

Caracterização dos espaços de participação social na Atenção Primária à Saúde em João Pessoa, Paraíba (Brasil)

Characterization of spaces of social participation in Primary Health Care in João Pessoa, Paraíba (Brasil)

Ayla Nóbrega Andre¹, João Victor Bezerra Ramos², Pedro José Santos Carneiro Cruz³

RESUMO

A participação social na esfera local encontra dificuldades de se estabelecer como norteadora da construção de políticas públicas. Com base nessa assertiva, este artigo tem como objetivo caracterizar os espaços de participação social em uma capital brasileira. Para tanto, foram realizadas entrevistas estruturadas escritas com 12 gerentes de Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II de João Pessoa, as quais foram posteriormente analisadas pela aproximação de ideias semelhantes. A seguir, procedeu-se às etapas de interpretação dos resultados por meio de discussão, intuição e crítica, utilizando-se a metodologia da análise de conteúdo, conforme Bardin. Constatou-se predominância da prática de grupos de linhas de cuidado, além de um público composto principalmente de mulheres e idosos. A maioria dos espaços foi criada entre 2017 e 2018. Grande parte dos temas falava sobre bem-estar individual, mas pouco foi abordado sobre a construção de políticas públicas, a fiscalização de obras e investimentos ou a luta por direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Participação Social. Participação Comunitária. Saúde Pública.

ABSTRACT

Social participation in the local sphere encounters difficulties in establishing itself as a guideline for the construction of public policies. Based on this assertion, we produced this article with the objective of characterizing the spaces for social participation in a Brazilian capital. For that, written structured interviews were carried out with 12 managers of Family Health Units of the Sanitary District II of João Pessoa, which were later analyzed by approximating similar ideas. The next step was the interpretation of the results through discussion, intuition and criticism, using the content analysis methodology, according to Bardin. It was found a predominance of the practice of groups of lines of care, in addition to an audience composed mainly of women and the elderly. Most of the spaces were created between 2017 and 2018. Most of the themes talked about individual well-being, but little was addressed about the construction of public policies, the monitoring of works and investments, or the fight for rights.

KEYWORDS: Primary Health Care. Social Participation. Community Participation. Public Health.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: abril de 2021 – Aceito: março de 2022

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7982-4886>. E-mail: ayla.nobrega@hotmail.com.

² Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8200-0236>.

³ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0610-3273>.

INTRODUÇÃO

A participação social constitui uma das dimensões do processo de construção de saúde, solidificada na Constituição Federal de 1988, junto com o Sistema Único de Saúde (SUS). Pode ser entendida como “múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas”¹⁽⁴⁰⁰⁾. Assim, prevê o envolvimento ativo e protagônico da sociedade civil na criação, construção e monitoramento das ações em saúde, através da aplicação do conceito de gestão participativa.

Como política pública, a participação social foi estabelecida no SUS pela lei n.º 8.142², que discorre sobre as diferentes maneiras como essa participação pode ser praticada em todas as esferas da saúde, especialmente por meio de conferências e conselhos de saúde. Em 2009, aprofundando os marcos legais da participação social no SUS, foi lançada pelo Governo Federal a Política Nacional de Gestão Participativa (ParticipaSUS), com o objetivo de, justamente, fomentar a ampliação dos espaços, estratégias e experiências de formulação de políticas e ações de saúde entre atores governamentais, trabalhadores de saúde e usuários do SUS³.

A participação social tem, em seu aspecto fundamental, a integração entre esferas sociais (governo e população), na perspectiva de romper com a hegemonia do poder do gestor nas decisões em saúde, criando e cultivando uma descentralização desse poder e estimulando o exercício da cidadania na construção de políticas sociais desde a microcapilaridade da vida pública⁴. Concebida como diretriz constitucional, a participação social entende a saúde como um direito também social, de responsabilidade do Estado e que perpassa o caráter assistencialista que por tanto tempo foi seu alicerce⁵.

No campo da Atenção Primária à Saúde (APS), o processo participativo tem a finalidade de sintonizar a sociedade com as demandas em Saúde, advindas das pessoas em suas relações sociais e na dinâmica de seus territórios de vida^{6,7}. A organização dos serviços de saúde, a partir da participação social, permite à equipe de saúde conhecer as percepções, os sentidos e as subjetividades da população na sua busca cotidiana por saúde e bem estar; ainda permite que a população tenha acesso ao conhecimento sobre as ações em saúde desenvolvidas em seus territórios, possibilitando-lhe, assim, o controle social⁸.

No que concerne ao campo científico sobre essa temática, de acordo com Avritzer⁹, são poucas as pesquisas e estudos com reflexões aprofundadas quanto à participação em saúde. Ainda levando em consideração as recentes ameaças feitas à condição da participação social como orientadora da construção de políticas públicas no Brasil¹⁰⁻¹², destaca-se a importância deste estudo, pois apresenta uma visão sobre como essa vertente do SUS é aplicada, na prática, através da expressão dos entrevistados.

Vale ressaltar que o presente manuscrito é resultado de uma pesquisa mais ampla,

intitulada “Espaços de participação da comunidade na Atenção Primária à Saúde: analisando, caminhos, dificuldades e desafios com base em experiências na cidade de João Pessoa-PB”, em conjunto com outros estudos do Programa de Extensão “Práticas Integrals de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica em Saúde” (Pinab) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e tem como objetivo caracterizar os espaços de participação social em um distrito sanitário da cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba, Brasil.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório e de característica descritiva. Para tanto, foi utilizada a metodologia de Minayo¹³, 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.

