilidades da educação permanente, “contribui para que profissionais exerçam suas atividades sem o devido cuidado com os mecanismos de escuta e não percebem a importância dos espaços locais de participação”<sup>16</sup>. Nesse sentido, é de extrema relevância que os profissionais de saúde revejam e reavaliem de forma contínua os papéis que exercem, os conceitos que constroem, as organizações das quais participam e os atos de saúde que praticam, pois somente o diálogo entre os atores sociais integrantes do campo de saúde são os que podem conduzir a consolidação do SUS<sup>18</sup>.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a agenda de trabalho dos profissionais precisa fazer parte do planejamento de atividades de implementação e programação de ações que atendam às necessidades de saúde da população, além disso, ela deve ser compartilhada e organizada de modo que a acessibilidade do usuário não seja afetada<sup>19</sup>.

Dessa forma, o compartilhamento da agenda entre as diferentes equipes atuantes em um dado território precisa estar de acordo com as demandas populacionais e precisa privilegiar oportunidades de diálogo com os usuários para a promoção de sua participação no serviço, sem que essa organização afete ou deixe lacunas nos serviços prestados, a fim de sustentar um ambiente favorável ao cuidado em saúde e a aproximação popular, a partir do gerenciamento de horários específicos para atividades que estimulem o engajamento da população.

Apesar da inegável importância do engajamento da equipe de saúde nos espaços participativos, os protagonistas do processo saúde são os usuários, pois são eles quem realmente tecem as políticas públicas em saúde a favor do coletivo, porém, ainda é presente a dificuldade da comunidade em se reconhecer nesse processo. Dessa forma, uma das limitações ainda enfrentadas na realização dos espaços de participação é a pouca adesão da comunidade e a evasão dos participantes ao longo do tempo nos grupos e espaços envolvidos. Duas causas são evidenciadas pelos profissionais: a postura de líderes comunitários e a postura passiva dos usuários frente às lideranças.

Essa postura passiva traz reflexões sobre o desafio da mobilização da população para a participação ativa na condução das políticas públicas brasileiras, o que constitui em pilar fundamental da Constituição Federal e da luta dos movimentos na Reforma Sanitária<sup>20</sup>. Nesse estudo, foi identificado que a postura passiva da comunidade, muitas vezes, é conduzida pelo entendimento de que as reuniões nos espaços participativos são

eventos meramente burocráticos, distanciando, dessa forma, o reconhecimento da comunidade na potencialidade da participação social como agente de transformação e de conquistas concretas.

Segundo Lima e Galimbertti<sup>21</sup> “a participação social está ligada à construção de sentidos pelos sujeitos e não pode ser percebida como algo dado ou mera normatização, mas como conquista”. É importante a formação de espaços de cidadania onde os sujeitos/cidadãos se sintam parte do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde aos quais estão inseridos, a fim de que estes participem da construção de políticas públicas de saúde que sejam reais ao contexto de sua coletividade. Desse modo, Cadoná e Scarparo<sup>20</sup> defendem: “praticar saúde, é “misturar-se” aos coletivos, é propiciar a formação de espaços dialógicos onde usuários/as e profissionais são ativos/as no exercício do fazer saúde.”

A formação constante de atores sociais por meio da educação em saúde amplia a capacidade da população atuar de forma protagônica na vocalização de suas necessidades e desejos. As ações educativas colaboram na formação política dos atores coletivos, aumentando a efetividade do controle social<sup>22</sup>. Nesse sentido, Westphal apud Coelho e Andrade<sup>22</sup> defende que o processo educativo se estrutura em dois momentos: primeiro pela prática da luta social em contato com o Estado e sua burocracia; segundo pela aprendizagem formal, através de cursos que propiciem formação política, acesso a informações e conhecimentos, colaborando na interpretação crítica da realidade<sup>22</sup>.

Nessa perspectiva, depreende-se a formação cidadã dos sujeitos como ferramenta essencial na construção de criticidade, ponte para a transformação social. Desse modo, é importante que haja a formação cidadã não só da população como dos profissionais, de forma a quebrar práticas de saúde tradicionais, conservadoras e orientadas pela perspectiva biomédica. Sendo assim, a valorização da perspectiva política e pedagógica da educação popular tem sido cada vez mais necessária “à medida que foi sendo produzido um distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população, fazendo com que uns não compreendam o modo como os outros operam”<sup>23</sup>, como é identificado nas falas dos entrevistados.

Especialmente após a redemocratização da vida pública brasileira, o engajamento de atores da sociedade civil e dos movimentos sociais na esfera estatal, institucionalizou diversas formas de participação e representatividade, na elaboração e monitoramento de políticas públicas e na gestão e implementação delas. Nesse sentido, a teoria do processo político quanto ao envolvimento dos movimentos e atores sociais nas instituições políticas traz abordagens acerca da institucionalização dos movimentos, entendida como a integração dos atores envolvidos com as estruturas do Estado<sup>24</sup>.

