



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

da Silva Fonseca, Gleiciane; Cordeiro Paulino, Tayssa Suelen; Forte de Moraes, Ildone; Nogueira
Valença, Cecília; Medeiros Germano, Raimunda

PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ-RN

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 25, núm. 4, outubro-diciembre, 2012, pp. 455-461

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40824829009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ-RN

Perceptions about the Unified Health System among users and health professionals in the city of Santa Cruz-RN

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento de usuários e profissionais de saúde sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando as perspectivas para o fomento cidadão na participação das políticas de saúde. **Métodos:** Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido entre abril e julho de 2010 por meio de entrevistas semiestruturadas com 23 sujeitos, entre eles, 4 profissionais de saúde e 19 usuários, os quais residiam em uma área da Estratégia Saúde da Família do município de Santa Cruz-RN, Brasil. Os dados coletados foram analisados pelo método de análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, através das etapas de leitura e exploração do material, criação de categorias e articulação delas com referenciais teóricos. **Resultados:** A pesquisa mostrou que existem diferenças entre o conhecimento dos usuários e dos profissionais de saúde, pois, enquanto estes citaram críticas com base nos princípios do SUS legalmente instituídos, os usuários demonstraram desconhecer o SUS, conceituando-o como o Cartão Nacional de Saúde. Os discursos dos participantes apontaram para dificuldades no acesso à saúde e para uma carência de atividades educativas em saúde, o que pode tornar difícil o desenvolvimento de práticas democráticas nas políticas desse setor. **Conclusões:** O SUS constituiu um avanço na atenção à saúde brasileira, mas ainda há entraves para a consolidação de um sistema universal, integrado e equânime. Nessa perspectiva, para contribuir na efetivação do sistema público de saúde, destaca-se a importância da união dos diversos atores sociais (educadores, gestores e profissionais da saúde), bem como da educação em saúde para o fortalecimento da participação popular.

Descritores: Educação em Saúde; Sistema Único de Saúde; Participação Social.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of knowledge of users and health professionals on the Unified Health System (UHS), highlighting the prospects for enhancing citizen participation in health policy. **Methods:** A descriptive and exploratory study with a qualitative approach, developed between April and July 2010 through semi-structured interviews with 23 people, among them four health professionals, and 19 users, who lived in an area of the Family Health Strategy city of Santa Cruz, RN, Brazil. The collected data were analyzed using thematic analysis, one of the modalities of content analysis, through the stages of reading and exploration of material, creating categories and linking them with theoretical references. **Results:** The survey showed that there are differences between the knowledge of users and health professionals, because while these critiques cited based on the principles of UHS legally established, users demonstrated ignore the UHS, conceptualizing it as the National Health Card. The speeches of the participants pointed to difficulties in access to health and a lack of educational activities in health, which can make difficult to develop democratic practices in this sector policies. **Conclusions:** The UHS was a breakthrough in health care in Brazil, but there are still barriers to the consolidation of a universal, integrated and equanimous. From this perspective, to contribute to the realization of the public health system, stands out importance of unity of diverse social actors (educators, managers and health professionals), as well as health education for the strengthening of popular participation.

Descriptors: Health Education; Unified Health System; Social Participation.

Gleiciane da Silva Fonseca⁽¹⁾
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino⁽²⁾
Ildone Forte de Moraes⁽³⁾
Cecília Nogueira Valença⁽³⁾
Raimunda Medeiros Germano⁽³⁾

1) Faculdades Integradas de Patos - FIP - Patos (PB) - Brasil.

2) Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão - FACEX - Natal (RN) - Brasil

3) Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN - Natal (RN) - Brasil

Recebido em: 01/03/2012

Revisado em: 10/05/2012

Aceito em: 28/05/2012

INTRODUÇÃO

A assistência pública de saúde brasileira, fundamentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vem buscando avanço na aplicação prática de uma atenção que reúna prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, e seja, ao mesmo tempo, integral, universal, equânime e com gestão participativa.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde de nº 8.080/90 e 8.142/90, com a finalidade de modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, permitindo o atendimento público a todos os cidadãos. Tem como objetivo tornar-se um importante mecanismo de promoção da saúde no atendimento das necessidades de saúde da população⁽¹⁾.

Esse sistema, em pouco mais de uma década, foi capaz de incluir metade da população nacional antes excluída de qualquer sistema de saúde. Baseado nas necessidades e nos direitos da população, o SUS apoia o fortalecimento da atenção básica e a projeção de sua cobertura para, aproximadamente, 90% da população, com resolutividade das necessidades de saúde na mesma porcentagem⁽²⁾.