Foram realizadas entrevistas estruturadas, mediante aplicação de um questionário direto, respondido de forma escrita pelos participantes – gerentes das Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário II, na cidade de João Pessoa (PB) –, no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019, no turno da manhã, durante intervalos nos expedientes desses profissionais. A escolha por esses gerentes se deu por serem eles os principais agentes administrativos das referidas Unidades de Saúde, de modo que estão a par da maioria das atividades que acontece nessas Unidades, inclusive nos espaços de participação social, que podem estar presentes em equipes de saúde diferentes. Outra razão para essa escolha consiste no fato de que alguns dos profissionais específicos de uma equipe muitas vezes não sabem o que se passa em outras equipes, embora ao gerente caiba a atribuição de conhecer, apoiar e acompanhar todas elas.

De acordo com os dados informados pelo site da Prefeitura de João Pessoa, há, nesta cidade, 30 USFs; porém, em observação mais atenta, verificamos que existem apenas 15 delas. Podemos inferir tal diferença pelo fato de ter havido integração de algumas unidades (gerada pelo aglutinamento de diversas equipes de saúde da família em um mesmo espaço) e pela desatualização da página eletrônica, comprometendo a informação pública. Apesar dessa desatualização, opta-se por utilizar o site da Prefeitura porque, diferentemente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no site, as USFs estão divididas de acordo com os distritos de saúde da cidade, favorecendo nossa investigação, já que queríamos direcionar a pesquisa apenas para o Distrito II, local onde a UFPB atua.

Quanto ao questionário, segue sua sistematização no Quadro 1.

Quadro 1 – Questionário – Roteiro da Entrevista

ITEM 1	Identificação da USF	
ITEM 2	Delimitação das equipes de saúde da família que a compõem	
ITEM 3	Data de inauguração da USF enquanto "unidade integrada"	
ITEM 4	Explicitação da composição das equipes com perfis profissionais presentes e número de pessoas em cada perfil	
ITEM 5	Bairro no qual a USF está inserida e comunidades que a ela estão adscritas	
QUESTÃO 6	Existem espaços de participação da comunidade em sua USF, em suas ações ou no território adscrito? Caso positivo, responda:	a) denominação do espaço
		b) caracterização, com justificativa (grupo, prática, curso, movimento, associação, sindicato, coletivo, ou outro – especificar)
		c) resumo descritivo desse espaço
		d) data ou período de criação/início
		e) descrição do público participante, com número e perfil (usuário, trabalhador, gestor, membro de instituição de ensino, ou outro – especificar)
		f) temáticas trabalhadas/pautadas/desenvolvidas/debatidas nesse espaço
		g) metodologias/abordagens/procedimentos/dinâmicas desenvolvidas nesse espaço
		h) periodicidade dos encontros desse espaço (diário, semanal, quinzenal, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral, anual, ou outro – especificar)
		i) principais conquistas e oportunidades construídas a partir desse espaço
		j) principais lacunas, limites e obstáculos sentidos na realização desse espaço

Fonte: elaborado pelos autores

Os itens 1, 2, 3, 4, 5 e a questão 6, letras “a” e “c”, foram usados para identificar o perfil da unidade de saúde. As demais (questão 6 – letras b, d, e, f, g, h, i, j) constituem o corpo de análise, por atenderem aos objetivos deste estudo.

Nas 15 unidades identificadas, realizamos busca ativa, dos gerentes, individualmente, em cada USF, para que cada um deles pudesse responder ao questionário. Explicamos a natureza da pesquisa, solicitamos sua colaboração e pedimos que assinassem também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas eram conduzidas em suas salas. Contudo,

devido a indisponibilidade de horários, alguns não estavam presentes em nossas visitas. A fim de transpormos esse obstáculo, conseguimos o número de telefone de alguns gerentes, para realizarmos a entrevista por meio de ligações ou mesmo de aplicativos (WhatsApp ou mensagens). Ainda assim, não contamos com a colaboração de 3 gerentes, que se mostraram indisponíveis a contribuir com a pesquisa, mesmo perante oferta de diferentes agendas que possibilitassem sua participação.

Vencida essa etapa, passamos à análise das entrevistas; esta foi feita com base no método de análise de conteúdo estabelecido por Laurence Bardin (2006)¹⁵. Em relação às respostas escritas do questionário, foi feita uma leitura flutuante e, em seguida, uma nova leitura, com o intuito de apreender aspectos importantes que trouxessem respostas significativas às questões propostas. Em seguida, realizou-se uma sistematização dos dados, apresentados em quadros, no Microsoft Word, para melhor interpretar os resultados. Depois disso, foi feita uma aproximação de ideias semelhantes que foram levantadas por diferentes entrevistados, cujas respostas a cada pergunta foram agrupadas em dimensões. Além disso, foi quantificada a repetição de dados semelhantes. A próxima etapa consistiu na classificação de elementos por similaridade ou por diferenciação, criando dimensões emergentes de acordo com as ideias em comum. As etapas de interpretação envolveram a decodificação de ideias que estavam ocultas nos discursos analisados – devemos esclarecer que a intuição, discussão, criatividade e crítica são essenciais nesse processo.

