

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado Profissionalizante em Saúde

Área de Concentração: saúde da família

FÁTIMA REGINA REISER DOS SANTOS

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO DOS
USUÁRIOS INTEGRANTES DE CONSELHOS LOCAIS DE
SAÚDE**

ITAJAÍ (SC)

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FÁTIMA REGINA REISER DOS SANTOS

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO DOS
USUÁRIOS INTEGRANTES DE CONSELHOS LOCAIS DE
SAÚDE**

**Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde – Área
de Concentração: Saúde da Família, sob a
orientação da Dra. Águeda Lenita Pereira
Wendhausen.**

ITAJAÍ (SC)

2005

DEDICATÓRIA

André, David e Paulo, meu marido e meus filhos:

A vocês que acreditaram e buscaram comigo este sonho, dedico este trabalho.

Júlio e Carminha, meus pais:

A vocês que me ensinaram a buscar meus sonhos e a não desistir sem alcançá-los, que sempre se fizeram presentes me dando a tranquilidade de ter com quem contar, também dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Neste momento é que refletimos sobre todas as contribuições recebidas durante esta caminhada e agradecemos as pessoas que contribuíram para que ela fosse realizada. Hoje quero parar e agradecer, a quem fez, faz e fará sempre parte de minha história:

A minha orientadora, Professora, Dr^a Águeda, pela sua dedicação, paciência e orientações que nortearam esta dissertação.

Aos meus professores e colegas de mestrado pelo que compartilhamos nestes dois anos juntos.

Aos sujeitos desta pesquisa pelo tempo que dispuseram para os encontros e pelas contribuições e dedicação a este trabalho.

Aos meus colegas de trabalho pela paciência e incentivo durante este período em que me fiz ausente.

Aos Agentes de Saúde pela colaboração no momento da pesquisa de campo, pelo carinho com que organizavam a sala para que eu recebesse os participantes da pesquisa.

Ao meu marido e filhos pela paciência, compreensão e apoio que me dedicaram durante todo o meu trajeto para esta conquista e por terem dividido comigo as tarefas, me proporcionando mais tempo para o mestrado.

Aos meus pais que sempre me estimularam e incentivaram a persistir, mesmo sendo a caminhada difícil.

Aos meus sogros pelo carinho e admiração com que ouviram meus desabafos.

Aos meus amigos, em especial Hellen, Fabiana e Fernando, pelas contribuições, orientações e apoio.

RESUMO

A implantação e construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e de estratégias como a da Saúde da Família, garantiu e tem favorecido práticas participativas em saúde. Porém, algumas comunidades apresentam um envolvimento bastante limitado com a equipe e entre seus próprios membros, desconhecem as ações de saúde e as limitações da equipe, o que desmotiva para a participação em saúde. Assim, empreendi estudo sobre a questão da participação do ponto de vista do usuário; não só para compreender as práticas existentes, como também para discuti-la e propor alternativas para torná-la efetiva. Para tanto, utilizei o referencial metodológico da pesquisa participante, seguindo alguns de seus princípios. Os sujeitos do estudo foram dez conselheiros de dois conselhos locais de saúde de um município do sul do Brasil. A coleta de dados se deu através do grupo focal, e para a intervenção junto ao grupo utilizamos a metodologia proposta por Bordenave e Pereira (2002), a educação problematizadora, desenvolvida em seis encontros. Para a análise dos dados utilizamos a Análise Temática de Minayo (2000), construindo-se as seguintes categorias do estudo: concepções de participação, práticas participativas, fatores facilitadores e limitadores. Encontrou-se uma grande variedade de concepções de participação. Destas destacou-se a subcategoria “Aprendizado”, em que a participação é entendida como um processo que favorece o aprendizado, através da troca de diferentes saberes, transformando os envolvidos. Das práticas participativas concebidas neste estudo, a mais citada foi a participação em “Conselhos de Saúde”, talvez por ser a mais vivenciada no momento pelos participantes. Como Fatores Facilitadores da participação destacou-se a subcategoria “Pessoalidade no Convite” o que favoreceu o desenvolvimento de estratégias para mobilizar a comunidade. Dos Fatores Limitadores o mais citado foi a “Falta de Compromisso” dos usuários, o que nos levou a identificar os pontos-chave para intervenção. Embora os avanços do SUS sejam inegáveis, ainda estamos longe de consolidá-lo, o que caracteriza a importância da continuidade deste trabalho para sua efetivação, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Palavras-chave: Participação Comunitária; Promoção da Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

The implantation and construction of the Unique Health System (SUS) and of strategies like Family Health guaranteed and have favored participating practices in health. However, some communities present a highly limited involvement with the staff and with its own members, who know neither health actions nor the limitations of the staff, a situation that lead to a lack of motivation in participating in health issues. Thus, a study was made on the question of participation from the standpoint of the user, not just to understand the existent practices but also to discuss them and to propose alternatives for making them more effective. As such, I utilized the referential methodology of participant research, following some its principles. The subjects of the study were ten counselors from two local health counsels from a city in southern Brazil. Data collection was made through the focus group. For the intervention made together with the group we used the methodology proposed by Bordenave and Pereira (2002), problematized education developed in 5 meetings. For the data analysis, we used the Thematic Analysis of Minayo (2000), building on it the following categories of study: conceptions of participation, participative practices and facilitating and limiting factors. A great variety of conceptions of participation were found. These can be highlighted under the sub-category “Learned”, knowing participation as a process that favors the learned, through the exchange of different knowledge, transforming the involved in this process. Of the participative processes known in this study, the most cited was participation in “Health Counsels”, perhaps because it the one most lived at the moment by participants. As Facilitating Factors of participation, we point out the sub-category of “Personal Touch in the Invitation”, which favored the development of strategies for mobilizing the community. Of the Limiting Factors, the most cited was the “Lack of Commitment” of users, which led us to identify key points intervention. Although the advances of the SUS are indisputable, we are still far from consolidating them, something that characterizes the importance of continuing this work because of its effectiveness, through the Strategy of Family Health (ESF).

Key Words: Community Participation; Health Promotion; Family Health.

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	4
1 A PROPOSTA DE PESQUISA	6
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA	12
3.2 A ESF COMO POSSIBILIDADE DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL	14
3.3 A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE E O SUS/ESF	18
3.4 LIMITES E POTENCIALIDADES DA PARTICIPAÇÃO	25
3.5 CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: UM DESAFIO PARA EFETIVAR A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE	27
4 MARCO CONCEITUAL	30
5 O CAMINHO METODOLÓGICO	37
5.1 O LOCAL E OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
5.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	39
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	45
6.1 DESENVOLVIMENTO DOS ENCONTROS COM O GRUPO	45
6.1.1 O PRIMEIRO CONTATO COM OS CONSELHEIROS	45
6.1.2 O GRUPO FOCAL.....	45
6.1.3 A ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO.....	50
6.1.3.1 OBSERVAÇÃO DA REALIDADE E DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE.....	50
6.1.3.2 TEORIZAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO.....	52
6.1.3.3 DESENVOLVIMENTO DAS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO	55
6.2 AS CATEGORIAS DO ESTUDO.....	62
6.2.1 PARTICIPAÇÃO: IDENTIFICAÇÃO DAS CONCEPÇÕES.....	62
6.2.2 AS PRÁTICAS PARTICIPATIVAS: INSTRUMENTALIZAÇÃO DA COMUNIDADE.....	68
6.2.3 OS FATORES QUE FACILITAM A PARTICIPAÇÃO	72
6.2.4 OS FATORES QUE LIMITAM A PARTICIPAÇÃO	79
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
8 REFERÊNCIAS	87
9 APÊNDICES.....	92

1 A PROPOSTA DE PESQUISA

Em minha vivência enquanto profissional de saúde, trabalhando há oito anos em equipe da Estratégia de Saúde da Família e há três anos como conselheira local de saúde, desenvolvi várias atividades envolvendo a comunidade e participei de seus eventos, na tentativa de diminuir as desigualdades e de compartilhar experiências. Durante este período observei formas diferentes de participação, que muitas vezes aconteciam de maneira desorganizada, visando interesses individuais, sem a percepção da importância desta prática.

Quando comecei a participar de reuniões da Associação de Moradores, no início da minha atividade profissional, percebi que me aproximava bem mais da realidade da comunidade e, muitas vezes, o que era óbvio só era percebido nestes momentos. Compreendi que para a comunidade estes ruídos na comunicação poderiam acontecer da mesma forma em relação aos serviços de saúde, de modo que juntos poderíamos minimizar as dificuldades encontradas por ambos os lados. Logo surgiu a oportunidade de criar o Conselho Local de Saúde, porém junto, a dificuldade em mantê-lo, pois parece que a comunidade não entende a participação organizada como algo importante para que os usuários possam assumir o controle de suas vidas e de sua saúde e quiçá diminuir os diversos tipos de iniquidades presentes no seu cotidiano.