No entanto, os entraves que permeiam, atualmente, o desenvolvimento de uma assistência que garanta acessibilidade, resolutividade e prevenção aos agravos à saúde caracterizam o sistema como desigual e desumano aos que dependem exclusivamente dele. Isso acontece porque existe, ainda, uma deficiência na gestão dos recursos públicos e as políticas permanecem em uma estrutura centralizadora, burocratizada e pouco eficiente⁽²⁾.

Diante de reflexões adquiridas durante a vivência da falta de organização de alguns serviços de saúde, especialmente na realidade norte-rio-grandense, indagações foram estabelecendo-se no tocante ao conhecimento da população sobre os direitos frente ao SUS, tendo em vista que o desconhecimento da população pode dificultar a concretização desse sistema como ele deve ser.

Diversas pesquisas afirmaram a falta de conhecimento da população sobre o direito de participação na gestão do SUS (controle social) e sobre a existência de instâncias de participação, como conselhos e conferências de saúde⁽³⁻⁶⁾.

Acredita-se que essa carência de informação seja resultante da falta de investimento em práticas comunitárias solidárias ao enfrentamento dos problemas de saúde, vistas hoje como algo do passado. Parece que os movimentos sociais em geral perderam visibilidade e as discussões sobre participação popular em saúde quase se resumem aos conselhos e conferências de saúde⁽⁷⁾.

Vale salientar, também, que a população brasileira foi afastada dos processos decisórios por um longo período,

por volta da década de 1970. Assim, uma cultura de regimes centralizados e autoritários foi arraigada. Por isso, há dificuldade em transformar essa realidade antidemocrática, na qual as instituições de participação social ainda apresentam uma prevalência dos valores autoritários⁽⁸⁾.

O controle social surgiu para possibilitar um acesso democrático à população na deliberação, gestão e fiscalização das políticas do sistema de saúde. Se for lembrado como o SUS foi criado, ou seja, a partir de movimentos sanitaristas, pode-se visualizar a participação popular como estratégia importante para uma transformação e reorientação da atenção à saúde que é praticada hoje.

Todavia, a falta de conhecimento da população sobre esse acesso democrático e sobre o SUS pode dificultar a resolução dos problemas de saúde vigentes. Como a população pode exercer controle e fiscalização de algo que ela desconhece? Assim, o controle social precisa ser fortalecido e a população brasileira precisa atingir, agora, uma cultura mais democrática.

Nesse sentido, este trabalho teve por objetivo avaliar o nível de conhecimento de usuários e profissionais de saúde sobre o SUS, destacando as perspectivas para o fomento cidadão na participação das políticas de saúde.

MÉTODOS

Estudo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma das áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Santa Cruz-RN, que apresenta diversos fatores de vulnerabilidade ao processo saúde-doença, como condições precárias de moradia, grandes índices de criminalidade e desemprego.

Foram realizadas entrevistas com os moradores, tendo como critérios de inclusão os que possuíam idade superior a 18 anos e residiam na área de estudo, e de exclusão os indivíduos que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Salientamos que, para obtenção do total de entrevistas, utilizou-se o critério de amostragem por saturação, que consiste na suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados das entrevistas passam a apresentar redundância ou repetição, não sendo relevante persistir na coleta⁽⁹⁾.

Realizaram-se 23 entrevistas, dentre elas, 19 com usuários da saúde e 4 com profissionais que exerciam a função de agente comunitário de saúde. As entrevistas foram, inicialmente, agendadas com os voluntários na unidade de saúde, depois, feitas nas residências deles. Utilizou-se um MP3 para a gravação das falas; um roteiro

semiestruturado, com perguntas como “o que é o SUS?” e “o que você pensa dos serviços públicos de saúde?”; e um questionário socioeconômico para coleta de dados referentes à idade, escolaridade e ocupação. O período de coleta foi de abril a julho de 2010.

Os dados coletados foram analisados pelo método de análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, que consiste em identificar núcleos de sentidos presentes em uma comunicação, através da verificação da presença ou frequência desses núcleos para uma articulação com o objetivo de pesquisa. A análise acontece em três etapas: a primeira consiste na leitura do material, o que possibilita a correção de rumos interpretativos ou surgimento de novas indagações; na segunda etapa, ocorre a exploração do material, bem como a busca por categorias; na terceira, os resultados obtidos são embasados com os referenciais teóricos⁽¹⁰⁾.