Essa pesquisa está condizente com os aspectos éticos da Portaria n.º 466/2012¹⁶, e foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Centro de Ciências Médicas / CCM, com o n.º 2.706.807. Os entrevistados foram orientados sobre todos os procedimentos da pesquisa, antes da coleta de dados, bem como lhes foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre a natureza do estudo, objetivos, riscos de sua participação, forma de os minimizar, benefícios, entre outros aspectos, condizentes com a Resolução acima citada. Esse TCLE foi lido e assinado pelos que concordaram em participar da pesquisa, os quais receberam uma via assinada por estes pesquisadores.

RESULTADOS

De cada pergunta do questionário, foram obtidos os resultados apresentados no Quadro 2 (próxima página)

Quadro 2 – Respostas dos gerentes às perguntas do Questionário (Roteiro da Entrevista)

Questão 6	Respostas
B. Caracterização do espaço	26 grupos: 9 de idosos, 8 de gestantes, 3 de hipertensos, 2 de mulheres, 2 de crianças/puericultura, 1 de pré-natal coletivo e 1 de homens
	3 espaços de auriculoterapia
	1 reunião de equipe
	2 não responderam
D. Data ou período de criação	2 em 2018
	4 em 2017
	1 em 2014
	1 em 2013
	1 em 2012
	1 em 2007
	4 não responderam
E. Descrição do público participante	6 citaram idosos
	4 citaram mulheres
	4 citaram gestantes
	3 citaram usuários
	1 citou homens
	1 citou crianças
	4 citaram membros da equipe
	1 citou professores, alunos e internos
	2 não responderam
F. Temáticas trabalhadas/pautadas/desenvolvidas/debatidas nesse espaço	4 citaram aleitamento materno
	3 citaram alimentação saudável
	3 citaram saúde mental
	3 citaram diabetes e hipertensão
	2 citaram atividade física
	1 citou bem-estar e qualidade de vida
	1 citou saúde pública, direitos e deveres do trabalhador
	1 citou processo de trabalho das equipes
	1 citou práticas integrativas
	1 citou cuidados gerais durante a gravidez
	1 citou saúde do idoso e saúde sexual do idoso
	1 citou importância do pré-natal
	2 não responderam

(Conclusão)

Questão 6	Respostas
G. Metodologias/abordagens/procedimentos/dinâmicas desenvolvidas nesse espaço	9 citaram dinâmicas
	6 citaram palestras
	4 citaram rodas de conversa
	2 citaram sala de espera
	2 citaram atividade física
	1 citou ações em saúde
	2 não responderam
H. Periodicidade dos encontros nesses espaços	6 eram semanais
	2 eram quinzenais
	7 eram mensais
	1 era trimestral
	1 era anual
	1 não respondeu
I. Principais conquistas e oportunidades construídas a partir desse espaço	4 citaram melhora na qualidade de vida
	2 citaram mais informações aos usuários
	1 citou alívio de insônia, preocupações, dores na coluna, dores nos membros inferiores e superiores
	1 citou horta comunitária, cantinho do chá e escuta qualificada
	1 citou aumento do vínculo com o usuário
	1 citou preparação das gestantes para o cuidado de si e do bebê
	1 citou vínculo com a equipe
	1 citou desmame de medicações controladas e melhora da depressão
	2 não responderam
J. Principais lacunas, limites e obstáculos sentidos na realização desse espaço	3 citaram espaço físico
	3 citaram recursos financeiros
	3 citaram resistência da comunidade
	2 citaram resistência dos profissionais
	1 citou o horário
	1 citou falta de tempo
	1 citou a noção de que o grupo diminui o tempo de atendimento disponível
	1 acha que não há obstáculos
	1 não respondeu

Fonte: elaborado pelos autores

Em linhas gerais, a exposição da sistematização das respostas aos questionários revelou que, em cada uma das questões, houve pelo menos um entrevistado que não respondeu.

Considerando tanto as impressões dos pesquisadores – a partir de suas observações quando da ida às USFs, para as atividades de campo para coleta das entrevistas e operacionalização da parte empírica do estudo – bem como algumas observações escritas à parte, deixadas por alguns dos entrevistados nos formulários escritos, tal fato possivelmente está associado a diferentes motivos, variando entre: limites quanto ao interesse em responder à pesquisa; fragilidades de tempo disponível para contribuir com o estudo; dificuldade de entendimento sobre a temática abordada; limitações na capacidade de os pesquisadores comunicarem habilmente os propósitos do estudo; e/ou pouco conhecimento sobre as ações na própria USF, seja por pouco tempo de atuação ou por não reconhecerem que certas ações presentes em sua USF se configuram como participação social.

DISCUSSÃO

No contexto da participação social, a identificação de como essa vertente está sendo aplicada, na prática, é essencial para a compreensão das possibilidades, das lacunas e dos desafios concretos que os protagonistas da APS estão enfrentando para pautar suas ações por essa perspectiva e desenvolver, com efetividade, essa diretriz, que é constitucional e consequentemente prevista para o SUS.

Como pôde ser observado nos resultados, a principal forma de participação social, na percepção dos gestores entrevistados, constitui-se nas atividades em grupo.

Com relação aos limites desses espaços, cabe ponderar que tais atividades, por si mesmas, não constituem garantia de um exercício concreto da participação social, uma vez que, em algumas delas, os informes são priorizados em detrimento da deliberação e debate¹⁷. Ocorre também de a participação nesses locais estar atrelada somente à concessão de doações e brindes aos usuários, podendo condicioná-los a participar apenas quando há essas benesses¹⁸. Desse modo, a verdadeira função deliberativa desses espaços fica quase que inexistente.