Incitada por esta preocupação, escrevi um relato de experiência em que reflito sobre a participação no processo de implantação do Conselho de Saúde na comunidade onde atuo (REISER; WENDHAUSEN, 2003). Ali constatei a presença de fatores potencializadores e limitantes para a efetivação da participação, tanto para a equipe como para a comunidade. Quando a comunidade tomou conhecimento de alguns problemas encontrados na unidade de saúde, os quais interferiam na qualidade do atendimento, desenvolveu ações para saná-los em conjunto com a equipe. O processo se deu através da organização de um evento para arrecadar fundos pelas associações de moradores e da promoção de reuniões com gestores, com entrega de documentos, a partir do que as necessidades foram atendidas. Porém, algumas comunidades apresentam um envolvimento bastante limitado com a equipe de saúde e entre a própria comunidade, desconhecem as ações de saúde e as limitações da equipe, o que acaba contribuindo para a desmotivação ao longo do processo.

Parte daí meu interesse em estudar a questão da participação do ponto de vista do usuário. Faz-se importante não só compreendê-la, como também propor alternativas para torná-la efetiva.

Concordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) quando afirma que a participação comunitária é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, no processo de melhoria das condições de saúde, que são sujeitos deste processo e capazes de elaborar planos de ação, individuais e/ou coletivos, visando melhor qualidade de vida.

Isto se torna mais importante quando observamos o Brasil como um país com grandes desigualdades sociais decorrentes do modelo econômico excludente, sendo que nos últimos anos, poucas medidas efetivas têm sido implementadas para diminuir as iniquidades sociais.

O processo de implementação do SUS vem acumulando experiências positivas no território nacional em relação à descentralização político-administrativa da rede de serviços; à garantia de acesso universal ao sistema público, com efetiva ampliação de cobertura da assistência à saúde, tanto na rede básica como nos serviços especializados; e ao fortalecimento dos mecanismos de legitimação da participação popular através da criação de Conselhos Gestores nas diferentes esferas de administração dos serviços (CHIESA, 2002). Porém, existem inúmeras dificuldades na operacionalização da equidade e integralidade da assistência em saúde, principalmente pela falta de um modelo assistencial que contemple a incorporação dessa nova responsabilidade do setor saúde. A concretização destes princípios requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco da atenção não seja dirigido somente ao tratamento das doenças, mas contemple os determinantes das condições de saúde da população (CHIESA, 2002).

Ao longo do tempo, várias propostas de mudanças têm sido esboçadas, traduzidas nos projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais, dentre outras. Verificam-se avanços e retrocessos nessas iniciativas. Entretanto seus resultados tem sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promoverem as mudanças significativas no modelo assistencial brasileiro. Nessa perspectiva, surgem situações contraditórias para estados e municípios, relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e ao desenho de um novo modelo (DOMINGUES, 1998).

No processo de construção do SUS, estabeleceu-se em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como modelo de atenção para todo o país, a ser desenvolvido fundamentalmente pelos municípios.

De acordo com Franco; Merhy (1999, p. 1),

sua implantação tem o objetivo de realizar a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência - orientado para a cura de doenças e centrado no

hospital. No PSF a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foge da concepção usual dos programas assistenciais concebidos no Ministério da Saúde (MS), pois objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, na resolução dos problemas identificados juntamente com a comunidade da área adstrita, com vistas a mudanças no modelo assistencial vigente. Conforme afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o conceito de Saúde da Família prevê a participação de toda a comunidade – em parceria com a Equipe de Saúde da Família - na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho feito. Sem privilégio para ninguém, sem discriminação, sendo fundamental a atuação dos conselhos locais, igrejas e templos dos mais diferentes credos, associações, os vários tipos de organizações não governamentais (ONG's), clubes e entidades de todos os gêneros.

Concordo com os autores citados e percebo que é fundamental que a equipe de profissionais entenda a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia. É necessário, nesta atribuição, compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores (intersetorialidade) e a participação social. A conquista da saúde como direito legítimo de cidadania é o fundamento básico da Estratégia de Saúde da Família. Os profissionais das equipes, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, se observarem o cotidiano dessas pessoas com base nas teorias e conceitos do SUS.

Tendo em vista que a ESF é considerada uma estratégia para efetivação do SUS e que este tem como uma de suas diretrizes a Participação Popular, entendo que as equipes de saúde da família podem fomentar o empoderamento através das ações de saúde previstas no Programa, estimulando, portanto, o envolvimento da comunidade no planejamento e avaliação das ações de saúde. Daí a importância desta pesquisa ser realizada em uma localidade onde há uma equipe de saúde da família atuando e Conselho Local de Saúde.

Conforme reforça Mendes (1999) a participação social significa fundamentalmente uma forma de redistribuição dos poderes técnico-administrativos e políticos representando o exercício da capacidade organizativa concreta da população enquanto sociedade civil tendo em vista, o controle sobre atividades públicas.

Percebo que a partir do rompimento das barreiras que segregam o usuário do serviço

de saúde à condição de mero espectador, o cliente deixará de apenas acumular informações impostas, recuperando o poder de decisão sobre seu corpo, tornando-se responsável pela manutenção de sua saúde. Desta forma o usuário irá sentir-se motivado a buscar e questionar temas relativos à boa saúde incorporando estes conhecimentos em sua vida cotidiana.

O rompimento da barreira de mero espectador amplia o poder de intervenção da comunidade nos rumos da saúde, a empodera, faz com que passe a co-gerir, propondo alternativas viáveis aos problemas identificados, superando as desigualdades de poder entre os profissionais e usuários desenvolvendo uma parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades no lugar da relação hierárquica que tem o profissional de saúde como provedor dos serviços de saúde e o usuário como mero cliente, reorganizando as práticas assistenciais.

Assim a incorporação do “*empowerment*” demanda novas práticas em saúde fazendo com que os profissionais incorporem uma postura que assuma os usuários como sujeitos sociais, possuidores de direitos e deveres e não apenas como beneficiários dos serviços de saúde.

Para Fernandes; Monteiro (1997) as mudanças que vêm ocorrendo nas relações entre o Estado e a Sociedade Civil conferem uma importância cada vez maior às organizações comunitárias, em nível de representação política no campo da implementação e gestão dos serviços locais. Esta tendência, contudo, tem se manifestado de forma muito restrita no que se refere às questões de saúde.

A importância do trabalhador em saúde no processo de participação é fundamental, principalmente no momento em que a comunidade faz um autodiagnóstico, ou seja, quando ela levanta seus problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades. Isto porquê existem conhecimentos técnicos na área da saúde aos quais a comunidade não tem acesso e somente o técnico poderá compor.

Acredito que nenhuma categoria profissional pode deixar de assumir responsabilidades, sendo que aos profissionais de saúde cabe, além da responsabilidade técnica, a política e a social, visando à interação do trabalhador com a comunidade no sentido de fomentar e facilitar a participação comunitária. Neste contexto social uma postura profissional, não crítica, reforça as desigualdades existentes. Assim pode-se entender a participação popular, não como a mera presença das pessoas nas instituições, mas como viabilizadora de um processo de conhecimento crítico da realidade, que avalia a qualidade desta participação.

Muito tem se escrito sobre o Controle Social e Participação Comunitária ratificando sua necessidade e importância. Contudo dificilmente encontramos uma descrição de como os

usuários da ESF concebem e praticam a participação no serviço de saúde. Para desenvolver este estudo, utilizei-me de alguns princípios da pesquisa participante e da proposta educativa de Bordenave e Pereira (2002), para discutir a participação com representantes dos usuários da ESF, de dois conselhos locais de saúde, de um município do sul do Brasil. Acredito que este estudo contribuiu para compreender como se dá à participação na comunidade pesquisada, para incentivar novas práticas participativas e fortalecer as já existentes, tanto para as equipes de saúde como para a comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Implementar um processo de discussão sobre participação, com representantes dos usuários, membros de dois Conselhos Locais de Saúde, que pertencem a uma unidade de saúde da família, em um município do sul do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar as concepções de participação dos integrantes do Conselho, representantes dos usuários.
- Verificar quais são as práticas participativas referidas pelos usuários representantes da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde.
- Identificar os fatores facilitadores e limitadores da participação em saúde.
- Promover discussão sobre as concepções e práticas de participação, bem como sobre os fatores que a limitam ou potencializam, utilizando a metodologia problematizadora.

3 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura consolidará alguns conceitos necessários para que o leitor tenha ciência do referencial teórico utilizado pela autora para a compreensão da participação, bem como das características e da importância da participação em saúde, dos atores envolvidos neste processo e dos motivos que levam a comunidade a se envolver. Início com um breve relato histórico da saúde no Brasil, a fim de resgatar como se deu o surgimento do SUS e as práticas participativas que o permeiam.