Assim, após a transcrição das entrevistas, organização e análise do material conforme as etapas citadas no parágrafo anterior, três categorias surgiram: “SUS: bom constitucionalmente, mas pouco acessível na prática”, “o desconhecimento do SUS pelos usuários” e “alguns desafios para o SUS”.

Para garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra “E”, que significa “entrevistado”, e um número que corresponde à ordem de entrevistas realizadas.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), obtendo aprovação em 12 de março de 2010, sob o protocolo 060/2009. Também foi confirmada a permissão da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz-RN, por meio de uma declaração, para a realização da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 23 sujeitos entrevistados, 4 (17%) eram profissionais de saúde e 19 (83%), usuários. 14 (61%) tinham idade entre 18 a 31 anos – o entrevistado de menor idade tinha 18 e o de maior, 44. Quanto à escolaridade, 11 (48%) tinham ensino médio completo; 1 (4,3%), ensino médio incompleto; 6 (26,4%), ensino fundamental incompleto; 4 (17%) ensino fundamental completo; e 1 (4,3%) era analfabeto.

A pesquisa evidenciou a falta de informação da maioria dos entrevistados quanto ao conceito de SUS, seus princípios e diretrizes. Todavia, foi observada uma divergência entre o entendimento dos usuários e o dos profissionais de saúde que residiam na área da pesquisa, o que possibilitou a criação de três categorias de análise: a primeira categoria discute a percepção dos profissionais de saúde sobre o SUS; a segunda trata da falta de conhecimento dos usuários;

e a última, os desafios do SUS a partir dos relatos dos participantes e de fundamentação teórica.

SUS: bom constitucionalmente, mas pouco acessível na prática

Os profissionais de saúde apontaram o SUS como um sistema ideal, mas que ainda necessita caminhar bastante para a efetivação dos seus princípios.

O SUS é o sistema ideal, porém, precisa melhorar muito. Se a gente for analisar a universalização, nem todo mundo consegue um acesso ao SUS (E01).

Eu acho que o SUS é muito rico se fosse trabalhado do jeito que é pra ser (E02).

O Sistema Único de Saúde, hoje, deixa a desejar. Em algumas coisas, muito bom, mas, na maioria, o pobre, quando mais precisa, muitas vezes, não tem nada (E03).

O SUS, no papel, é muito bonito. Queria Deus que acontecesse da forma que a gente escuta, que a gente lê, que a gente imagina, que um dia a gente pensou que fosse ser... (E04).

Observou-se, nos profissionais de saúde, segurança e domínio do assunto. Os relatos citados revelam que eles tinham conhecimento do SUS e seus princípios e apresentaram críticas ao sistema, tendo em vista que ele não conseguiu desenvolver, na prática, o que propõe constitucionalmente.

Para eles, a acessibilidade à saúde ainda é restrita e o SUS precisa avançar na implementação de seus princípios, pois, à medida que a saúde não é garantida a todos, percebe-se um descumprimento do princípio de universalidade; da mesma forma que o princípio de equidade é desrespeitado quando os sujeitos que mais necessitam de assistência não são atendidos.

Numa pesquisa realizada em Minas Gerais, agentes comunitários de saúde disseram que, atualmente, o trabalho desenvolvido na ESF está mais focalizado em ações de caráter curativista do que em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. As dificuldades acontecem porque o Brasil é um país onde há elevada iniquidade social e um complexo quadro epidemiológico, o que torna necessário uma organização do sistema de saúde para atender às reais necessidades de cada população⁽¹¹⁾.

Os problemas evidenciados na assistência à saúde na comunidade em estudo, segundo as falas dos profissionais de saúde e as dos usuários (que serão vistas *a posteriori*), estão além da carência de ações de promoção da saúde, pois as ações de caráter curativista também não respondem à demanda de usuários que necessitam dela.

Em virtude dos entraves na realidade brasileira, o Ministério da Saúde vem criando diversos programas para

superá-los. Em 2011, foi editada a Portaria nº 1.654, a qual lança o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que objetiva criar um ciclo contínuo de crescimento do acesso aos serviços de saúde para alcançar um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. Assim, as equipes de saúde e os gestores municipais serão acompanhados por meio de avaliação das unidades de saúde e da satisfação dos usuários⁽¹²⁾.