Em contrapartida, em termos positivos, destaca-se que a cultura de promoção de grupos na APS é um potencial significativo para a expressão da participação social nesse nível de atenção, na medida em que tais atividades podem criar oportunidades de desvelamento da autonomia dos usuários pelo incentivo de práticas de cuidado e de autocuidado, de habilidades preventivas em saúde bem como pelo fato de colocarem em pauta, nos espaços comunitários, a saúde e a importância do envolvimento de cada pessoa em sua proteção e promoção, tanto individual quanto coletivamente.

Além disso, como diz Oliveira et al.¹⁹, os grupos propiciam uma maior comunicação, por meio de um contato direto, entre a equipe de saúde da família e a população, geralmente em espaços físicos distantes dos serviços, menos burocratizados no sentido do acesso dos usuários

aos profissionais. Para mais, favorecem uma maior vocalização dos usuários em suas dúvidas, inquietações e necessidades, promovendo, em potencial, o fortalecimento da expressão autônoma dos usuários e sua apropriação de conhecimentos e ferramentas para que também protagonizem o cuidado de sua própria saúde.

Neste sentido, tem-se nas mãos um conceito conhecido como “tomar parte”, o qual se caracteriza por afirmar que o encontro clínico, ou seja, a relação entre usuário e profissional da saúde vista como engajamento mútuo, sendo considerada uma forma de participação, já que há uma troca entre os conhecimentos popular e científico, o que proporciona não só uma negociação entre esses dois saberes bem como uma reconfiguração entre as relações de poder que permeiam essas interações^{20, 21}. Esse ajuste permite que o usuário passe efetivamente a participar na construção do cuidado em saúde, com base em três pilares: i) realmente participar; ii) contribuir com uma parte e; iii) receber uma parte. O encontro é, portanto, um processo contínuo de troca de experiências e saberes que modifica as relações preexistentes²¹.

Cabe destacar que muitas outras importantes formas de participação social não foram citadas ou foram pouco citadas pelos gestores, como associações, conselhos, reuniões e ações de saúde, as quais são algumas das principais formas nas quais o controle social se manifesta²². Ponderamos que essa ausência ou insuficiência de citações a tais modos de participação pode ter se dado em virtude de, sob o ponto de vista dos entrevistados, o instrumento utilizado não lhes ter favorecido pensar dessa forma, uma vez que as perguntas eram abertas, sem sugestões de alternativas que pudessem lhes direcionar, de certa forma, a um entendimento mais consistente sobre o assunto deste estudo. Em que pese tal ponderação, achamos pertinente o modo de aplicação do instrumento utilizado, na perspectiva de não induzir qualquer tipo de resposta esperada pelos pesquisadores.

O que nos chama a atenção quanto a não referência a associações, conselhos, reuniões e ações de saúde é que essas são as formas de participação social mais frequentemente destacadas na literatura da área, sendo inclusive citadas como espaços de participação que potencializam a intervenção social direta na construção de políticas públicas e na consolidação da Gestão Participativa²³. Isso foi constatado nas etapas de revisão de literatura do presente estudo, quando da leitura de artigos publicados que apresentam e analisam os apontamentos de tais revisões. Ademais, os Conselhos e as Conferências de Saúde são espaços previstos nos marcos legais do SUS, e a não referência a esses espaços constitui, em nosso ver, um achado importante da pesquisa.

Entendemos que é nos conselhos e associações que a população faz-se ouvir na proposição de estratégias, na fiscalização, na identificação de falhas e sugestões de correções ou de melhorias, para que o cuidado em saúde seja mais individualizado, logo direcionado para as dificuldades e potencialidades de cada local em específico²⁴. Se há pouco conhecimento dos

gerentes sobre esses espaços, talvez isso ocorra pelo fato de esses sujeitos não os associarem à saúde ou mesmo pela não existência de tais espaços nos territórios onde atuam.

A data de início de instauração dos Espaços de Participação Popular (EPPs) foi, em sua maioria, em anos recentes, sendo 60% deles nos últimos 2 anos. Parte disso pode ser atribuído ao fato de que a democracia brasileira é muito jovem, tendo se estabelecido completamente apenas em 1988, com a Constituição Cidadã. Assim, de acordo com Oliveira e Dallari²⁵, ainda não existe uma cultura participativa muito bem estabelecida. Esses espaços vêm se estabelecendo de maneira lenta e gradual, ainda tropeçando nos conceitos e com pouca democracia participativa, de fato. Outra reflexão que se pode fazer é que muitos deles começam, porém não têm continuidade; outros são criados novamente, em um ciclo de não continuidade e não longitudinalidade na APS. Isso é nocivo para o fomento, a longo prazo, de uma cultura participativa nos espaços de saúde, pois promove uma noção de algo que não tem capacidade de fazer mudanças efetivas na sociedade.