3.1 A Reforma Sanitária e um novo rumo para a saúde no Brasil

O Movimento pela Reforma Sanitária inicia-se na década de 70 envolvendo um grupo de vanguarda, em decorrência da insatisfação da população e de profissionais com os problemas de ordem social que interferiam na saúde da população brasileira. O Movimento tinha como proposta a criação de um sistema único público de saúde. Surgiram então várias propostas de implantação de serviços, a partir dos princípios da hierarquização, descentralização e universalidade.

Neste cenário é criado em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com o objetivo de implantar unidades básicas de saúde, em cidades com até 20.000 habitantes (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001). Em 1980 realizou-se a 7ª Conferência Nacional de Saúde com a finalidade de implantar uma rede básica de saúde para alcançar a meta de Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000. Neste mesmo ano, no Brasil foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que nunca saiu do papel, seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1982, a partir do qual foi implementada, em 1983, a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), que propiciaram o surgimento das comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), o que talvez tenha dado origem aos atuais Conselhos de Saúde. As AIS foram a base para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que constituiu-se em importante estratégia para o processo de implantação do SUS.

Neste momento histórico de reconhecimento dos direitos e de reivindicações, travam-

se lutas democráticas, em decorrência do descontentamento da população. Este movimento teve início com profissionais da saúde, que com base em diversos estudos ligados à área de saúde, passaram a criticar o modelo vigente e propor alternativas para a sua reestruturação. À medida que o processo de abertura política se ampliava o movimento foi crescendo e a ele incorporaram-se lideranças políticas, sindicais e populares.

O Movimento de Reforma Sanitária deu importante contribuição para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, que levou ao reconhecimento da saúde como direito e obrigação do Estado, direito que foi regulamentado com as Leis 8.080 e 8.142.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e propôs a reestruturação do sistema de saúde a partir de três elementos principais: transferir a responsabilidade da assistência aos governos locais; consolidar o financiamento e a provisão dos serviços de saúde orientados para a equidade, a universalidade e a integralidade das ações e facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde. Em 1987 com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), suas diretrizes são asseguradas na nova Constituição Brasileira promulgada em 05/10/1988 (BRASIL) criando o SUS e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do estado” (art. 196), ampliando e politizando seu conceito.

Para regulamentar o texto que implantou o SUS e com a intenção de minimizar os fatores comprometedores da sua efetivação, em 19 de setembro de 1990, foi criada a Lei 8.080 dispendo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Em 28 de dezembro do mesmo ano é sancionada a Lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, assegurando os direitos que haviam sido vetados na Lei 8080 (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2000).

Apesar dos avanços obtidos a partir da Lei 8080, ainda existem fatores que comprometem a consolidação do SUS. No Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2001) são citados estes obstáculos sendo eles, as intervenções de cunho campanhista para atender demandas reprimidas; a desarticulação dos diversos níveis do sistema de saúde e a precariedade de acesso ao SUS, favorecendo o crescimento dos planos e seguros de saúde. Nesta Conferência foi criada uma agenda para efetivação do SUS. Ficou definido que a porta de entrada do Sistema se dá através de iniciativas como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias, garantindo a territorialização, a gestão

pública, a responsabilidade sanitária, equipe multiprofissional, dedicação integral e articulação com os demais níveis de atenção e exigindo que a lei seja cumprida em todos os níveis de gestão.

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS tem registrado a partir de sua formalização pela Constituição Federal de 1988, significantes avanços. Porém, o quadro atual requer, sem dúvida, o estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade das conquistas sociais, inspiradas pela Reforma Sanitária e pelas práticas do SUS, bem como a sua almejada efetividade (DOMINGUES, 1998).

Creio que embora os avanços SUS sejam inegáveis, ainda estamos longe de consolidá-lo, o que suscita a emergência em criar novas propostas para operar as transformações que ainda se fazem necessárias para sua efetivação.

É neste contexto que surge a Saúde da Família (ESF), que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), constitui-se de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência a saúde no Brasil, com o propósito de colaborar na organização do SUS, implementando seus princípios fundamentais de participação, equidade, descentralização, universalidade e integralidade.

3.2 A ESF como possibilidade de mudança do modelo assistencial

A ESF se constitui em uma estratégia de reforma do sistema de saúde tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de financiamento do sistema de saúde, nas práticas assistenciais e no processo mesmo de participação popular e descentralização. Segundo Viana; Dal Poz apud Santana e Carmagnani (1992), o papel da ESF no avanço das formas organizativas da população é evidente, pois incentiva a organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade, aumentando as possibilidades de participação e controle destas sobre as ações públicas.

Para Vasconcelos (1999) os anos 90 trouxeram para o setor saúde uma revalorização do tema família. A consolidação em Cuba, no final da década de 80, de ampla reformulação do modelo de atenção primária à saúde baseada no Médico da Família foi muito importante para quebrar resistências dos profissionais de saúde de esquerda às propostas voltadas para repensar o atendimento médico com base nas unidades de família e comunidade. Também para outros setores da sociedade brasileira, o êxito do sistema cubano foi importante para

difundir o modelo.

A participação da família, segundo Cianciarullo (2002), inicia-se desde o momento da definição da necessidade de buscar ajuda, onde e com quem, passando pelo suporte às condutas indicadas pelos profissionais da área da saúde, até a finalização do processo invertido e incorporação, validação ou não das ações indicadas para a manutenção ou melhoria das condições crônicas ou agudas dos usuários dos serviços de saúde.

A ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população. Na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e intervindo nestes fatores de forma apropriada e priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (SOUSA, 1999).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) na proposta da ESF a família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir de sua imbricação no ambiente social onde vive. É nesse espaço onde se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, que contribui, para a compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. Portanto, é preciso entender bem a idéia de Saúde da Família.

A ESF vem sendo implantada em todo o Brasil, acredita Domingues (1998), como importante estratégia para reordenação do modelo assistencial e pretende melhorar as condições de vida e de saúde da população, mediante atividades e ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, de forma integral e contínua. É desenvolvido de acordo com as características e problemas de cada localidade, para atender à saúde do indivíduo e da família dentro do contexto da comunidade, durante todo o processo de saúde-doença.

Entender a ESF como estratégia de mudança significa para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de atuação, e aumentam seus limites e possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades.

Para tanto, a consecução da Estratégia de Saúde da Família na reordenação da atenção básica, como re-orientadora do modelo de atenção à saúde requer um aprofundamento das parcerias entre os diversos níveis de gestão do sistema de saúde e demais setores da administração pública e privada.

Em pesquisa realizada por Trad *et al.* (2002) constata-se um elevado grau de satisfação de usuários do Programa de Saúde da Família nas áreas estudadas, havendo uma clara associação dessa satisfação com os seguintes itens: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença (situação de risco e proteção, cuidados básicos) e a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento.

Por ser uma estratégia, Domingues (1998) afirma que a ESF tem metas e ações para contribuir com a melhoria das condições de vida e, conseqüentemente, do nível de saúde da população, dentre elas a participação de toda a sociedade e dos demais setores da sociedade. No desenvolvimento desta estratégia a participação é de suma importância, para a identificação dos problemas, para o planejamento e controle das atividades dos serviços de saúde, tendo em conta que estes não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.

Acredito que a estratégia se baseia na modificação positiva do modo de vida da população a partir do controle de fatores meio-ambientais e sociais, da intervenção de profissionais capacitados e qualificados, da mudança do estilo e conduta de vida das pessoas, eliminação dos riscos e orientação de hábitos mais saudáveis, visando à promoção da saúde.

Entendendo a Promoção a Saúde como a concepção que dá apoio às práticas participativas, proporcionando ao indivíduo ou a comunidade condições de melhorar sua saúde e exercer controle sobre ela, faz-se importante retomar sua inserção no contexto de implantação do SUS.

Vale relembrar aqui que no mesmo ano em que aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil, em resposta à crescente demanda por uma nova concepção de Saúde Pública no mundo, acontecia também a 1ª Conferência Mundial de Saúde, em Ottawa, no Canadá, propondo estratégias que incluíssem cuidados ambientais, qualidade dos sistemas de suporte nos serviços de saúde, incentivos as iniciativas de prevenção e promoção e atitudes e práticas saudáveis, rompendo a clássica divisão que vem separando a saúde pública da clínica e o papel do Estado da responsabilidade dos indivíduos (MINAYO, 2002).

Minayo (2002) faz um paralelo entre estes dois momentos dizendo que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realçou mais as relações entre saúde e condições de vida do que com o meio ambiente, que foi o caso da 1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde. No tempo histórico, podem-se visualizar três modelos de propostas ampliadas de saúde, citados pela mesma autora, que nos faz perceber que a preocupação com a promoção a saúde ocorria a nível mundial e não apenas no Brasil.