Essa institucionalização dos movimentos e suas lideranças produz algumas contradições, dentre as quais pode-se apontar efeitos de burocratização e rotinização das ações coletivas, fazendo a desmobilização dos militantes, a cooptação dos ativistas e sua transformação em grupos de interesse

ou partidos políticos. Assim, conforme Meyer e Tarrow apud Carlos<sup>24</sup>, é predominante nessa perspectiva uma visão homogeneizante onde os ativistas e autoridades aderem a um modelo de ação bastante previsível no qual os atores institucionalizados tem acesso ao sistema público, mudam suas reivindicações e perdem sua autonomia. Essa dimensão é evidente em uma das falas dos entrevistados na qual traz a reflexão sobre a utilização político-partidária dos espaços de controle social em saúde, onde lideranças passam a defender ideologias partidárias em detrimento do coletivo.

Nesse sentido, o processo de construção coletiva deve ser priorizado no interior dos espaços de participação social, sendo realizado por meio do envolvimento de atores estratégicos para que prevaleça o interesse da coletividade sobre as prioridades particulares. Dessa forma, a comunidade e lideranças sociais ao se voltarem para o desenvolvimento de ações de mobilização, comunicação e formação de tecnologias sociais que visem o controle social e a reivindicação qualificada sobre as ações de saneamento em suas comunidades, contribuem para o melhor planejamento, execução e manutenção dos serviços de saneamento, aumentando as probabilidades de melhorias nas condições de saúde da população assistida, a partir das necessidades locais<sup>25</sup>.

## CONCLUSÃO

A garantia legal da participação social e dos espaços participativos da comunidade na saúde ainda se depara com empecilhos. A

escassez de recursos para propiciar espaços de participação da comunidade de qualidade constitui uma das lacunas destacadas. Esse cenário de desprovimento ocasiona um custeio insustentável pelos próprios profissionais, fragiliza a oferta de espaços engajadores e atrativos ao interesse da comunidade em participar. Por essa razão, destacou-se como sugestão a ampliação de recursos financeiros para adequar a estrutura física dos espaços participativos, bem como a desburocratização do acesso a esses recursos para a efetivação de ações nessas estruturas renovadas; para criar novos espaços de participação e para qualificar a atratividade e a divulgação deles.

Paralelamente, notou-se uma concordância acerca da insuficiente remuneração da equipe profissional como fator limitante da funcionalidade dos espaços participativos. Percebe-se insatisfação salarial associada necessária à sobrecarga de demanda laboral, o que impacta na desmotivação e na indisponibilidade da equipe em se fazer presente nos espaços participativos e em impulsioná-los, uma vez que também há poucos trabalhadores, proporcionalmente, para atender ao público. Além disso, se faz necessário o comprometimento da equipe em avaliar e reforçar a persistência, entre seus membros, na consolidação dos espaços participativos.

Atualmente, as agendas das equipes dispõem de horários pouco acessíveis, insuficientes e incompatíveis com a disponibilidade e demandas da comunidade. Tal cenário, associado ao uso político-partidário dos espaços de controle social, nos quais partes das lideranças comunitárias são cooptadas pelos governos, resulta

no desinteresse, na evasão e no escasso engajamento comunitário, por propiciar o sentimento de pouca credibilidade nos usuários. A frágil adesão populacional foi ainda fundamentada no entendimento de que as reuniões nos espaços participativos configuram encontros de cunho meramente burocrático. Dessa maneira, frequentemente, a comunidade acaba participando apenas no sentido de cobrança e das reclamações, mas pouco na direção das sugestões para melhorias.

Em se tratando da superação da limitada mobilização da comunidade em envolver-se nesses espaços, a promoção de uma educação política-cidadã voltada tanto para os usuários quanto para os profissionais, em que os cidadãos se sintam protagonistas no processo de construção do serviço, aliada à criação de normas jurídicas que incentivem a população a acessar os espaços participativos foram visualizadas como perspectivas. Essas possibilidades, sob uma perspectiva dialógica e coletiva, junto à adequação da agenda direcionada à dinâmica dos horários e às necessidades da população, certamente podem impactar no estreitamento do vínculo com a comunidade, impulsionar o compromisso das lideranças comunitárias no desenvolvimento das ações e transpor práticas tradicionais.

Assim, foi promissor identificar a capacidade propositiva de possibilidades diversas apontadas pelos entrevistados, com perspectivas para ampliar a qualidade do acesso a uma saúde devidamente universal, integral, equânime e que conte com a corresponsabilidade de seus usuários na sua construção.