Vale salientar que a luta para transformar o descrito em nossa Constituição em uma realidade acessível para toda a sociedade é plano para todos os sujeitos sociais. A participação da população e dos profissionais de saúde é fundamental para reorientar a assistência às reais necessidades de cada sujeito. Mas esses atores precisam compreender o serviço em saúde como direito social e obrigação do Estado, e, mais ainda, precisam se entender como corresponsáveis por essa luta⁽³⁾. Tais assuntos serão discutidos mais adiante.

O desconhecimento do SUS pelos usuários

Por outro lado, os usuários desconhecem o SUS. Quando questionados sobre tal sistema, muitos não responderam e outros informaram que o SUS era o “cartãozinho” dado para as pessoas pobres que não podiam pagar uma consulta médica, como podemos ver nas seguintes falas:

O SUS é... Eu já tenho aquele cartãozinho. É quando a pessoa, às vezes, quer fazer uma consulta, aí aquela consulta é cara, aí a pessoa não pode pagar (E08).

O SUS num (sic) é aquele cartãozinho?! Acho bom porque, quando a pessoa não tem, fica pior ainda. Muita gente não tem e, quando quer fazer um exame, não pode (E09).

O SUS num (sic) é o cartãozinho que a gente tem? É pra fazer uma cirurgia se precisar um dia... Essas coisas... (E16).

Eu tenho o cartão do SUS, mas aquilo resolve nada, tem futuro não (E17).

O SUS é aquele cartãozinho que a gente recebe (E19).

Os usuários conceituaram o SUS como o Cartão Nacional de Saúde, ou seja, a riqueza do sistema público brasileiro de saúde ficou restrita ao cartão. O cartão, na realidade, é apenas um dos componentes do SUS, que funciona como um sistema informatizado para possibilitar o gerenciamento dos procedimentos realizados nas instituições de saúde a partir das necessidades reais da população e dos fluxos dos usuários⁽¹³⁾.

A acessibilidade à saúde estaria garantida mediante o uso do cartão, pois, conforme os usuários, caso não o possuísem, teriam assistência negada. Tal fato diverge de um dos preceitos gerais do Cartão Nacional de Saúde,

o qual afirma que o cidadão não pode ser coagido ou ter acesso negado aos serviços de saúde por não estar em posse do cartão⁽¹³⁾.

A falta de conhecimento dos usuários sobre o SUS é um corolário da deficiência da consolidação desse sistema, como foi citado pelos profissionais de saúde. Significa que as atividades educativas não acontecem na realidade da atenção à saúde, por isso, a população não adquire a responsabilidade em participar na construção desse setor.

Mais do que garantir acesso ao sistema público, é necessário mudar a cultura antidemocrática e criar uma consciência política nos usuários, para que não se tornem meros receptores das propostas governamentais. É preciso que todos os sujeitos sociais estejam engajados e comprometidos na luta pela transformação da sociedade⁽⁶⁾.

Por conseguinte, quando questionados sobre a atenção à saúde na Unidade Básica, os usuários falaram da falta de acessibilidade a medicamentos e dos atendimentos.

O posto de saúde daqui é imoral. A gente vai atrás de um remédio, não tem; vai atrás de uma consulta, não pode consultar porque são só aquelas fichas...(E05).

Aqui tudo é difícil. Quando a gente chega no (sic) posto, eles dizem “vá pro hospital”. Quando chega no (sic) hospital, mandam ir pro posto, aí ninguém entende, não (E09).

Tem vez que a pessoa chega no (sic) posto de saúde e não tem médico, tem vez que não tem remédio. A pessoa tem que esperar o remédio chegar no (sic) posto. Aqueles que têm dinheiro vão na farmácia, mas aqueles que não têm, só Deus mesmo (E15).

Você marca uns exames pelo SUS e demora, então, eu não acho bom o SUS (E18).

Diante dessas afirmações, é necessário destacar que a realidade de atenção à saúde no local da pesquisa apontava carências que caracterizavam a assistência como fragmentada. De um lado, havia o desconhecimento da população sobre os seus direitos de acessibilidade à saúde; de outro, a falta de ação dos profissionais e da gestão para mudar a realidade e estabelecer meios que fortalecessem a participação política da comunidade.