A Carta de Ottawa (WHO,1986) sobre promoção a saúde garante que esta consiste em alcançar a equidade sanitária, com o objetivo de diminuir as iniquidades no atual estado de saúde, assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam a toda a população desenvolver ao máximo sua saúde potencial. Isto demanda meios que apóiem o acesso à informação e aptidões e oportunidades que levem as pessoas a alcançarem sua plena saúde potencial, e que sejam capazes de assumir o controle de tudo o que determine seu estado de saúde.

Segundo a OPAS/OMS (2003) no Relatório do Brasil no que diz respeito aos compromissos da Declaração do México, o tema Promoção da Saúde tem se tornado cada vez mais presente na prática dos profissionais de saúde, por destacar-se como componente na organização de novos modelos de assistência à saúde. Complementada na Declaração de Jacarta em 2002, a promoção da saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde, constituindo-se em processo que permite às pessoas ter maior controle sobre sua saúde.

Se quisermos que a promoção seja efetiva, alguns parâmetros são necessários para que haja sucesso: haver decisão política do governo, de forma interinstitucional, do poder legislativo, do judiciário e principalmente da sociedade; ter objetivos definidos; escolher metas que atinjam as raízes dos problemas; selecionar prioridades; identificar lideranças na própria comunidade para apontarem caminhos; organizar um sistema de capacitação e acompanhamento dessas lideranças; ter um sistema de informação moderno, ágil, preciso, inteligível aos usuários; maximizar a resolutividade; organizar a referência e contra referência; fortalecer o controle social das políticas públicas; ser barato, disseminável e aceito culturalmente (NEUMANN, 2003).

Acredito que a modificação desse perfil, não depende somente de meios diagnósticos e terapêuticos sofisticados, mas de estratégias e ações que possibilitem promover a saúde da população para que, motivada, busque formas mais saudáveis de vida, definindo estratégias e ações para combater os condicionantes da doença e buscando melhorar os condicionantes da saúde.

Creio que atuando em contato direto com o indivíduo e família, dentro de seu contexto, interagindo com seus costumes e cultura, poderemos levar os envolvidos no processo a uma maneira de agir e de pensar diferente, adaptada dentro do seu contexto e direcionando, a longo e médio prazo, para um novo modelo de assistência à saúde.

Considerando a participação o foco deste estudo, procuraremos mostrá-la no item seguinte, como elemento fundamental para a Promoção a Saúde e para a consolidação do

SUS/ESF.

3.3 A participação em saúde e o SUS/ESF

A origem das formas de envolvimento dos cidadãos no processo político, segundo Cortes (1996), vem se dando desde o final dos anos 60 a partir da desilusão com as instituições políticas e durante os anos 70, com o crescimento dos novos movimentos sociais e ainda pela crise econômica mundial. Neste contexto, os governos promoveram a criação de diferentes formas de participação: os conservadores implementaram políticas em torno das respostas dos serviços às demandas dos participantes (consumidores), já os social-democratas enfatizavam a necessidade de reforma através de estratégias não centradas no mercado.

Na década de 70, no Brasil, profissionais de saúde questionavam o modelo de atenção à saúde, centrado na assistência curativa, individual e hospitalar. Iniciando um processo de reformulação das políticas de saúde, denominado de Reforma Sanitária brasileira, propondo um sistema que garantisse a atenção integral, com equidade, universalidade das ações e com a participação popular na definição destas políticas de saúde, como explicitamos anteriormente. Os conflitos existentes, iniciados por interesses particulares em pequenos grupos acabam avançando e formando grupos maiores que lutam por interesses comuns na busca da consolidação de objetivos coletivos. Quanto maior for o número de indivíduos participando das decisões, mais efetiva será a democracia.

Na área da saúde desde a Conferência de Alma Ata (1977) houve uma contribuição significativa para consolidar as políticas de participação popular, descrita na Declaração dos Cuidados Primários de Saúde da UNICEF/OMS (MIDGLEY apud CORTES, 1996), assegurando “a saúde como direito do cidadão e dever do estado”.

Muito se tem falado de democracia em nosso país, porém o que a realidade nos mostra é um processo de exclusão social, onde uma grande parcela da população está excluída do acesso à educação de qualidade, trabalho digno, boas condições de moradia, entre outros, aumentando as desigualdades sociais. Há uma necessidade crescente de cidadãos mais críticos, dialógicos e conscientes, que desenvolvam uma consciência comunitária e sejam mais ativos, mais participativos e que vivam o coletivo.

Para BAQUERO (2001) em sociedades onde a cidadania está ausente, onde não há integração e as desigualdades aumentam e a exclusão social cresce, a democracia se esvazia

ou perde seu sentido. Havendo a necessidade de buscar outras formas de fortalecê-la, sobrepujando o tradicional. O reativamento do povo e uma cidadania ativa e participante são elementos essenciais da democracia. Sem isso a democracia fica estagnada e os cidadãos perdem a confiança nas instituições e nos políticos.

Acredito que esta desconfiança se dá pela forma negativa de gerir dos políticos e das instituições, privilegiando alguns em detrimento de outros, gerando um processo de exclusão, transparecendo uma estrutura não representativa dos interesses da população.

No Brasil a participação institucionalizada fica garantida, a partir de 1990, através da Lei nº 8.142, que institui conselhos de saúde e conferências nos níveis, municipal, estadual e federal. A maioria dos municípios brasileiros já criou seus conselhos municipais de saúde. Porém em minha prática de profissional de saúde observo que a participação não está incorporada no cotidiano de assistência, ou sequer a percepção de sua importância para o desenvolvimento e direcionamento das ações de saúde. Poderia dizer que muitos não conseguem identificar as formas de participação existentes ou as identificam, mas não sabem aproveitá-las como instrumento para a consolidação do SUS.

Assim, apesar dos grandes avanços do SUS ainda existem muitos desafios a enfrentar na sua operacionalização, principalmente nos aspectos relativos à participação em saúde. Mesmo garantida por lei, ainda há um distanciamento entre a teoria e a prática participativa, percebida atualmente em nossas práticas profissionais.

Como elo entre o mundo teórico e o mundo real, BAQUERO (2001), aponta o desenvolvimento do “capital social” como alternativa, pois este desenvolve a autoconfiança coletiva e a auto-estima, favorecendo recursos inerentes às relações sociais e possibilitando o alcance de objetivos que não seriam alcançados na sua ausência. Desta forma o capital social é definido como investimento e uso de recursos nas relações sociais com expectativa de retorno que serão usufruídos pelos próprios indivíduos.

Para favorecer o entendimento do tema, Milani (2002), desenvolveu uma síntese de definições e benefícios do capital social, envolvendo vários estudiosos, como mostra o quadro que segue:

Quadro 1 – Definição de alguns autores

AUTOR	DEFINIÇÃO	BENEFÍCIOS
Pierre Bourdieu	Conjunto de recursos reais ou potenciais resultantes do fato de pertencer a muito tempo e de modo	Individuais e para a classe social a que pertencem os indivíduos beneficiados.

AUTOR	DEFINIÇÃO	BENEFÍCIOS
	mais ou menos institucionalizado, a redes de relações de conhecimento e reconhecimento mútuos.	
James Coleman	O capital social é definido pela sua função. Não é uma única entidade (<i>entity</i>), mas uma variedade de entidades tendo duas características em comum: elas são uma forma de estrutura social e facilitam algumas ações dos indivíduos que se encontram dentro desta estrutura social.	Resultam da simpatia de uma pessoa ou grupo social e do sentido de obrigação com relação à outra Pessoa ou grupo.
Robert Putnam	Refere-se a aspectos da organização social, tais como redes, normas e confiança, que facilitam a coordenação e a cooperação para benefício mútuo.	Individuais e coletivos.
Mark Granovetter	As ações econômicas dos agentes estão inseridas em redes de relações sociais (<i>embeddedness</i>). As redes sociais são potencialmente criadoras de capital social, podendo contribuir na redução de comportamentos oportunistas e na promoção da confiança mútua entre os agentes econômicos.	O capital social seria um bem público e um bem privado, ao mesmo tempo.

Fonte: Milani, 2002.

Analisando o quadro, podemos observar que o capital social refere-se, então, à capacidade dos cidadãos se relacionarem, propiciando o acesso e a troca de informações, o que facilita a cooperação voluntária e o desenvolvimento da confiança interpessoal, levando ao bom desempenho institucional e político.

Baquero (2001) conclui que o capital social é gerado por redes de confiança, que proporcionam a previsibilidade, ausente atualmente, em decorrência do baixo estoque de racionalidade formal nos sistemas políticos.