Outro traço que consideramos relevante é que o público participante, em sua maioria, é composto de mulheres e idosos. Isso é algo que se repete nos EPPs em outros contextos pelo país, conforme demonstrado nas palavras de Catanante GV et al., a seguir:

Levando em conta que as entrevistas foram realizadas com usuários presentes no serviço de saúde, é necessário considerar-se que os resultados são relativos a uma população que pode chegar a esses serviços, com todas as suas características já peculiares: predomínio de mulheres e de idosos. Este cenário reforça a necessidade de oferta de serviços em saúde da mulher (ênfasis no ODS 5, sobre igualdade de gênero e empoderamento feminino) e, mais ainda, de aproximar serviços de saúde e o público masculino.²⁶⁽³⁹⁶⁹⁾

Especialmente nos contextos populares, é centralmente nas mulheres que se deposita a responsabilidade de organização da dinâmica familiar, incluindo a saúde, enquanto geralmente os homens se ocupam mais do trabalho externo, como provedor da família. Sabe-se que, embora comum, não é comportamento generalizado, já que, atualmente, boa parte das mulheres trabalha também fora de casa, de modo que têm que se desdobrar para cumprir uma jornada dupla ou tripla, pois, em sua maioria, seus companheiros não se responsabilizam pela dinâmica familiar ou as abandonaram com os filhos. Em relação aos idosos, muitos se encontram aposentados, o que lhes dá uma maior disponibilidade de tempo para participar das ações comunitárias, além de terem também mais demandas de saúde. Uma ideia para ampliar o público nos espaços de participação seria também ampliar os horários e dias em que essas ações acontecem, para melhor se encaixarem na rotina de pessoas que possuem uma jornada integral de 8 (e às vezes até mais) horas de trabalho, além de possibilitar também a inclusão de populações que não costumam se envolver, como homens e jovens.

Os temas abordados nesses eventos são bastante variados, desde atividade física até saúde sexual, sendo os principais o aleitamento materno, diabetes e hipertensão. A forma de

abordagem, no entanto, parece ser algo mais prescritivo e com caráter de orientação do que propriamente uma discussão sobre qualidade de vida, hábitos saudáveis e condições de vida. Assim inferimos, por termos percebido, nas respostas ao questionário e nas entrevistas a referência a palestras como metodologia bastante utilizada. Apesar da transmissão de informações ser uma vertente importante desse tipo de espaço, não deve ser a única, pois a participação social está pautada no diálogo e no compartilhamento de saberes populares, de modo que seja feita uma construção conjunta de conhecimentos²⁷.

Quanto ao tema desses encontros (palestra), apenas um gerente citou “saúde pública, direitos e deveres do trabalhador”. A participação social tem, em seu cerne, como objetivo levar a discussões sobre políticas públicas, direitos em saúde, em suma, o envolvimento da população na construção do processo de saúde¹. O que vimos nas entrevistas, entretanto, é que esses são temas pouco discutidos na realidade dos espaços de participação social nessa esfera local. A visão da saúde como caridade, e não como direito, está muito atrelada a isso²⁵. Ao ver na Unidade de Saúde um espaço onde o indivíduo vai apenas para ter orientação sobre sua saúde e resolver problemas pontuais, retira-se dela o seu caráter de local de discussão, planejamento, debate e avaliação da situação local de saúde, que é em que consiste a participação social como previsto pelo SUS¹⁷. O cidadão ainda não se vê como ser político atuante em sua comunidade, que deve exercer a democracia não somente pelo voto mas também pela fiscalização e cobrança dos governantes para que seus direitos sejam cumpridos.

A integração entre Governo e sociedade é um dos pontos-chave desses espaços, nos quais deve existir a participação e articulação entre esses dois grupos, a fim de que haja um envolvimento real de ambas as partes no desenvolvimento político e social²⁸. Desse modo, esses dois atores sociais devem se fazer presentes através do diálogo e da contribuição mútua, com compartilhamento de responsabilidades, a fim de contribuir para o funcionamento da democracia^{8, 28}. No nosso levantamento, não foi possível observar, baseados nas respostas dos questionários, esse conceito de participação social sendo aplicado na prática.

Seguindo nessa direção, inclusive de acordo com os relatos dos entrevistados, dentre as conquistas que os espaços de participação social citadas, não houve menção às questões relacionadas com políticas públicas, as quais deveriam estar sendo propostas, acompanhadas e monitoradas por uma população organizada nos espaços de participação social¹⁷. O diálogo entre diferentes ações e atores resulta nessa melhoria de políticas públicas¹⁹. Dentre as conquistas citadas, observou-se relativa semelhança, no sentido de que a maioria se refere, no geral, a uma melhora na qualidade de vida e na saúde da população, conforme se vê nas

respostas⁴ dos participantes, abaixo descritas⁵:

Melhoria da qualidade de vida e aumento do vínculo com o usuário. (G6)

Maior conscientização dos usuários e aproximação dos mesmos a unidade de saúde. (G7)

Conseguimos sempre buscar para essas pessoas um bom desenvolvimento na questão saúde de cada um. (G2)

No grupo de auriculoterapia, houveram relatos de melhoras e alívios das insônias, das preocupações, dores na coluna, enxaqueca, dores nos membros superiores e inferiores. (G1)

Isso está dentro das vertentes da participação social, na medida em que a equipe deve atuar como mediadora entre a população e o processo de saúde e cuidado com o objetivo de trazer o bem comum²⁵. Dois gerentes citaram o aumento do vínculo (um com o usuário, e o outro com a equipe), explicitando essa ideia de que a aproximação com a equipe de saúde promove o autocuidado e o empoderamento do usuário²⁵. O estreitamento da relação usuário-profissional de saúde é de extrema importância para a consolidação da participação popular, à medida que se criam pontes entre o saber popular e científico, que são a base de uma relação de confiança, que leva a uma melhor organização e estruturação do serviço. Ainda, a ideia do autocuidado pressupõe maior autonomia do usuário em relação a sua saúde e também aos seus direitos, podendo interferir nos processos de construção de saúde de forma ativa²⁹.

As dificuldades enfrentadas que foram relatadas podem ser divididas, em suma, em dois aspectos: falta de recursos financeiros e de espaço físico, assim como o pouco envolvimento da população.

