

INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO

Kamila Ferreira Ribeiro Tadeu

Laís Campana Avelino

Fabiano Moreira Da Silva

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DO
CONHECIMENTO DO CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE
SAÚDE**

IPATINGA

2014

Kamila Ferreira Ribeiro Tadeu

Laís Campana Avelino

Fabiano Moreira Da Silva

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DO
CONHECIMENTO DO CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE
SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/Univaço, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof. Orientador: Fabiano Moreira da Silva

IPATINGA

2014

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

FAMILY HEALTH STRATEGY: ANALYSIS OF KNOWLEDGE OF DIRECTORS OF MUNICIPAL HEALTH

RESUMO

O Conselho de Saúde é responsável pela participação popular e contribuição da comunidade na fiscalização, formulação e implantação das Políticas e Programas de Saúde para que atendam à demanda da população. Os Conselheiros Municipais de Saúde são responsáveis por orientar as ações em saúde do respectivo município e, portanto, devem conhecer as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e as necessidades da população assistida. Objetivo: Investigar o conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde a respeito de suas funções e do funcionamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o intuito de avaliar a necessidade de ações de educação continuada. Método: Foi aplicado questionário aos Conselheiros Municipais de Saúde com perguntas referentes a sua função no conselho e a função da ESF. Resultado: Sobre a função do Conselho Municipal de Saúde (CMS) 3,8% marcou a alternativa: ser somente um local para apontar os erros do serviço de saúde do seu bairro. Em relação às ações da ESF 20% não informaram grupos de educação saúde como atividade a ser realizada. Sobre o nível de assistência da ESF, 29,2% não assinalaram a opção atenção primária. Conclusão: Os conselheiros apresentaram respostas inadequadas, o que demonstra a necessidade de programas de educação continuada.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Conselhos de Saúde. Saúde Pública. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Board of Health is responsible for public participation and community input in monitoring, formulation and implementation of Health Policies and Programs to meet the demand of the population. The Municipal Board of Health are responsible for guiding the actions of their health council and therefore must meet the guidelines of the Unified Health System (SUS) and the needs of the assisted population. Objective: To investigate the knowledge of the Directors Municipal Health about their functions and operation of the Family Health Strategy (FHS), with the aim of evaluating the need for actions continuing education. Method: questionnaire to the Municipal Health Counselors with questions regarding their role on the board and the role of ESF was applied. Results: On the basis of the Municipal Health Council (CMS) 3.8% marked the alternative: being only one place to point out the mistakes of the health service in your neighborhood. In relation to the shares of ESF 20% did not inform groups of health education as an activity to be performed. On the level of assistance the ESF, 29.2% did not report the primary option. Conclusion: The counselors had inadequate responses, demonstrating the need for continuing education programs. Keywords: Health System. Boards of Health. Public Health. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Criado pela Constituição Federal em 1988, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, o Sistema Único de Saúde (SUS) hoje é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem como objetivo promover atendimento integral, universal e gratuito, através da oferta de serviços de baixa, média e alta complexidade (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010). Suas ações primam pela prevenção das doenças e pela descentralização, o que permite maior participação popular e autonomia aos municípios (OLIVEIRA et al., 2008). Os princípios organizativos do SUS são padronizados em todo o território nacional e interagem para um fim comum, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Para a organização desse sistema há doutrinas que regem suas ações: Universalidade, Integralidade e Equidade. E também princípios que orientam todas as ações e serviços públicos ou privados contratados pelo SUS: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Complementariedade do Setor Privado e Participação dos Cidadãos (BRASIL, 1990; OLIVEIRA et al., 2008).

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, o financiamento do SUS deve ser feito por intermédio do Orçamento da Seguridade Social da União, dos estados e municípios, sendo esse financiamento de responsabilidade dos três níveis de gestores, além de constituir responsabilidade de toda a sociedade, de forma direta ou indireta (BRASIL, 2006). E a lei 8.142/90 regulariza a participação popular na gestão do SUS, seja através das Conferências de Saúde, ou pelo Conselho de Saúde e tem como objetivo atuar na formulação e proposição de estratégias, além de controlar a execução das Políticas de Saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2006; BRASIL, 2003; LABRA, 2006). Desse modo, o funcionamento do conselho é determinante para que ocorra o repasse das verbas federais aos estados e municípios (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2008; VIEIRA; CALVO, 2011; CRUZ et al., 2012).