Para tornar a democracia efetiva, é necessário resgatar o capital social que irá fortalecer a sociedade como um todo, elevando os níveis de confiança da população. Já que este afeta o desenvolvimento das comunidades através de quatro características definidas por Coleman (1994) apud MILANI (2002), sendo elas:

1. obrigações e expectativas: desenvolver a confiança através da cooperação;
2. potencial de informação: as informações advindas das relações sociais levam a uma conscientização a cooperação;
3. normas e sanções efetivas: é necessário criar normas fortalecendo que o interesse individual seja secundário ao coletivo, sob pena de enfrentar sanções comunitárias;
4. relações de autoridade: uma pessoa em posição de autoridade, tem capital social

disponível na forma de controle das atividades daqueles sob sua autoridade.

Portanto, as relações sociais favorecem a conscientização e a cooperação, o que desenvolve a confiança interpessoal, mas, para tal, é necessário criar normas para fortalecer o interesse coletivo através do controle das atividades dos envolvidos.

Acredito que para efetivar este fortalecimento da participação é necessário um melhor entendimento sobre ela. Para tal, acho necessário revermos alguns conceitos de participação. Início conceituando os tipos de participação, descritas por diferentes autores, com intuito de entendê-las e definir e poder analisar a exercida pelos sujeitos desta pesquisa.

Carvalho (1995), descreve participação social como um novo referencial de compreensão Estado-sociedade, onde esta deixa de ser referida apenas por grupos excluídos (oposicionistas), para ser pretendida por grupos de indivíduos e grupos sociais, com interesses e projetos diversificados integrando a cidadania e disputando com igualdade o espaço e atendimento pelo Estado. Associa-se à noção de controle social, que se apóia na necessidade de defender a sociedade dos excessos da máquina estatal.

Teixeira (2002) se refere à participação cidadã como um processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações. Continua, afirmando que esta se diferencia de “participação social e comunitária”, pois não objetiva a mera prestação de serviços à comunidade ou à sua organização isolada e não se trata de simples participação em grupos ou associações para defesa de interesses específicos ou expressão de identidades, estão presentes no processo objetivos mais amplos.

Conforme descreve Demo (1996) a participação se caracteriza como uma conquista e não pode ser entendida como algo estático, pois é um processo infundável e em constante mudança. Não pode ser entendida como dádiva, concessão ou fenômeno pré-existente, pois é fundamentalmente produto de conquista, não é fenômeno secundário da política social, mas um de seus eixos fundamentais e pressupõe envolvimento e presença.

Valla (1999) entende que a participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social.

Entendo que o conceito de participação, como colocado pelos vários autores, relaciona-se estruturalmente com a idéia de cidadania, já que enfatiza a reivindicação política, a democratização e a socialização do saber.

A cidadania pressupõe o Estado de direito que parte da igualdade de todos perante a lei e do reconhecimento de que a pessoa humana e a sociedade são detentores de direitos e deveres (DEMO, 1996).

A questão da participação em saúde, conforme descreve Junge (2001), rompe com a habitual relação de paternalismo, ou seja, dependência que estas comunidades tem mantido com os órgãos públicos, fortalecendo assim sua identidade cultural e valores democráticos.

Embora a participação comunitária demande prévio investimento em recursos humanos, financeiros e estruturais, ela é essencial para que a sociedade tenha o retorno esperado da administração pública, além de mostrar à comunidade as dificuldades pelas quais esta administração passa. Assim, a própria comunidade consegue ajudar os administradores a enfrentar os problemas (DONIAK, 2002).

Para Demo (1996), participação é comum a todas as políticas sociais redistributivas, porque é o caminho fundamental de todas, tendo como objetivos, os seguintes:

1. Autopromoção: que caracteriza uma política social centrada nos próprios interessados, que passam a gerir ou a co-gerir a satisfação de suas necessidades, visando superar a carência de ajuda e as formas assistencialistas de política social.
2. Realização da cidadania: cidadania é a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos (direitos humanos) e deveres (cooperação e co-responsabilidade) reconhecidos, pressupondo que todos são iguais perante a lei. Os canais de participação criam condições para o exercício da cidadania. A cidadania fundamental é aquela que reconhece as injustiças, reconhece os direitos, desenvolve estratégia de reação e tenta mudar o rumo da história.
3. Implementação de regras democráticas de jogo: a participação é exercício democrático, onde aprendemos a eleger, deseleger, exigir prestação de contas, a desburocratizar. Boa parte da população não tem noção disso e acaba sendo manipulada. Para que a comunidade tenha voz e vez é preciso estar organizada. Implementar regras democráticas dá trabalho, pois todos querem opinar, decidir junto e torna-se difícil gerir as discussões, pois onde nunca se discutiu problemas em comum é natural a desordem. Devemos, porém, ter cuidado para mantê-la durante esse processo, evitando que os processos participativos se transformem em sessões repetitivas, pouco produtivas levando a desmotivação.
4. Controle do poder: trata-se do controle feito pela base, este sim é o fenômeno básico da democracia, aceito como necessário e adequado, eliminando as possibilidades de contestação. Quando a sociedade é organizada e consciente de sua cidadania o poder

sente-se comprometido com ela, decorrendo daí a obrigação de prestar contas, cultivo da moralidade financeira, abertura dos canais de acesso, entre outros.

5. Controle da burocracia: na sociedade organizada e participativa não há tolerância a certos vícios burocráticos, pois ela é capaz de reivindicar, de pressionar e de mudar as coisas. Burocracia que se preza não funciona, pois se faz por pressão e não por vocação. Ainda ressalta que a qualidade da burocracia está na pressão organizada dos interessados, pressão esta que proporcionará a superação das situações degradantes impostas pelos burocratas.
6. Negociação: significa tratar as divergências de igual para igual, permitindo a convivência e a realização dos interesses específicos. É preciso aprender a ceder ou até mesmo a perder, admitindo os outros como parceiros, respeitando as regras comuns do jogo. Ela é, sobretudo uma necessidade social de convivência e de realização dos interesses. Negociar significa convencer, chegar ao objetivo, consolidar regras democráticas, aceitar o outro como parceiro, fazer valer seus direitos, conhecer técnicas de persuasão e rever pactos sociais e até esmo propor novos pactos. A negociação é importante por favorecer o compromisso mútuo.
7. Cultura democrática: trata-se de uma cultura, ou melhor, uma situação construída e institucionalizada como regra de vida, como valor comum, como modo de ser. Dentro deste ambiente não se toleram níveis excessivos de desigualdade, como: diferenças excessivas de tetos salariais, famílias em pobreza extrema, menores carentes ou abandonados, mendicância, condições indignas de moradia, entre outros. Tais necessidades são entendidas como direitos indiscutíveis, forçando o mercado a atendê-las, pois o importante não é somente crescer, mas crescer para melhorar o bem estar comum.

Em termos gerais, percebo que existe ainda um nível bastante baixo de participação da comunidade na discussão das políticas públicas, contribuindo para uma representatividade pouco significativa. Porém, muitas vezes, em outras atividades comunitárias que não definidas como políticas, supera expectativas, como por exemplo, jogos, comemorações, escolas de samba, grupos religiosos e movimentos solidários.

Torna-se necessário mudar os valores e atitudes da população e desenvolver padrões mais participativos. Para Baquero (2001) o Capital Social pode possibilitar este desenvolvimento e não deve ser confundido com a idéia de pacto entre Estado e sociedade, pois vai, além disso, devido ao fato de operacionalizar mecanismos que potencializam

estratégias para agir como fontes socializadoras de cidadãos mais críticos.

Paim (1991) tem destacado que, para satisfazer as necessidades de saúde da população é imprescindível à participação organizada dos grupos sociais, assim como o reconhecimento e o estímulo das potencialidades da comunidade, os quais tem contribuído para qualificação e redefinição das relações sociais.

A participação organizada contribui para estimular os conflitos, e estes, por sua vez, são resolvidos a partir do reconhecimento de direitos, das negociações e da colaboração entre as pessoas envolvidas, tornando-se um exercício de cidadania. No entanto, na prática, é visível que existem fragilidades que comprometem a participação em saúde, daí a necessidade de buscarmos meios que orientem sua organização.

Fernandes; Monteiro (1997) apontam que as fragilidades do potencial participativo de uma comunidade são decorrentes da falta de estrutura, da pouca participação, da fraca densidade representativa, entre outras.

Desta forma acredito que alguns princípios devem ser seguidos para minimizar as fragilidades e melhor compreender sua operacionalização, fortalecendo a participação comunitária na definição das prioridades em saúde para resolução dos problemas.

O conceito de “*empowerment*”, entendido como ampliação de poder ou fortalecimento e de participação comunitária, incorporado pela Promoção a Saúde, na Carta de Ottawa (1986), originou-se da psicologia social e tem sido considerado como um processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal.