Embora a atenção básica seja o foco para a reorganização dos serviços de saúde, observa-se, ainda, em muitas regiões, a elevada demanda por consultas ambulatoriais, o que ocasiona a limitação do número de atendimentos e reduz a acessibilidade⁽¹⁴⁾. Dessa forma, não se consegue desenvolver a universalidade nem a resolutividade, perdendo a condição de porta de entrada preferencial e a função de orientar e ordenar as linhas de cuidado⁽²⁾.

O SUS ainda precisa consagrar-se como um sistema para todos e não somente destinado à população que não tem

acesso ao plano de saúde privado. A visão dos usuários de que o SUS é para pobres pode estar associada ao crescente avanço técnico-científico, que pode trazer a crença de que a assistência à saúde na rede hospitalar é mais sofisticada, complexa e cara do que nas Unidades Básicas^(1,6).

Portanto, existem contradições no tocante à concepção hierarquizada dos níveis de complexidade. Apesar de o setor primário ser menos denso em recursos tecnológicos, é um nível de atenção bastante complexo, pois se destina à resolução de 90% dos problemas mais comuns de saúde dos usuários e à coordenação dos fluxos entre os setores⁽¹⁾.

Com efeito, mesmo que o SUS tenha sido criado para tornar a assistência à saúde um direito para todos os brasileiros, ainda existe uma série de problemas que precisam ser enfrentados para garantir a acessibilidade universal e uma atenção de qualidade. A falta de compreensão da população sobre esse sistema tão complexo pode dificultar sua implementação, tendo em vista que distancia o controle social das políticas de saúde, o qual poderia funcionar como diretriz norteadora para a resolução dos problemas.

Alguns desafios para o SUS

A pesquisa mostrou que existem diferenças entre o conhecimento de usuários e de profissionais de saúde sobre o SUS, pois, enquanto estes citaram críticas com base nos princípios do SUS legalmente instituídos, os usuários conheciam o SUS como o Cartão Nacional de Saúde.

No entanto, esses sujeitos apresentaram percepções convergentes no que se refere aos entraves que permeiam a atenção à saúde desenvolvida na comunidade. As deficiências do SUS foram citadas tanto pelos profissionais como observadas nos relatos dos usuários, que destacaram a falta de acessibilidade à saúde e, de forma indireta, a carência de atividades educativas no setor.

A informação em saúde se configura como essencial para a participação dos usuários em processos decisórios nos conselhos de saúde, no entanto, ainda é pouco problematizada. Os sujeitos precisam ter acesso ao aparato de informações em saúde para que possam atuar significativamente nas políticas públicas. Há necessidade do efetivo conhecimento do SUS, da legislação, da realidade epidemiológica, assistencial, política etc.⁽¹⁵⁾.

A informação também possibilita aos usuários da saúde uma maior facilidade na utilização dos serviços, pois as desigualdades sociais no acesso à saúde variam entre os grupos populacionais de acordo com o grau de informação que eles possuem. O conhecimento da população sobre o sistema é assunto relevante a ser difundido pelos profissionais do setor⁽¹⁶⁾.

O trabalhador da saúde é um ator fundamental na construção e viabilização de mudanças na sociedade.

Para isso, é necessário que ele compreenda os princípios que direcionam o sistema. É importante que o trabalhador participe das políticas públicas em seus aspectos administrativos, técnicos, políticos e sociais para a aquisição de melhorias⁽⁴⁾.

Os profissionais de saúde entrevistados possuíam maior conhecimento sobre o SUS em comparação com os demais participantes. Assim, a troca de saberes entre os profissionais e os usuários poderia auxiliar na construção compartilhada de estratégias resolutivas para as dificuldades de saúde encontradas na comunidade estudada.

Entretanto, o discurso vai além do processo de trabalho, pois também se insere no tipo de formação desses profissionais. A formação precisa voltar-se para o desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, não tomando apenas por base a busca de evidências para o diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico e profilaxia, mas o desenvolvimento da gestão setorial e do controle social em saúde⁽¹⁷⁾.

A reconstrução do significado da educação em saúde nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde se faz importante para o fortalecimento do protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS⁽¹⁸⁾.

O controle social pode ser fortalecido através da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças e conselheiros, e da organização da sociedade, promovendo a construção de novos modelos de atenção e gestão, regidos sob a lógica das necessidades, das demandas e dos direitos de toda a população⁽⁴⁾.

Assim, acredita-se que a educação para o controle social e para o SUS deva estar integrada a uma política que vise à disseminação de informações de forma contínua, tendo como atores do processo os profissionais dos serviços, as universidades, os gestores da saúde e, principalmente, a população.