A unidade possui apenas espaços amplos, muitas vezes dificultando a participação. E dentro da comunidade os espaços disponíveis não são adequados. (G5)

Estrutura precária em algumas associações e falta de recursos destinados a este fim. (G6)

Falta de recursos, incentivos (financeiros) necessários para manter os grupos ativos. (G7)

O reconhecimento da população sobre a necessidade de gestão participativa, pois que as pessoas não conseguem se ver como agentes ativos da construção do processo de saúde e de políticas públicas, decorre da maneira como sempre foram tratadas historicamente na maioria das situações que envolvem as políticas nacionais, ou seja, à margem dos seus próprios direitos e impedidos de exercer sua autonomia³⁰. Um histórico de governantes autoritários, que não permitiam nenhum tipo de planejamento participativo, condicionou as pessoas a se sentirem alheias à participação social, tendo como única contribuição para o processo democrático o voto³¹. Assim, a sociedade brasileira se vê, hoje, dentro de uma democracia exercida em grande parte apenas pelas urnas, deixando de lado as outras diversas esferas, como as críticas, cobranças de parlamentares, acompanhamento e fiscalização de gestões públicas.

⁴ Esclarecemos que os participantes estão identificados pela letra G (Gerentes), e pelos números 1, 2, 3 em diante, de acordo com a Unidade de Saúde a que pertencem.

⁵ As transcrições foram feitas *ipsis litteris*, a fim de manter a fidedignidade das falas dos entrevistados.

Além disso, existe ainda certa fragilidade no conhecimento sobre as formas de participação social bem como sobre o próprio funcionamento do SUS³², o que pode estar derivado ainda de um modelo assistencialista da saúde, que até hoje se faz muito presente na nossa sociedade²⁵. Durante muito tempo, o modelo hospitalocêntrico, juntamente com o paternalismo na relação cuidador-cuidado, foi predominante na saúde brasileira. Isso colaborou para uma postura passiva dos usuários, que aceitavam tudo o que lhes era imposto, pois acreditavam que os profissionais da saúde, nos hospitais, eram os detentores de todos os conhecimentos possíveis²⁵. Hoje com a incorporação dos saberes populares à prática médica e a participação ativa do usuário em seu próprio cuidado, essa noção passiva tem mudado, ainda que muito lentamente.

A dificuldade financeira também foi apontada por alguns entrevistados como um dos entraves para manter os grupos ativos, pois o repasse financeiro para esse fim é escasso. Esse é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas Unidades Básicas de Saúde, as quais, estando em ramos menores do serviço, acabam ficando à margem do repasse recursos financeiros. Sabemos que esse tipo de incentivo está previsto em lei, entretanto, não se vê isso ser cumprido na prática⁶.

Por fim, podemos citar algumas limitações do presente estudo que podem ser relevantes. A dificuldade que tivemos para aplicar os questionários deve ser citada, uma vez que muitos tinham agendas apertadas e respondiam com rapidez para voltar aos seus afazeres – essa falta de tempo também fez com que muitos deixassem de responder a algumas questões, como já posto anteriormente neste trabalho. Tal dificuldade pode comprometer os resultados, que podem não ser os mais fidedignos, uma vez que não englobam todos os espaços existentes. Quando alguns dos entrevistados responderam ao questionário rapidamente, não podemos descartar a possibilidade de não terem sido completamente detalhistas ou criteriosos acerca dos espaços de participação existentes. Devemos citar também o fato de que muitos dos gerentes não conheciam os espaços existentes dentro de suas USFs, pois eram novos no cargo ou tinham passado pouco tempo nele, o que decorre da constante mudança desses gestores, comum nas USFs do distrito II, algo que também pode ser percebido pela falta de resposta a algumas das perguntas.

Acerca dessas limitações, ponderamos sobre uma importante reflexão acerca da forma de aplicação da pesquisa. Em uma autoavaliação crítica após o estudo, consideramos que deveríamos ter construído uma relação mínima de convivência entre os pesquisadores e as equipes das USFs pesquisadas, que envolvesse um número de visitas e de conversas anterior à aplicação dos questionários que fosse suficiente para que os entrevistados ficassem mais à vontade para, se fosse o caso, revelarem algum desconforto ou dificuldade de tempo ou mesmo apontassem melhores horários e condições para contribuir no estudo. Em que pese os

pesquisadores somente terem aplicado os instrumentos com a anuência e o acordo dos participantes, inclusive de melhores dias e horários, acreditamos que a construção de uma relação anterior mínima ajudaria a dirimir algumas das dificuldades sentidas quando de nossa ida a campo.

Ademais, em relação à busca ativa para realizar as entrevistas, muitas vezes nossos horários não batiam com os dos gerentes, de modo que vários questionários foram aplicados via e-mail ou mensagem de texto, o que pode ter alterado, em alguma medida, o potencial material obtido como resposta a alguns dos instrumentos. Cumpre frisar, porém, que fizemos o possível para minimizar esses efeitos: ficamos disponíveis na unidade durante a manhã inteira, esperando um momento em que o gerente estivesse menos atarefado e demos a eles a oportunidade de escolher o horário ou de responder ao questionário em outro momento ou de forma remota (por ligação ou por mensagem de texto – a minoria, porém é que concordou com essa opção), de modo que retornamos à unidade mais de uma vez para realizar algumas entrevistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões acima elencadas, pode-se concluir que os objetivos do estudo foram atingidos, na medida em que houve o mapeamento e caracterização dos espaços de participação da comunidade no distrito II da cidade de João Pessoa, Paraíba (Brasil), conforme registro das informações coletadas sobre cada Unidade acerca de ações e experiências que acontecem nesses serviços e que foram entendidos pelos gerentes como espaços de participação social.