O “*empowerment* comunitário” suscita a elaboração de estratégias que promovam a participação visando o aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida. Como resultado observa-se o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas (CARVALHO, 2004).

Um sentido mais abrangente do conceito de empoderamento na prática das ações em saúde, conjectura que os indivíduos melhoram o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, modificando a realidade. Isto envolve a prevenção dos agravos à saúde e a promoção à saúde, como meta a ser atingida através destas mudanças que propiciam a melhoria na qualidade de vida dos envolvidos. Neste processo o indivíduo ou o coletivo usa seu poder, faz escolhas e toma decisões, relacionadas ao seu modo de vida, ao seu trabalho e a sua saúde, assumindo o controle de sua vida, exercendo seu direito de cidadão.

3.4 Limites e potencialidades da participação

Minha experiência enquanto componente da equipe de saúde da família levou-me a perceber a importância da construção coletiva baseada nas relações cotidianas entre a comunidade e os serviços de saúde e o papel estratégico do profissional para fomentar estas ações. Ao refletir sobre minhas práticas participativas e dos que me rodeiam no trabalho que exerço na ESF, procurei identificar os diversos fatores limitantes e potencializadores.

Doniak (2002), em pesquisa realizada com a comunidade de Rancho Queimado, em Santa Catarina, sobre os fatores que podem dificultar a participação no desenvolvimento econômico, ambiental, social e cultural, mostra os quatro principais fatores que podem influenciar diretamente no processo de participação, sendo eles: o sistema de governança (individualismo, autoritarismo, política partidária); o conhecimento da realidade (planejamento, identificação dos problemas, envolvimento comunitário); a identificação das vantagens da participação (incentivo, operacionalidade dos conselhos, visão compartilhada) e a organização da comunidade (despreparo da comunidade, hierarquia do processo, descrédito, ineficiência).

Para Hernandez apud Dias (1998) os problemas e debilidades quanto à participação da comunidade são os seguintes: a) provisionalidade: a comunidade espera mudar-se tão logo alcance melhores condições de vida, o que afeta suas raízes e diminui o compromisso com o desenvolvimento da mesma; b) a perda de sua memória histórica: perde-se a história na pobreza das relações e na medida em que a identidade não se constrói ou não se transmite a novas gerações; c) perda de relação entre o público e o privado: o público não me diz respeito; d) paternalismo: altamente enraizado, gerando dependência, resistência a mudanças, além da visão fatalista de que “minha vida está nas mãos de outros”; e) a subestimação das próprias capacidades: reforçada por inúmeros fracassos e pela visão imediatista e de negatividade que dificulta a prática de prevenção; f) a desestrutura social: reforçada pela violência e por frustrações.

Para Demo (1996) existem alguns instrumentos de participação que são característicos e decisivos para potencialização da participação, sendo eles:

1. Organização da sociedade civil: que é a capacidade histórica da sociedade assumir formas conscientes e políticas de organização e de conseguir expressar suas necessidades de forma organizada através de vários níveis de organização (sindical, partidária).

2. Planejamento participativo: o planejamento como instrumento de participação, com a finalidade de favorecer os processos participativos, colaborando com sua motivação. Sendo um modo de intervenção alternativa, com três componentes básicos: o processo de formação da consciência crítica e autocrítica na comunidade, a formulação de uma estratégia de enfrentamento dos problemas e a capacidade de se organizar aliada ao desafio de fazer acontecer.
3. Educação como formação à cidadania: a educação é instrumento de participação política, destacando as funções de aprendizagem e socialização. Sendo para o autor a função de ordem política a incubadora da cidadania. Pois a educação é a condição necessária para desabrochar a cidadania, visando a formação do sujeito num contexto de direitos e deveres. Visando a formação e não o adestramento, a participação, a autopromoção, o sujeito social e não objeto, a democracia, a noção de liberdade, igualdade e comunidade, acesso à informação e ao saber e o acesso às habilidades que potencializam a criatividade. A formação da cidadania é um processo lento e profundo. Construir cidadania supõe forte compromisso com ela.
4. Cultura como processo de identificação comunitária: cultura refere-se ao nível da criação de símbolos e valores, que caracterizam o modo de ser de uma comunidade, de uma era ou de uma história. É produto tipicamente humano e social, ativando o desenvolvimento da sociedade relacionado ao seu desenvolvimento e relacionamento com o ambiente. Considerando o desenvolvimento comunitário essencial para a política social, a identificação social seria a motivação imediata à participação, quando a comunidade reconhece como seu o projeto que reveste-se com os traços culturais do grupo, mesmo que tenha sido desenvolvido fora.
5. Processo de conquista de direitos: é importante estabelecer, na comunidade, um processo de conquista de direitos, pois direito é devido e só é efetivado se conquistado, independente de sua dimensão histórica (direitos de sobrevivência material, de necessidade, de organização política, de ordem cultural, difusos, de minorias e assemelhados). Lembrando que a cada direito corresponde um dever.

É cabível colocarem-se algumas questões que emanam do grande desafio da participação na formação dos legítimos sujeitos do desenvolvimento e de sua função insubstituível. Isso, como diz Demo (1996), é de ordem política, requerendo componentes importantes a serem assumidos por suas lideranças, tais como: a noção de formação; de participação, de autopromoção e de autodefinição; de sujeito social, não de objeto de direitos

e deveres (principalmente direito à satisfação de necessidades básicas e direitos humanos); de democracia; de liberdade, igualdade e comunidade; de acesso à informação e ao saber e de acesso a habilidades capazes de potencializar a criatividade do trabalho, visto aqui como componente cultural.

O envolvimento e a integração com a comunidade rompem uma barreira que há muito tempo existe entre usuários e serviços de saúde. Para que isto se concretize é de suma importância que o profissional se comprometa, se envolva no processo, desperte a confiança da comunidade, transformando-a em sua aliada na busca de soluções para os problemas de saúde e estimulando-a a se tornar autônoma. A partir do momento em que este envolvimento e esta integração à comunidade, acontecem, rompe-se uma barreira que impede a interação, abrindo-se um caminho para a troca mútua, contínua e integral. O exposto ainda nos leva a refletir que é possível lidar com os fatores que limitam e potencializam estas práticas. Para tanto, acreditamos que é fundamental que o profissional seja crítico, que perceba o contexto em que está inserido, que seja receptivo às mudanças e esteja envolvido (realmente). Este novo relacionamento com a comunidade, em que as forças sociais são bem vindas e requisitadas, para Wendhausen; Saupe (2003) é o que dá a possibilidade das metas da saúde envolverem toda a comunidade.

Através de um trabalho realizado em uma comunidade no Rio de Janeiro, referente as suas concepções sobre cidadania, participação popular em saúde, Bosi (1998) constatou que, na ausência de canais de participação efetiva, torna-se muito mais difícil reivindicar e desta forma estas são substituídas por outras formas de expressar sua insatisfação entre elas o abandono aos serviços e o distanciamento do grupo de sua condição de cidadãos.

Acreditando nos resultados do referido trabalho e sabendo da importância do conhecimento e uso dos canais de participação pelos usuários e profissionais de saúde, para satisfazer as necessidades de saúde da população, ressalto aqui os Conselhos Locais de Saúde, objeto de minha pesquisa e sobre o qual faço a seguir uma pequena contextualização.

3.5 Conselhos locais de saúde: um desafio para efetivar a participação em saúde

Os Conselhos e as Conferências de Saúde foram criados para que representantes da população possam discutir os problemas de saúde e decidir o que deve ser feito para solucioná-los. Esta conquista democrática, conforme explica o Ministério da Saúde (BRASIL,

2001), tem o objetivo de assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e saúde, e com acesso universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo.

Atualmente no Brasil, segundo Carvalho (1995), contamos com o Conselho Nacional de Saúde, vinte e sete Conselhos Estaduais e diversos Conselhos Municipais de Saúde (4.973, previstos para cadastramento), os quais se disseminaram pelo país a partir das disposições da Constituição de 1988. Com relação às atribuições, o Conselho Nacional de Saúde discute e toma decisões sobre os problemas de saúde de real importância para todo o país; os Conselhos Estaduais sobre os problemas de saúde relevantes para a população de seus respectivos estados; e os Conselhos Municipais sobre os problemas pertinentes a sua área de atuação. Todos se reúnem pelo menos uma vez por mês para debaterem e proporem diretrizes para operacionalização da política de saúde e para acompanharem as ações de saúde realizadas.

A composição tem sua regulação estabelecida pela lei 8.142/90 prevendo que 50% dos membros dos Conselhos é constituído por representantes da comunidade, 25% dos trabalhadores da saúde e 25% dos prestadores de serviços de saúde (público e privado), todos preocupados com os problemas de saúde, porém defendendo interesses distintos (prestadores de serviços), sendo que um conselho não deverá ter menos de 10 nem mais do que 20 componentes.