Os Conselhos de Saúde auxiliam a interlocução entre Estado e sociedade civil contribuindo para a democratização das decisões setoriais, de forma a auxiliar e atender às necessidades dos cidadãos (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2008). A distribuição de cargos ocorre da seguinte forma: representantes do governo e prestadores de serviços conveniados – 25%, profissionais da saúde – 25%, usuários – 50% (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010). O trabalho do conselho deve ser realizado de forma a antecipar ou acompanhar o gestor, e este deve respeitar o conselho e suas decisões, transformando-as em ato oficial.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) que surgiu em 1994, inicialmente conhecida como Programa de Saúde da Família (PSF), surge como uma reformulação das normas do SUS, com o Piso de Atenção Básica para financiar essa reestruturação (NORMA OPERACIONAL BÁSICA, 1996; FRANKLIN, 2004; ECKERDT et al., 2008). É também guiada por princípios: Integralização e Hierarquização, Territorialização e Adscrição da clientela, e Equipe Multiprofissional (GOMES et al., 2009; ECKERDT et al., 2008; COSTA; CARBONE, 2009). Nesta equipe multiprofissional, temos os ACS's, enfermeiros e médicos. Todos, de diferentes formas, tem como meta a prevenção e promoção em saúde (BRASIL, 2006). Além de ser uma reformulação das normas do SUS, reorienta o modelo assistencial, com objetivo de resolver 85% a 90% dos problemas de saúde (FRANKLIN, 2004; ECKERDT et al., 2008).

Para que haja otimização dos serviços oferecidos e dos recursos despendidos ao SUS/ESF, e desse modo, melhoria da saúde da população assistida, é necessário que todos os envolvidos nos processos de planejamento e execução das ações de saúde tenham conhecimento de como esse sistema funciona. Isso envolve saber das obrigações, regulamentações, princípios, doutrinas, funções dos participantes e conhecer a população

adscrita, para que essa possa ser atendida em todas as suas peculiaridades. Desse modo, esse trabalho aborda um dos participantes da gestão do SUS, os Conselheiros de Saúde, que para fazer um bom trabalho, precisam estar aptos a adaptar os serviços/recursos da ESF às necessidades dos cidadãos do município.

Tivemos como objetivo abordar os Conselheiros Municipais de Saúde (CMS) de dois municípios do leste de Minas Gerais, a respeito de suas funções. Além disso, questionamos também os conhecimentos referentes à ESF, suas ações, a importância da equipe multiprofissional (ACS's, enfermeiros e médicos) que a compõe. Com o intuito de avaliar se é ou não necessário a realização de atividades de educação continuada, ou se eles já estão aptos a exercer o cargo que preenchem.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Aprovada pelo comitê de ética com o protocolo 10752412.1.0000.5095, a pesquisa apresentada é descritiva e exploratória, com caráter de senso. Os pesquisadores responsáveis participaram das reuniões mensais dos CMS de cada município. Nessa ocasião explicaram o objetivo do trabalho e entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Os critérios de inclusão utilizados foram: não possuir vínculo com a pesquisa, concordar em participar da pesquisa, preencher e assinar corretamente o TCLE. Foram excluídos todos aqueles que não preencheram os pré-requisitos citados.

Para os participantes foi entregue um questionário que abordava questões que possibilitaram os pesquisadores conhecer o perfil daquele conselheiro, e questões referentes à regulamentação e funcionamento da ESF e serviços prestados. Tal questionário foi aplicado nas reuniões mensais já agendadas dos CMS, com o intuito de facilitar a participação de todos, e desse modo, maximizar o número de participantes. Porém, nestas reuniões o comparecimento dos conselheiros foi inferior ao esperado, o que diminuiu o tamanho da amostra, de 40 (número de conselheiros efetivos) para 27 participantes. Na tentativa de buscar mais participantes, os pesquisadores retornaram em outra reunião agendada, porém novamente a quantidade de conselheiros que compareceram foi pequena. As respostas obtidas foram avaliadas por meio de gráficos e tabelas através de programa Epi Info™ Version 3.5.2 disponível em: <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo>.

A literatura para revisão bibliográfica foi obtida através de pesquisa em banco de dados encontrados em revistas eletrônicas, como Scielo (Scientific Electronic Library Online) e a Biblioteca Virtual em Saúde. Também foram utilizadas informações contidas na Constituição Brasileira.

RESULTADOS

Dos 27 sujeitos elegíveis para o estudo, somente 24 informaram a idade. Nessa questão a média foi de 55 anos, a mínima foi de 29 anos e máxima de 78 anos. Já nas demais perguntas a participação foi completa. Constatamos que em relação à escolaridade 18,5% (n=5) possuem pós-graduação completa, 14,8% (n=4) possuem Ensino Médio Completo, da mesma forma – 14,8% possuem Profissionalizante Completo. A opção Analfabeto só foi marcada por um conselheiro, representando 3,7% dos dados. A renda do grupo familiar informada variou de 2-3 salários mínimos (37%) acima de 10 salários mínimos (3,7%), sendo que 44,4% deles ganham entre 4-6 salários.