Os resultados apontaram que a forma de participação social mais citada pelos gestores entrevistados foram as atividades em grupo. Embora a promoção de grupos na APS seja um potencial significativo para a expressão de ações de promoção, prevenção e cuidado em colaboração de usuários, gestores e trabalhadores nesse nível de atenção, outras importantes formas de participação social foram pouco ou nunca citadas pelos gestores, como associações, conselhos, conferências de saúde, as quais são algumas das principais formas nas quais o controle social se manifesta, como também marcos legais do SUS.

Ao longo do texto, fizemos reflexões e ponderações sobre as razões que explicam tais achados, sobretudo porque houve uma tímida associação, nas respostas dos gestores, entre espaços de participação social e iniciativas como conselhos, conferências, entre outros. Em nossa compreensão, não obstante, o presente artigo aponta para a necessidade de maior reflexão, no âmbito da Saúde Coletiva e das produções em torno da APS, sobre aspectos como a formação de trabalhadores, gestores e usuários, no que tange à participação social em saúde e suas várias expressões, bem como sobre os limites na implementação de espaços e

experiências concretas onde a participação social seja expressada no cotidiano das USFs e, mais importante, sejam compreendidas e apropriadas pelos atores sociais locais.

Além disso, concluiu-se que há uma limitação de conhecimento sobre as ações das USFs por parte de alguns dos gerentes, que muitas vezes não souberam relatar o que se passa dentro da própria Unidade onde atua. As fragilidades no interesse da população diante dessa temática, que já foram descritas em literatura, foram registradas. Neste sentido, o artigo aponta para a necessária continuidade de estudos sobre o olhar dos usuários para os espaços de participação social na APS. Entre as possíveis explicações dessa fragilidade, podem figurar elementos como: obstáculos quanto à compreensão da importância e do potencial que a participação social pode ter em mudar seu cuidado em saúde; dificuldade de acesso dos usuários a formas de expressão e comunicação dos profissionais e gestores que consigam lhes socializar claramente os objetivos e as formas possíveis de participar; ou, também, como indicou Valla (1996)³³, porque os espaços de participação formulados pela própria população não são enxergados e valorizados na dinâmica das USFs.

A noção de que a democracia brasileira precisa se capilarizar em espaços vários de exercício da cidadania e de expressão de seus princípios pode ser julgada verdadeira. As vertentes que permeiam a construção de um processo de cuidado em saúde abrangente, que acolha as necessidades da população, só pode ser atingida com a contribuição de todos nas discussões, em especial os usuários do SUS. Por muito tempo o povo não teve sua voz ouvida, entretanto, desde a criação do SUS, existem espaços e marcos legais para que isso seja feito. É fato que, mesmo com a existência desses espaços e de marcos legais que os defendam, o processo de sua construção e consolidação ainda encontra obstáculos, especialmente no âmbito local. Para que haja uma democracia realmente participativa, que englobe os anseios da grande parcela da população, o crescimento desses espaços precisa ser estimulado, pois é o único caminho possível para que esse objetivo possa ser atingido.

REFERÊNCIAS

1. Piccoli A de S, Kligerman DC, Cohen SC. Políticas em saúde, saneamento e educação: Trajetória da participação social na saúde coletiva. *Saúde e Soc.* 2017 [acesso em 29 ago. 2022]; 26(2): 397-410. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V9TQk9xBmRFtyZK7zXGzrLc/?lang=pt>
2. Brasil. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 14 abr. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
3. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

4. Giovanella L, Almeida PF de. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2 out. 2017 [acesso em 25 ago. 2020]; 33 Suppl 2: e00118816. Disponível em: <http://www.isags-unasul.org/biblioteca>
5. Pereira I de P, Chai CG, Loyola CMD, Felipe IMA, Pacheco MAB, Dias R da S. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [Internet]. 30 mai. 2019 [acesso em 6 ago. 2020]; 24(5): 1767-76. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501767
6. Campos DS, Turci MA, de Melo EM, Guerra V de A, Nascimento CGM, Moreira CA, et al. Construção participativa da Política estadual de promoção de Saúde: Caso de Minas Gerais, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva*. 1 dez. 2017 [acesso em 29 ago. 2022]; 22(12): 3955-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3dnHbjmfqjN7YPXddd6MZsD/?lang=pt>
7. Campolina Fernandes V, Stella Spagnuolo R, Gabriela Bronzato Bassetto J. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras em promoção da Saúde* [Internet]. 30 mar. 2017 [acesso em 24 jul. 2022]; 30(1): 125-34. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5952>
8. Vilaça DSS, Cavalcante DS, De Moura LM. Brazilian federal district health council actions regarding the primary health care reform, 2016 to 2018: Case study. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2019 [acesso em 26 ago. 2020]; 24(6): 2065-74. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-3676-7372>
9. Avritzer L. Associativismo e participação na saúde; uma análise da questão na região nordeste do Brasil. In: Fleury S; Lobato LVC. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 151-74.
10. Fleury S. Capitalismo, democracia, cidadania – contradições e insurgências. *Saúde em Debate*. Nov. 2018 [acesso em 29 de agosto de 2022]; 42(spe3):108–24. Disponível em; <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ntGj7pCwDCdsS7spgymPMQf/abstract/?lang=pt>
11. Souto LRF, Noronha GS, Costa AM, Pereira TR, Noronha JC de. Civilização ou barbárie. *Saúde em Debate*. Nov. 2018 [acesso em 29 ago. 2022]; 42(spe3): 125-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bGNbZp9xRzzfdNCBJTKLZ4N/abstract/?lang=pt>
12. Wermuth MÂD, Nielsson JG. Ultraliberalismo, evangelicalismo político e misoginia: a força triunfante do patriarcalismo na sociedade brasileira pós-impeachment. *Rev Eletrônica do Curso Direito da UFSM* [Internet]. 30 ago. 2018 [acesso em 7 dez. 2020]; 13(2): 455. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/27291>
13. Minayo M. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, C de Souza; 2013.
14. Prefeitura Municipal de João Pessoa. *Distritos Sanitários*. [Internet]. [Acesso em 17 dez. 2020]. Disponível em: <http://antigo.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios/>
15. Bardin, L. *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).
16. Brasil. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013 [acesso em 2 mai. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
17. Ditterich RG, Ditterich ACR, Baldani MH. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo – RJ. *Rev Odontol da UNESP*. Jun. 2015 [acesso em 29 ago. 2022]; 44(3): 143-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/NPwVTDWJP8SWq7QD7fSL7qG/?lang=pt>