A paridade, prevista em lei, garante uma presença significativa dos usuários, constituindo presença majoritária quando somados aos profissionais de saúde na busca de objetivos comuns na efetivação do SUS.

Os Conselhos Locais de Saúde são instituídos por lei em cada município, no caso específico da cidade onde foi desenvolvida esta pesquisa, foram instituídos por lei complementar em dezembro de 2000, são formados por 40% de profissionais de saúde e 60% de usuários da área de abrangência da Unidade de Saúde, conforme deliberado na Conferência Municipal, possuem mandato de 2 anos, coincidindo com os mandatos dos Conselhos Regionais e do Conselho Municipal de Saúde.

Para Wendhausen (2002) A participação nos Conselhos de Saúde é pertinente se considerada uma instância onde se exerce o poder, se faz opções e discussões sobre o uso dos recursos da saúde. Creio que a participação de representantes da comunidade nos Conselhos, de acordo com o descrito anteriormente, permite que a população intervenha nas decisões, que compartilhe do poder, evitando a imposição de critérios, a desvalorização da comunidade, a centralização excessiva e o paternalismo.

Desta forma estaremos estimulando uma política saudável e a organização da população, pois também depende de nós, profissionais de saúde, este estímulo, o entendimento e a decisão de participar.

Portanto, a constituição dos Conselhos Locais de Saúde para Fracoli; Bertolozzi (2001), é um espaço importante para o encontro entre profissional/comunidade e deve ser uma oportunidade para que ambos discutam a lógica da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, para que sejam multiplicadores dessa lógica na comunidade e se insiram mais conscientemente na busca de soluções mais efetivas para nossos problemas de saúde.

Além de se constituírem em espaços de deliberação e planejamento, devem ainda se constituir em espaços pedagógicos, onde a população e os trabalhadores da saúde se formem como sujeitos sociais da saúde, exercendo sua cidadania, fazendo valer a democracia, construída através do processo de empoderamento sobre o qual, iremos discorrer a seguir.

4 MARCO CONCEITUAL

Para a construção desta pesquisa-intervenção construímos um marco conceitual que serviu de guia norteador para a abordagem aos participantes e auxiliou na discussão e análise dos dados. Após a figura a seguir, que representa o marco conceitual proposto, discorreremos sobre nossa proposta conceitual.

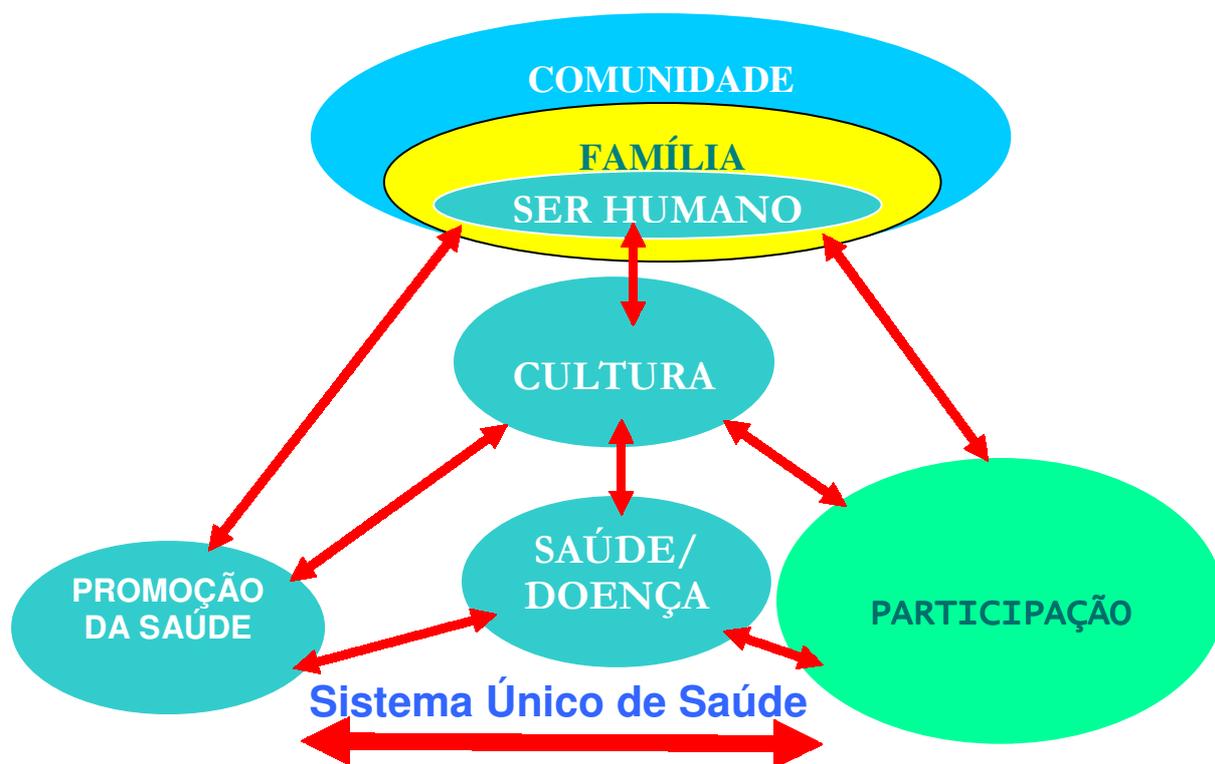


Fig. 1 – Mapa Conceitual
Fonte: Dados da pesquisadora

O sujeito desta pesquisa é o **ser humano** conselheiro, que é um representante da comunidade no Conselho Local de Saúde. Briceño-Leon (1996), com a intenção de dar maior ênfase ao ser humano, formulou dois postulados básicos para guiarem as ações de saúde e vencer a resistência das pessoas que seria: “*conhecer o ser humano*”, ou seja, conhecer o indivíduo dentro do contexto em que está inserido, pois só assim garantimos ações eficientes e permanentes em saúde e “*contar com o ser humano*”, ou seja, o ser humano tem a liberdade e a capacidade individual de decidir sobre seu destino, saúde e risco de doença. Envolve aceitar o risco da liberdade do outro, único fundamento para a construção de uma sociedade

democrática.

Através desta liberdade se tornam capazes, interdependentes e para Torrealba (SD) o ser humano é mais que um conjunto de necessidades materiais, cada qual com exigências de felicidade, justiça e liberdade que definem seu “*rostro último*”, tendo todos o desejo e a aspiração que estas se cumpram, pois buscamos consciente ou inconscientemente desenvolver estas exigências.

Nestas relações este ser humano constitui uma **família** que a partir do conceito do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família (GAPEFam) é uma unidade constituída por pessoas que se percebem como família, convivendo num mesmo espaço/tempo como estrutura e organização, visando objetivos comuns na construção de uma história de vida. Seus membros estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Mantendo uma identidade própria e direito de possuírem e transmitirem crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível socioeconômico. Tendo direitos e responsabilidades e é interagindo com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação, que promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros (PENNA, 1992).

Conseqüentemente esta família está inserida em uma **comunidade**, que Demo (1996) entende como um grupo social espacialmente localizado, de dimensão populacional restrita, relativamente homogêneo e organizado, e politicamente consciente, concebendo uma **cultura**, decorrente de suas vivências. Cultura é definida por Demo (1996) como um produto tipicamente humano e social, no sentido da ativação das potencialidades e da criatividade de cada sociedade, com relação ao desenvolvimento de si mesma e ao relacionamento com o ambiente. É a marca do homem sobre a terra, principalmente na região simbólica, como capacidade de se criar e desdobrar em suas potencialidades próprias e como capacidade de interagir com circunstâncias externas dadas, daí sua característica política, entendida como a capacidade de fazer a história. É em decorrência desta cultura, que esta comunidade, entende e concebe o **processo saúde doença**.

Para Fracolli; Bertolozzi (2001) a concepção deste processo está diretamente atrelada à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades, dando suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade, ou seja, a prática cotidiana de assistência junto aos indivíduos é orientada pela visão que se tem de saúde, doença, vida e trabalho. Trazendo a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, os autores buscam relacionar a forma como a sociedade está organizada em relação às manifestações de saúde ou de doença,

ressaltando que este processo compõe momentos de um processo maior, que se refere à vida das pessoas, que está intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm ao acesso às necessidades para viver, seja a moradia, a alimentação, a educação, a saúde, o lazer, etc.