Ainda em relação aos 27 conselheiros, 14 deles (53,8%) não possuem plano de saúde privado e 12 (46,2%) possuem plano privado, um sujeito não respondeu a este questionamento. Dois conselheiros responderam que tinham o SUS como plano de saúde, porém durante a análise de dados foram classificados dentre os conselheiros sem plano de

saúde, visto que o objetivo era contabilizar os conselheiros que utilizam exclusivamente o Sistema Único de Saúde. Para saber se os conselheiros utilizam ou não os serviços do SUS, questionamos sobre a frequência com que utilizaram a Unidade Básica de Saúde (UBS) no último mês, e dos 25 participantes que responderam, obtiveram destaque as opções em que afirmam não frequentar com regularidade – 44%, e de ter frequentado uma vez nos últimos 30 dias – 32%. Já no questionamento sobre quais foram os serviços utilizados por eles na última visita à UBS, todos responderam. Os serviços mais procurados foram: consultas médicas (66,7%; n=18), medicação (37%; n=10) e os exames (33,3%; n=9), outros também citados foram vacinação (n=4), odontologia (n=2), curativo (n=1), serviço social (n=1) e encaminhamento à policlínica (n=1).

Sobre a função do Conselho Municipal de Saúde os dados apontados pelos sujeitos se encontram na Tabela 1. E em relação ao trabalho que os conselheiros realizam as respostas assinaladas encontram se descritas no Quadro 1. A maioria (76,9%) assinalou como função do CMS: apresentar, analisar e propor ações para a saúde da cidade. Destaca-se aqui que um dos participantes marcou a alternativa que aponta como função do conselho ser somente um local para apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro.

Tabela 1: Padrão de respostas à questão: Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde?

Opção	% de conselheiros que assinalaram esta opção
Realizar o que a prefeitura determina	0
Principal instância deliberativa da saúde na cidade	26,9%
Acompanhar as ações de saúde	42,3%
Apresentar, analisar e propor ações de saúde	76,9%
Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade	57,7%
Ser somente para apontar erros do serviço de seu bairro	3,8%
Local para prefeitura somente mostrar o que está fazendo pela saúde	0
Não sei o que é o Conselho Municipal de Saúde	0

Quadro 1: Respostas para a questão: Em que consiste seu trabalho dentro do Conselho?

Acompanhar e fiscalizar as ações de saúde
Acompanhar e fiscalizar os atendimentos
Comissão de finanças
Sou conselheira titular
Visita as pessoas
Sou conselheiro
Presidente do conselho
Fiscalizar e sugerir
Analisar, avaliar, julgar e propor
Aprovar, negar, fiscalizar os postos
Aconselhar, fiscalizar, acompanhar a saúde municipal
Sou membro da comissão de finanças
Analisar situações do serviço de saúde
Discutir e elaborar ações
Fiscalizar, propor ações de governo
Avaliar e propor ações para saúde

Continuação do Quadro 1
Participar, acompanhar e fiscalizar as ações de saúde e aplicação dos recursos de saúde
Secretária executiva do conselho
Conselheiro deliberativo de saúde
Acompanhar e apresentar soluções
Acompanhar e fiscalizar as ações de saúde

Os conselheiros foram questionados a respeito da ação mais importante do ESF, entre os 27 sujeitos, 21 deles (77,8%) referiram que prevenir doenças e promover a saúde da comunidade é a ação mais importante. Em relação ao nível de assistência que o ESF abrange, dos 26 conselheiros que responderam, 80,8% assinalaram a alternativa atenção primária, 15,4% a opção atenção secundária e 3,8% atenção terciária. A avaliação dos conselheiros em relação ao ESF foi classificada em positivamente (n=18; 72%), negativamente (n=6; 24%) e não sabe responder (n=1; 4%), sendo que um sujeito não respondeu esta questão.

A respeito dos serviços realizados pelo ESF, os conselheiros foram questionados com base em uma lista disponível para demarcação que incluía ações como: cirurgias, internações, grupos de educação em saúde, consultas, parto e pré-natal. Dos 27 sujeitos somente 25 responderam esta questão. Os itens referidos foram internações com n=1 (4%); grupos de educação em saúde, n=20 (80%); consultas, n=17 (68%) e pré-natal, n=9 (36%). Vale ressaltar que 64% deles não indicaram o pré-natal como um serviço realizado pelo ESF, isso ocorreu também com as variáveis consultas e grupos de educação em saúde, que respectivamente, não foram demarcadas por 32% e 20% dos conselheiros estudados. Além disso, 12 deles (48%) demarcaram somente uma opção de serviço oferecido pelo ESF, entre estas foram citadas, grupos de educação em saúde (n=7); internação (n=1); e consultas (n=4).