Há desafios de ordem de gestão e de organização que incidem diretamente na dimensão da participação social nas ações das USFs, como também há dificuldades estruturais no que diz respeito a sensação de pertencimento e de envolvimento da comunidade. Priorizar essa questão e verificar procedimentos, atitudes e processos de gestão e de formação que sejam capazes de incrementar a cultura participativa na população e nos cotidiano dos serviços se faz premente na perspectiva da construção de um serviço de saúde integral, universal e

equânime, contribuindo com a consolidação do SUS. Assim, é imprescindível a continuação de estudos sobre esse tema, visto as limitações da pesquisa quanto a não participação de todos os gerentes das USFs estudadas, a falta de entendimento sobre o enunciado das perguntas norteadoras por parte de alguns dos entrevistados e a amplitude do delineamento da pesquisa limitada por um distrito do município estudado. Nesse sentido, é importante a ação dos outros estudos capazes de validar, discutir e problematizar, por exemplo, os encaminhamentos sugeridos nesta análise.

## REFERÊNCIAS

- Hoppe AS, Magedanz MC, Weigelt LD, Alvez LMS, Rezende MS, Fischborn AF, et al. Participação popular no Sistema Único de Saúde : olhar de usuários de serviços de saúde Popular. *Cinergis*. 2017. 18(0):335–343
- Catanante GV, Hirooka LB, Porto HS, Bava MCGGC. Participação social na atenção primária à Saúde em direção à Agenda 2030. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(12):3965–3974.
- Do Carmo ME, Guizardi FL. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: Uma revisão do estado da arte. *Physis*. 2017; 27(4):1265–1286.
- Santos FGT, Mezzavila VAM, Rêgo AS, Salci A, Radovanic CAT. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. *Saúde Debate*. 2019; 43(121):489–502.
- Giovanella L, Almeida PF. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America. *Cad. saúde pública*. 2017; 33(2):1678–4464.
- Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde soc*. 2017; 26(2): 411-423.
- Abrunhosa MA, Machado FRS, Pontes ALM. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saúde Soc*. 2020; 29(3): 1-13.
- Brutscher VJ, Cruz PJSC. Participação social na perspectiva da educação popular: suas especificidades e potencialidades na Atenção Primária à Saúde / Social participation from the perspective. *Cad CIMEAC [Internet]*. 2020; 10(1): 126.
- Oliveira AMC, Dallari SG. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: Um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. *Physis*. 2015; 25(4):1059–1078.
- Kruger TR. Participação e planejamento no SUS: Considerações a partir dos planos nacionais de saúde. *Rev. Sociais e humanas*. 2020; 33(3): 118-137.
- Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- Lima MADS, Alemida MCP, Lima CCL. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *Rev. gaúch. enferm*. 1999; 20:130-142.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. 1ª ed. Lisboa: Edições 70. 2006.
- Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 dez. 2012.
- Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da saúde na atenção básica: Estudo baseado no método de paulo freire. *Ciênc. saúde colet*. 2014; 19(8):3553–3559.

16. Bispo Júnior JP, Martins PC. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde Debate*. 2014; 38(102):440–451.
17. Serapioni M, Da Silva MGC. Evaluation of the quality of Family Healthcare Program in municipalities of Ceará. A multidimensional approach. *Ciênc. Saude Colet*. 2011; 16(11):4315–4326, 2011.
18. Oliveira DM, Deus NCP, Caçador BS, Silva EA, Garcia PPC, Jesus MCP et al. Nurses' knowledge and practice on social participation in health. *Rev. Bras. Enferm*. 2016; 69(3):421–427.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
20. Cadoná E, Scarparo H. Construcionismo social na atenção básica: Uma revisão integrativa *Ciencia e Saude Coletiva*. Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saude Coletiva. 2015.
21. Lima FA, Galimberti PA. Sentidos da participação social na saúde 157 para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Physis*. 2016; 26(1):157–175.
22. Coelho JS, Andrade, RJH. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc*. 2012; 21(1): 138–151.
23. Gomes LB, Merhy EE. Understanding popular health education: A review of the Brazilian literature. *Cad. Saude Publica*. 2011; 27(1):7-18.
24. Carlos E. Movimentos sociais e instituições participativas Efeitos do engajamento institucional nos padrões de ação coletiva. *Rev. Bras. Cienc. Soc*. 2015; 30(88):83–98.
25. Piccoli As, Kligerman Dc, Cohen Sc. Políticas em Saúde, Saneamento e Educação: Trajetória Da Participação Social na Saúde Coletiva. *Saúde Soc*. 2017; 26(2): 397-410.

**CORRESPONDÊNCIA**

Ana Clara Oliveira Gomes  
Rua Cassimiro de Abreu, 56, apto 1102  
Brisamar, João Pessoa – PB. CEP: 58033-330  
E-mail: claraog2@gmail.com