As instâncias de controle social enfrentam obstáculos operacionais, de infraestrutura e organização⁽¹⁸⁾, mas são relevantes para o seu aprimoramento e para o avanço do SUS. É possível pensar nas importantes conquistas que a área de saúde teve a partir dos movimentos sanitaristas para que a participação social continue em ação, com objetivo de efetivar o SUS. Logo, quanto maior a articulação e os esforços dos diversos atores sociais, tanto maior serão as conquistas na saúde da coletividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre o SUS ocorreu em níveis diferentes entre usuários e profissionais de saúde. Os profissionais de saúde apresentaram capacidade crítica

sobre o assunto, enquanto os usuários desconhecem o sistema e seus princípios. Dessa forma, o trabalhador de saúde se torna importante para atuar nas atividades educativas na comunidade, com objetivo de incentivar a corresponsabilidade dos usuários na resolução das dificuldades encontradas.

Ademais, apesar do avanço na saúde com a criação do SUS, ainda são enfrentados inúmeros obstáculos no desenvolvimento do sistema, pois, como visto na pesquisa, as dificuldades de acesso, a falta de compreensão do SUS, e de atividades educativas de estímulo ao controle social não contribuem para a consolidação de um sistema tão complexo.

Vale ressaltar que a educação em saúde é fundamental para o fortalecimento da participação popular e pode contribuir bastante para a efetivação do sistema público de saúde. É fundamental que a população obtenha informações adequadas para que possam realizar mudanças necessárias.

A luta por uma maior qualidade na assistência à saúde, que contemple acessibilidade igualitária, baseada na integralidade, equidade e no respeito às reais necessidades dos usuários, precisa integrar forças dos diversos atores sociais. Assim, a consolidação das políticas de saúde requer esforços dos profissionais dos serviços, das universidades, dos gestores da saúde e da população fortalecida.

Artigo elaborado a partir da monografia "Controle social em saúde: a ótica de uma comunidade em torno de uma noção", apresentada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), em 2011. 71p.

REFERÊNCIAS

- Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Rev Mineira Saúde Pública*. 2004;4(3):4-26.
- Santos NR dos. Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real. *Saúde debate*. 2011;35(90):356-65.
- Santos CCS, Bastos RL. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. *Rev. bras. promoç. saúde* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2012 Mai 15]; 24(3):266-73. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbbs/artigo11_2011.3.pdf
- Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. Controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto & contexto enferm* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2012 Fev 25]; 16(3):470-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/a13v16n3.pdf>.
- Silveira JLGC, Campos ML, Berndt RLE. Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde bucal. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2012 Fev 9]; 6(1):29-34. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/637/63760106.pdf>.
- Backes DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde: uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2012 Fev 25]; 14(3):903-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/26.pdf>.
- Vasconcelos EM. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2009. p. 270-88.
- Morita I, Guimarães JFC, Di Muzio BP. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde Soc* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2012 Fev 9]; 15(1):49-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/06.pdf>.
- Fontanela BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2012 Mai 23]; 24(1):17-27. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
- Maia MAC, Santos JS. Qualidade de vida no programa saúde da família: a visão de agentes comunitários de saúde e usuários. *Rev Bras Promoç Saúde* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2012 Mai 23]; 24(3):228-37. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbbs/artigo6_2011.3.pdf.
- Ladeira F. PMAQ-AB: a chave para levar saúde de qualidade a todos. *Rev. bras. saúde família* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2012 mai 23]; (29):31-7. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia29.pdf.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. *Cartão nacional de saúde: cadastramento de usuários do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Arruda-Barbosa L, Dantas TM, Oliveira CC. *Estratégia saúde da família: avaliação e motivos para busca de*

-
- serviços de saúde pelos usuários. *Rev Bras Promoç Saúde* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2012 Fev 25]; 24(4):347-54. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo8_2011.4.pdf.
15. Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2012 Fev 9]; 12(3):683-8. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/18.pdf>.
16. Travassos C, Castro MSM de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI de. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 215-43.
17. Ceccim RB, Feuerwerker LC M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2012 Fev 28]; 14(1):41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- Endereço para correspondência:**
Gleiciane da Silva Fonseca
Rua Dr. Sadi Mendes, 1119
Bairro: Santos Reis
CEP: 59141-085 - Parnamirim - RN - Brasil
E-mail: gleicianefonseca@hotmail.com