Os dados correspondentes às ações de saúde dentro do ESF e as características de cada âmbito do serviço incluem, a finalidade do acolhimento, o papel do médico, enfermeiro e do agente comunitário de saúde. Esses dados foram colhidos com o objetivo de avaliar o conhecimento dos sujeitos da pesquisa a respeito das características dos serviços prestados na UBS, com ênfase nas atribuições de cada um destes setores. Dos 27 participantes 55,6% (n=15) informaram que a principal finalidade do acolhimento é identificar os riscos e maiores chances que a população tem de adoecer, o que possibilita planejar ações de saúde, analisar e priorizar o atendimento. A opção menos assinalada afirma que a função do acolhimento é dar orientações de saúde 18,5% (n=5). As outras respostas encontradas foram: fazer triagem para os atendimentos médicos e de enfermeiros (33,3%; n=9) e agendar consultas (22,2%; n=6).

Os dados a respeito do (s) papel (is) do médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde estão descritos, respectivamente, nos gráficos abaixo (Gráficos 1, 2 e 3).

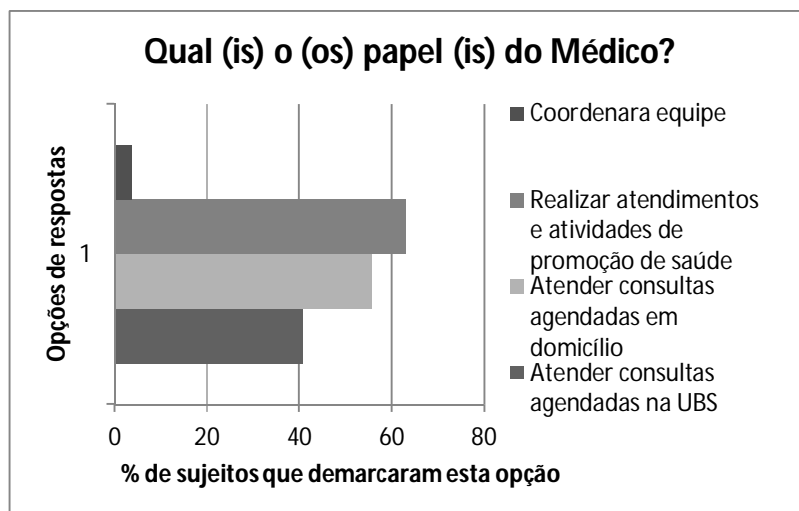


Gráfico 1. Padrão de resposta à questão: Qual(is) o (s) papel (is) do Médico?

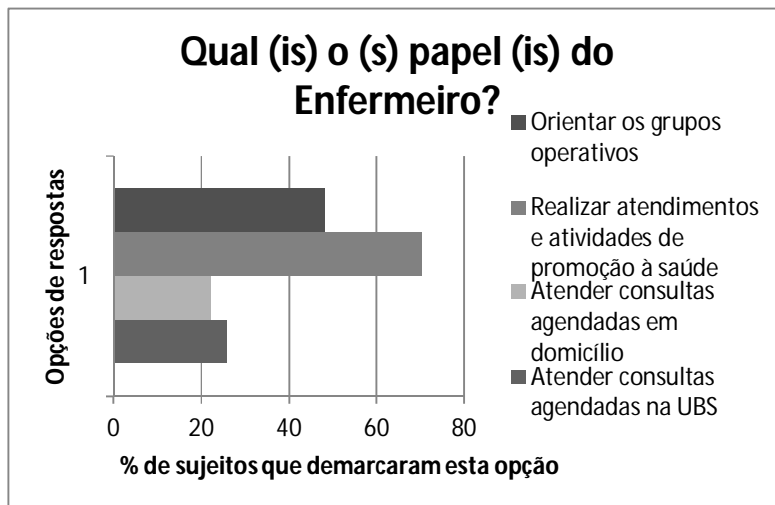


Gráfico 2. Padrão de resposta à questão: Qual(is) o (s) papel (is) do Enfermeiro?