18. De Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMDA, Sampaio MHLDM. Participação popular nas ações de educação em saúde: Desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface Commun Heal Educ*. 1 dez. 2014 [acesso em 29 ago. 2022]; 18: 1389-400. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SM8D3ZLV9XQnhBrMp9T5pTr/abstract/?lang=pt>
19. Oliveira DM de, Deus NCP de, Caçador BS, Silva ÉAE, Garcia PPC, Jesus MCP de, et al. Nurses' knowledge and practice on social participation in health. *Rev Bras Enferm*. 1 jun. 2016 [acesso em 29 ago. 2022]; 69(3): 421-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QScVcbV85dt4K6d3tLwb78J/?format=pdf&lang=en>
20. Miwa, MJ e Ventura, CAA. O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde. *Saúde em Debate* 2021 [acesso em 29 ago. 2022], vol 44, n. 127. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/q4FqNYtHCW3Jn5hqjFF3tRh/?format=pdf&lang=pt>
21. Nunes JA, Ferreira P, Queirós F. Taking part: engaging knowledge on health in clinical encounters. *Soc. sci. med*. 2014 [acesso em 29 ago. 2022]; v. 123, p. 194-201. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614004468>
22. Busana J de A, Heidemann ITSB, Wendhausen ÁLP. Participação popular em um conselho local de saúde: Limites e potencialidades. *Texto e Context Enferm*. 25 jul. 2015 [acesso em 29 ago. 2022]; 24(2): 442-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/KZGF4xQVQLXk7HcT9qVDFkB/?format=pdf&lang=pt>
23. André AN, Ramos JVB, Cruz PJSC, Vasconcelos ACCP. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Saúde em Redes* 2021 [acesso em 29 ago. 2022], v. 7, n. 2. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3313>
24. Bortoli FR, Kovalski DF. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 9 out. 2019 [acesso em 29 ago. 2022]; 43(123): 1168-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401168&tlng=pt
25. Oliveira AMC, Dallari SG. Análise dos fatores que influenciam e condicionam a participação social na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. Set. 2017 [acesso em 29 ago. 2022]; 41(spe3): 202-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5x33GPzBPR6YRTm6g4dN5VB/?lang=pt>
26. Catanante GV, Hirooka LB, Porto HS, Bava M do CGGC. Participação social na atenção primária à Saúde em direção à Agenda 2030. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 1 dez. 2017 [acesso em 23 jul. 2020]; 22(12): 3965-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203965&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
27. Gomes AM, Colliselli L, Kleba ME, Madureira VSF. Reflections and collective production about being a municipal health counselor. *Rev Bras Enferm*. 2018 [acesso em 29 ago. 2022]; 71: 496-504. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5Bp3GqdQNV8NHqQbtXWNVcz/?lang=en>
28. Souza CMN, Heller L. Deliberative effectiveness in municipal sanitation and health councils: A study in Belo Horizonte-MG and in Belém-PA. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 1 nov. 2019 [acesso em 26 ago. 2020]; 24(11): 4325-34. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019001104325&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
29. de Figueredo CA, Gurgel IGD, Gurgel Junior GD. A política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos: Construção, perspectivas e desafios. *Physis*. 2014 [acesso em 29 ago. 2022]; 24(2): 381-400. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/fzMtXMF6QwLVHLk8nzxdFdM/abstract/?lang=pt>

30. Lima FA, Galimbertti 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* [Internet]. 1 jan. 2016 [acesso em 23 jul. 2020]; 26(1): 157-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100010>
31. Andrioli AI. Causas estruturais da corrupção no Brasil. *Rev Espaço Acadêmico* [Internet]. Set. 2006 [acesso em 24 jul. 2020]; (64). Disponível em: <https://www.andrioli.com.br/index.php/artigos/82-causas-estruturais-da-corrupcao-no-brasil>
32. Raimondi GA, Paulino DB, Mendes Neto J de P, Diniz LF, Rosa GF de C, Limirio Junior V, et al. Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. Jun. 2018 [acesso em 25 jul. 2020]; 42(2): 73-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170043>
33. Valla VV. A crise de interpretação é nossa. Procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*. 1996 [acesso em 29 ago. 2022], 21: 177-190. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71626>