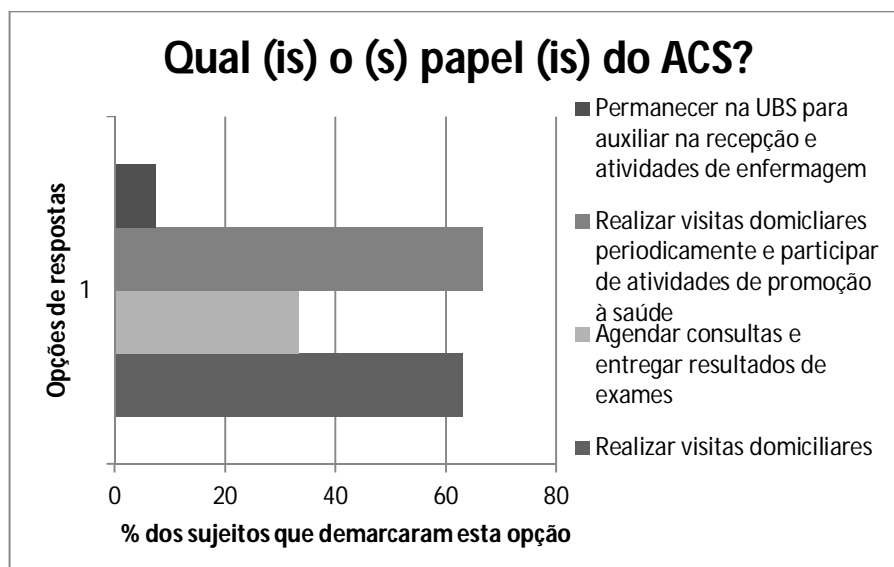


Gráfico 3. Padrão de resposta à questão: Qual(is) o (s) papel (is) do ACS?

Dos 27 sujeitos, 40,7% (n=11) deles indicaram que não continuam recebendo informações sobre como o EPSF funciona. E quando questionados sobre o que é o Estratégia de Saúde da Família, um deles (3,7%) respondeu não conhecer o programa. Dos que afirmaram conhecer o programa, quando questionados sobre como tiveram conhecimento sobre a ESF, 40% (n=10) relataram ser através da unidade de saúde, 24% (n=6) através de materiais publicitários da prefeitura, 20% (n=5) por outras fontes, 12% (n=3) em escolas ou faculdade e 4% (n=1) pela internet.

Através de questão discursiva, os conselheiros responderam qual o tema eles consideram importante para ser abordado na educação da população. As respostas citadas estão citadas no Quadro 2.

Quadro 2. Temas sugeridos a serem abordados na educação da população

“Como trabalhar na prevenção”
“Orientar com mais profundidade as obrigações do SUS”
“ESF: combate a drogas”
“Tomar providência no caso de falha”
“Informações do funcionamento do SUS”
“De mãos dadas superando o Parkinson”
“Prevenir antes de adoecer e fazer a prevenção”
“Prevenção e educação alimentar”
“Valorização do idoso”
“Uso correto dos serviços de saúde, participação nos conselhos de saúde, tutelar, associação de bairros”
“Natalidade e drogas”
“Educação ambiental”
“Como funciona a ESF e o Conselho Municipal de Saúde”
“Educação em saúde, hábitos alimentares, atividade física, Hipertensão e Diabetes, prevenção do câncer de colo de útero e mama”
“Uso consciente do SUS”
“Prevenção de todas as doenças”
“Esclarecimento da população”
“Prevenção”
“Sobre sexualidade”

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados coletados podemos inferir aspectos referentes ao perfil dos Conselheiros Municipais de Saúde. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, grande parte dos sujeitos possui alto nível de escolaridade (superior completo, profissionalizante completo e pós graduação completa). Este dado é de extrema relevância ao discutirmos a capacidade de gestão, análise e fiscalização das ações de saúde por parte dos conselheiros. Em análise comparativa, foram discordantes com o estudo de Santos, Vargas e Lucas (2011) em que o predomínio era de conselheiros usuários, com baixo grau de instrução sendo a maioria de aposentados com idade acima de 55 anos. Vale citar que o estudo acima descrito foi realizado com o grupo de conselheiros usuários, ou seja, não reflete a amostra total de conselheiros, já que esta é representada por diversos segmentos populacionais. Outro estudo de Saliba et al. (2009) demonstrou também que 71,5% dos conselheiros não possuíam ensino superior completo.

É de fundamental importância que todos os segmentos sociais estejam representados no Conselho de Saúde, para que as atribuições referentes a este sejam avaliadas de forma coerente buscando medidas mais adequadas na hora da tomada de decisões. Desta forma é importante além da representação dos usuários no conselho, que deve ser de 50%, avaliar a frequência com que os conselheiros utilizam a Unidade Básica de Saúde. De acordo com alguns trabalhos já descritos, muitas vezes essa regulamentação não é seguida, verificado no estudo Cotta, Cazal e Martins (2010) e Cotta et al. (2011). Isso prejudica a participação popular na reestruturação do Estado e desempenho de políticas públicas, pois a representação dos usuários é necessária para se obter uma ótica dos mesmos em relação aos serviços prestados. A partir da necessidade desta representação é importante avaliarmos se esses sujeitos possuem experiência como usuário. Entre a amostra dos conselheiros estudados,

46,2% referiram utilizar não utilizar o SUS como plano de assistência à saúde, o que pode limitar sua ação dentro do conselho (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Os dados coletados apontam que durante o último mês a grande maioria dos conselheiros - 44%, não frequentaram com regularidade as unidades de saúde. Isto demonstra que, não são usuários frequentes e, portanto, podem não compreender as possíveis dificuldades encontradas nos postos de saúde, tanto pela população como pelos profissionais para execução do serviço. Dos que referiram ter frequentado a unidade no último mês (32% frequentaram uma vez), os principais serviços buscados foram consultas médicas (66,7%), medicações (37%) e exames (33,3%).

Os estudos de Oliveira e Pinheiro (2010) e Kleba et al. (2010) avaliaram as perspectivas dos conselheiros a respeito de suas atribuições e revelaram que a maioria dos conselheiros reconhece sua importância para a manutenção da democracia, através da cobrança sobre os direitos à saúde da população. Porém se julgam inaptos a exercer o poder deliberativo e fiscalizador que possuem. Em estudos confrontados há também relatos de participação parcial dos conselheiros, pois suas críticas e sugestões podem ou não ser consideradas pelo gestor na tomada de decisões. Além de queixarem-se de que muitos projetos são enviados com curto ou nenhum momento disponível para análise, sendo que os mesmos devem ser aprovados com agilidade para que o município não perca o repasse da verba. Em nosso estudo quando questionados diretamente a respeito de sua função no conselho, alguns representantes definiram somente o cargo que ocupam (n=7), dado este descrito anteriormente no Quadro 1. Em contrapartida, outros sujeitos especificaram ações determinadas pelas normas de regulamentação dos conselhos como funções que desempenha, como analisar e propor ações de saúde, fiscalizar a utilização das verbas de saúde, discutir e elaborar propostas para desta forma democratizar e descentralizar o processo de gestão pública. Apesar dos resultados encontrados neste trabalho serem promissores a respeito do conhecimento de alguns conselheiros sobre sua função dentro do conselho, trabalhos anteriores, como já descrito acima, referem que as dificuldades vão além do conhecimento de suas funções. Segundo a legislação o papel deste órgão deveria ser deliberativo e fiscalizador sobre as políticas públicas de saúde, entretanto, muitos se queixam da não participação política efetiva e da dificuldade de exercer a democracia dentro do conselho. Desse modo, resta um frágil poder fiscalizador, gerando desânimo e descrença por parte de alguns conselheiros (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; KLEBA et al., 2010).

A grande maioria dos sujeitos (n=20) demarcaram a opção apresentar, analisar e propor ações para a saúde da cidade, como uma das funções do conselho, entre as outras opções assinaladas, podemos discorrer a respeito do fato de que um sujeito referiu que a função do conselho é somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro. Este dado pode ser analisado como um déficit em relação as informações oferecidas ao conselheiro, que muitas vezes não é orientado de maneira adequada sobre sua função no órgão e os objetivos do mesmo. Esta hipótese também pode ser corroborada pelo fato de que 40,7% dos pesquisados, relataram que não continuam recebendo informações sobre como o PSF funciona, indicando a falta de programas de educação continuada voltados para esta população. Esse dado foi também encontrado no estudo de Saliba et al. (2009) onde 50% dos entrevistados relataram que há falta de informações importantes que poderiam auxiliar em seu desempenho.

Apesar do presente estudo não avaliar a forma de indicação para o cargo, somente como tomaram conhecimento do órgão, no estudo realizado por Vieira e Calvo (2011) foi identificado problemas no que diz respeito a representatividade dos conselheiros, em que 66% referiram indicação para o cargo sem eleição. Além disso, foi também destacado o isolamento do Conselho de Saúde do restante da sociedade. Discute-se que a população não recebe informações de quando ocorrem as reuniões, ou sobre o que foi deliberado, desse modo não

há acompanhamento ou reconhecimento de suas ações. Este dado foi também encontrado no estudo de Saliba et al. (2009) onde apenas 19% ingressaram por meio de eleição.

A ESF representa a porta de entrada do usuário para Sistema de Saúde, portanto seu processo de organização, função de seus componentes e princípios básicos, são informações que deveriam ser de domínio dos Conselheiros de Saúde. Neste trabalho foram avaliados estes conhecimentos, e a visão dos conselheiros a respeito da ESF. Como descrito anteriormente 80,8% dos sujeitos referiram a ESF como assistência primária, porém 15,4% e 3,8%, respectivamente, informaram que ele representa assistência secundária e terciária. Esse dado é de extrema relevância, visto que estes sujeitos são responsáveis por atuar na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive em aspectos econômicos e financeiros (SALIBA et al., 2009).

Apesar de em nosso estudo os conselheiros avaliarem positivamente as ações da ESF (72%), em estudo comparativo de Oliveira e Pinheiro (2010) e Reis et al (2013) há identificação da insatisfação dos usuários sobre a qualidade do atendimento nos centros de saúde, competência humana e ética profissional. Os usuários queixam também sobre a longa fila de espera para agendamento da consulta, o que faz com que muitas vezes procurem serviços de emergência. Relatam ainda atrasos e faltas constantes de alguns profissionais no SUS, além da dificuldade de acesso, baixa resolutividade e qualidade do atendimento (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Sobre as ações da ESF, chamamos atenção para o fato de 64% dos pesquisados não terem referido o pré-natal como ação a ser realizada na UBS, assim como 20% não informaram grupos de educação em saúde como atividade a ser realizada pela unidade. É importante salientar que 48% marcaram somente uma atividade, dentre as opções, indicando provavelmente que não possuem conhecimento da abrangência dos serviços oferecidos. Outra explicação para este fato seria de que não compreenderam adequadamente a questão, o que não condiz com a escolaridade encontrada. Um dos sujeitos demarcou somente a opção internações, indicando a falta de conhecimento do mesmo em relação às ações básicas propostas e realizadas pelas unidades de saúde.

O acolhimento é parte fundamental das atividades da ESF e de acordo com suas normas operacionais, tem por finalidade atender os usuários garantindo acessibilidade universal de forma humanizada, atuando no processo de promoção da saúde. Além de reorganizar o processo de trabalho, com finalidade de proporcionar um atendimento multidisciplinar, deslocando o atendimento médico como eixo central do serviço. Os resultados encontrados em nosso trabalho apontaram para uma visão limitada dos conselheiros em relação à finalidade desse serviço, somente 18,5% (n=5) dos entrevistados acreditam que dar orientações de saúde seja função do acolhimento (SANTOS; SANTOS, 2011; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Os sujeitos foram questionados a respeito das ações de alguns profissionais que compõem a ESF: ACS, enfermeiro e médico, e os resultados encontrados indicaram a falta de conhecimento que os conselheiros possuem a respeito da dinâmica do serviço de saúde. Exemplificado pelo fato de 7,4% dos conselheiros terem atribuído como função dos ACS's permanecer na unidade de saúde para auxiliar na recepção e nas atividades da enfermagem, e 78,8% não identificam como função do enfermeiro atender consultas domiciliares. Isso pode ser explicado pelo trabalho de Baralhas e Pereira (2013), e Rocha e Almeida (2000) que evidenciaram a dificuldade dos ACS's em realizar suas atividades. Isto ocorre devido à grande demanda por parte de outros profissionais dentro do posto, principalmente os enfermeiros, que muitas vezes não conseguem gerenciar a equipe de agentes comunitários ou até mesmo não conseguem visitar os pacientes acamados em domicílio. Destacamos aqui, que tanto os ACS's quanto os enfermeiros, devem realizar visitas domiciliares, com o objetivo de promover, de formas diferentes, a promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 2006)

Uma das ações principais da atenção primária é o foco na prevenção e promoção da saúde populacional, este fundamento regula muitas das ações e planos de governo referentes à saúde. Entretanto, vale a pena salientarmos que 37% dos conselheiros não indicaram que esta corresponde a uma das ações do médico integrante da ESF, assim como 29,6% e 33,3% também não referiram ser uma das atribuições dos enfermeiros e dos agentes comunitários de saúde, respectivamente. Este dado chama atenção novamente para a falta de instrução adequada dos conselheiros a respeito das normas do SUS (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Dados referentes ao conceito de saúde e de doença foram citados em outros estudos. Neles as variações da compreensão dos conselheiros sobre este conceito, foram explicadas por diferentes crenças, valores, conhecimentos e prática sobre saúde-doença que guiam as atitudes dos profissionais do SUS (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010). Estes dados, assim como os referentes ao conhecimento das funções dos componentes da ESF, indicam que as ações de educação continuada são necessárias para instruir os conselheiros a respeito da organização do serviço. Dados do estudo de Saliba et al. (2009) indicaram uma mudança na compreensão dos conselheiros a respeito de suas funções após curso de capacitação. Isso sugere que ações com este formato, com ênfase inclusive nos princípios e normas legislativas que regem o SUS, podem interferir de forma positiva na administração dos integrantes dos conselhos.

A grande maioria dos conselheiros apontou como temática a ser abordada com a população ações referentes à promoção e prevenção em saúde como orientações sobre drogas, sexualidade e doenças crônicas. Além de informações a respeito do processo de funcionamento do SUS, seus princípios, a participação dos Conselhos Municipais de Saúde, na gestão da saúde, e suas funções. Chamamos atenção para o fato de que, a capacitação em relação a estes tópicos não deve ser abordada somente com a população em geral, isso deve incluir, principalmente, os conselheiros de saúde, visto que estes muitas vezes não recebem orientações adequadas.

CONCLUSÃO

A criação da ESF foi um avanço para a melhoria da saúde da população. Apesar de alguns obstáculos para a sua estrutura, como por exemplo, os diferentes perfis populacionais, é um projeto ainda em desenvolvimento, que deve se adequar às necessidades dos cidadãos (PAIM, 2013). Nesse contexto, os conselheiros de saúde trabalham com o objetivo de minimizar esses obstáculos.

Criados pela constituição de direito à atenção básica, os conselheiros devem facilitar o acesso da população e buscar a solução dos diversos problemas que podem ser encontrados pelos usuários, profissionais e gestores. São, portanto, uma forma de democracia participativa (BATAGELLO; BENEVIDES; PORTILLO, 2011). Eles são um dos defensores do direito à saúde e devem cobrar que sejam feitos investimentos na saúde, que os serviços prometidos sejam realizados, e desse modo, melhorar a realidade social do município em que ele se encontra, de forma equânime democrática e com a participação popular (GRISOTTE; PATRICIO; SILVA, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; CRUZ et al., 2002).

Dentre os objetivos deste trabalho estavam a investigação do conhecimento dos conselheiros a respeito do funcionamento do ESF e das normas que o preconizam. Após a análise das respostas e comparação das mesmas com a legislação vigente, que discorre sobre as atribuições de cada setor, percebemos que os sujeitos estudados ainda carecem de treinamento para desempenhar de forma mais adequada seu papel dentro do conselho. Há ainda limitação das possíveis atividades dos conselheiros, seja por falta de preparo – devido a presença de baixa escolaridade, ou pelo pequeno comprometimento por parte de alguns, visto que a abstinência nas reuniões foi significativa. Diante disso, sugerimos a realização de

programas de educação continuada para os conselheiros municipais de saúde, no intuito de torná-los cada vez mais aptos, visto a importância do trabalho que exercem. Após isso, as datas das reuniões do conselho deveriam ser previamente divulgadas na comunidade, para que os cidadãos tenham a oportunidade de entrar em contato com os membros do conselho, expor suas necessidades e propor ações.

Dentre as limitações desse trabalho apresentamos o fato de o questionário não ser validado, e sim criado pelos autores. Além de o fato de a amostra ter sido prejudicada pela baixa frequência dos conselheiros pesquisados nas reuniões, o que diminui o valor da amostra.

REFERÊNCIAS

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n. 3, p. 358-365, 2013.

BATAGELLO, R.; BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 625-634, 2011.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20.9.1990.

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) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União de 31.12.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002. **Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e das outras providencias**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm>. Acesso em: 16 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º333 de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*/ Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-17-abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2011.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase; p.136, 1995.

COSTA, E. M.; CARBONE, M. H. *Saúde da Família uma abordagem multidisciplinar*. Rúbio, 2009.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2437–2445, 2010.

- COTTA, R. M. M.; MARTINS, P. C.; BATISTA, R. S. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.
- CRUZ, P. J. S. C.; VIEIRA, S. C. R.; MASSA, N. M. et al. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa (PB). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.1087-1100, 2012.
- ECKERDT, N. D.; MORETTO, E.; TAGLIARI, M.; BÜCHELE, F. Percepção da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Rio Grande do Sul: da fala da equipe ao eco das famílias. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, 2008.
- FRANCO, B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, 1999.
- FRANKLIN, A. Desafios Municipais na Implantação de Estratégia de Saúde da Família. In: Unicamp, *O espaço Funcamp de Políticas Públicas: Um exemplo de interação Universidade – Sociedade* p. 115. Campinas, 2004.
- GOMES, K. D.; COTTA, R. M.; EUCLYDES, M. P.; TARGUETA, C. L.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. D. Avaliação do impacto do PSF no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciência e Saúde Coletiva** 2009.
- GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p. 831-840, 2010.
- KLEBA, M. E.; MATIELO, A.; COMERLATTO, D.; et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 793-802, 2010.
- LABRA, M. E. (2006). **Conselhos de Saúde. Visões 'macro' e 'micro'**. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/29/1593>>. Acesso em 30 set. 2011
- OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P.; GOMES, A. M.; RAMOS, R. d.; PEREIRA, N. A.; SANTOS, W. C. A política pública de saúde Brasileira: representação e memória social de profissionais. **Caderno de Saúde Pública** 2008.
- OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2455–2464, 2010.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-64, 2013.
- PAIM, J. S. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.
- REIS, R. S.; COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.
- ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.
- SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; FERREIRA, N. F.; et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de administração Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.6, p.1369-1378, 2009.
- SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 13, n. 4, 2011.

SANTOS, S. F.; VARGAS, A. M. D.; LUCAS, S. D. Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 483-495, 2011.

VIEIRA, M.; CALVO, M. C. M. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2135–2326, 2011.