As discussões atuais têm apontado mundialmente a **Promoção da Saúde** como a concepção que pode dar conta desta visão de saúde como um processo determinado socialmente, pois consiste em proporcionar aos povos, de acordo com a Carta de Ottawa (1986), os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma e em alcançar a equidade sanitária. Sua ação tem o objetivo de reduzir as diferenças no atual estado da saúde e assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam a toda a população desenvolver ao máximo sua saúde potencial. Segundo Carvalho (2004) a Carta de Ottawa e o ideário Nova Promoção da Saúde, detalhado no memorando do escritório Europeu de Promoção à Saúde em 1984, introduziu novas idéias, linguagens e conceitos sobre o que é saúde e determinou novos caminhos para a produção da saúde.

Dentre as estratégias de promoção da saúde, encontra-se a **participação em saúde**, pois, é necessária na construção do Sistema de Saúde com sua efetivação garantida por lei, ampliando o poder de intervenção da população nas decisões políticas. Através do empoderamento, pode-se provocar e até modificar modos de vida, contribuindo para a obtenção da equidade em saúde. Para Kleba (2000) o **Sistema Único de Saúde (SUS)** é democrático porque tem mecanismos de assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema de saúde (governos, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços, as comunidades e a população). Os instrumentos institucionais para exercer esse controle social são os conselhos e as conferências de saúde.

Após ter apresentado definições de alguns autores sobre participação na revisão de literatura, nos identificamos com a de Bordenave (1991) que a define como um instrumento e uma necessidade fundamental do ser humano. É também o caminho natural para que o homem exprima sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se e dominar a natureza e o mundo, ou seja, ela deve ser construída e conquistada a partir da “práxis”, num processo que mistura a prática, a técnica, a invenção e a teoria na luta pelos objetivos da população. Possui duas bases complementares: a afetiva, pelo prazer em fazer as coisas com outros e a instrumental, porque fazer as coisas com outros é mais eficaz e eficiente. O autor esclarece, ainda, que os serviços públicos tendem a melhorar em qualidade e oportunidade, quando a população participa da fiscalização dos mesmos e que o futuro ideal do homem só se dará em uma sociedade participativa.

Acreditamos que a população busca espaços de participação, onde possa ter acesso a informações que tenham significado para ela; onde possa dialogar, refletir e discutir sobre questões do seu interesse e onde possa, sobretudo, participar das tomadas de decisão.

Tentando aprofundar mais a questão da participação buscamos uma aproximação com Pedro Demo (1996), cuja obra “Participação é Conquista” utilizamos como uma das bases para nosso estudo.

Conforme Demo (1996) a participação se caracteriza como uma conquista e não pode ser entendida como algo estático, pois é um processo infundável e em constante mudança. Não pode ser entendida como dádiva, concessão ou fenômeno pré-existente, pois é fundamentalmente produto de conquista, não é fenômeno secundário da política social, mas um de seus eixos fundamentais e pressupõe envolvimento e presença.

A participação legítima é conquistada, pois participamos porque a buscamos e não por nos concederem a possibilidade para tal. Não é de nosso interesse a participação que é imposta, mas sim aquela que é construída por nós.

Finalmente com vistas à prática de discussão ensejada para este estudo, utilizarei a proposta de Briceño-León (1996) ao expor as teses de uma educação para a participação. O autor é sociólogo, diretor do Laboratório de Ciências Sociais da Universidade Central da Venezuela, Doutor em Ciências Sociais e Professor da universidade citada. Briceño-León (1996) elaborou sete teses sobre educação em saúde com a finalidade de fomentar a participação comunitária. Partindo das teorias da ação humana para poder explicar a ação ou não-ação das pessoas.

Ele descreve que nas doenças tropicais, dos três fatores de intervenção, conhecemos bem sobre o parasita e o vetor, porém muito pouco sobre o ser humano. Sendo que as ações de controle que são aplicadas estão centradas no parasita e no vetor e muito pouco tem sido feito em relação aos seres humanos.

As pessoas nas distintas zonas endêmicas demonstram se cansar frente às inspeções domiciliares, ao consumo de comprimidos, ao uso de inseticidas, à tomada de amostras de sangue, enfim a todo um pacote de ações as quais não são consultadas nem lhe explicam o todo. (BRICEÑO-LEÓN, 1996, p.1)

O autor formulou dois postulados básicos para guiarem as ações de saúde e vencer a resistência das pessoas:

1. Conhecer o ser humano: pois só conhecendo o ser humano e suas circunstâncias é que se alcança a eficiência nas ações de saúde. Isto implica em compreender suas crenças, seus hábitos e papéis e suas circunstâncias,

ou seja, conhecer o indivíduo dentro do contexto em que está inserido.

2. Contar com o ser humano: segundo Briceño-León (1996) “Ninguém pode cuidar da saúde de outro se este não quer fazê-lo por si mesmo”. Este princípio consiste: na liberdade e capacidade individual de decidir sobre seu destino, saúde e risco de doença. Considerando os conflitos surgidos a partir dos princípios éticos da proteção do outro, aceitável em casos de epidemias, na proteção da coletividade protegendo seus direitos. Fora este fato passa a impressão de que o outro é inferior e deve-se protegê-lo, isto faz com que as ações verticais fiquem frágeis, não durem, pois não há cooperação do indivíduo para tal, por criarem uma rejeição às mesmas. Conforme o próprio Briceño-León (1996, p.3), explica: “Contar com o ser humano envolve aceitar o risco da liberdade do outro, único fundamento para a construção de uma sociedade democrática”.

A partir destes postulados, Briceño-León (1996) propõe sete teses sobre a relação entre educação sanitária e participação em saúde, para facilitar a compreensão e questionamentos. As quais estão descritas a seguir:

Tese I: A educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária.

Há dois tipos de educação sanitária: a formal específica para orientação como as palestras, folders, filmes, slides... E a informal que desenvolve-se todos os dias, em todas as ações de saúde.

O referido autor enfatiza a importância de levar em conta a dimensão educativa não-intencional das ações executadas pelos programas de saúde, ou seja, considerar os resultados, que muitas vezes são indesejados e não são levados em consideração. Portanto deve-se estudar os efeitos das ações e para isso é evidente que se estude as formas de aplicação das ações de saúde e prepare-se toda a equipe envolvida nestas ações.

Tese II: A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.

O indivíduo tem muitos conhecimentos, crenças, opiniões que norteiam seu comportamento e tem uma visão geral do mundo, própria de cada ser humano. Devemos conhecer estes conhecimentos que o acompanham, para poder trabalhar sobre eles e

transformar estes hábitos, crenças e saberes. O objetivo, então não é preencher o vazio, mas sim transformar o cheio, através da identificação de seu conhecimento, da sua realidade, desenvolvendo um trabalho educativo com respeito e solidariedade.

Tese III: Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.

Parte-se do princípio de que todos sabem algo sobre o mundo, alguns mais sobre uns assuntos e sobre outros menos, Briceño-León (1996) exemplifica: “um camponês sabe muitas coisas sobre a terra, as sementes ou as chuvas; o morador urbano tem saberes sobre construções, mecânica ou maneiras de organizar-se...” O que implica que o processo educacional deve ser bidirecional, ou seja, as duas partes geram um compromisso de transformação destes saberes.

Tese IV: A educação deve ser dialogada e participativa.

Quando o processo é dialogado e participativo há o compromisso das duas partes se escutarem e transformarem-se. Deve haver envolvimento de todos desde o planejamento das ações, atuando por igual, mesmo com papéis diferentes com o compromisso de dialogar e confrontar os saberes, sem dominação ou submissão.

Tese V: A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas.

A confiança é um fator fundamental no sucesso de uma ação, pois quando se acredita no alcance do objetivo o esforço para tal é bem maior. Portanto as ações devem ser planejadas estimulando a efetiva participação e a autoconfiança dos indivíduos e ainda acreditar que cada um pode e deve fazer algo para promover sua saúde.

Tese VI: A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço – recompensa (resultado ou realização).

A educação necessita representar um ganho para as pessoas.

As ações educativas devem estar acompanhadas de realizações obtidas através de esforços, desta forma o indivíduo aprende que pode fazer algo por sua saúde e que sua ação pode trazer-lhe satisfação e saúde.

Tese VII: A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

O envolvimento comunitário deve fomentar o interesse e o compromisso do indivíduo

com as metas de bem-estar e de saúde coletivas.

Neste caso a ação educativa pode ter duas finalidades: dar ênfase ao indivíduo, em sua responsabilidade individual e desenvolver mecanismo de cooperação e de solidariedade que tornem possível à ação coletiva.

5 O CAMINHO METODOLÓGICO

Esta dissertação está vinculada a um projeto integrado intitulado: “Avaliando a Participação Social na Região da AMFRI/SC”, cujo parecer de aprovação da Comissão de Ética é o de número 025/2004. O Projeto envolve vários estudos. Dentre eles, quatro estão voltados à temática das concepções e práticas de participação em saúde na ESF. Neste estudo procuramos discutir as concepções e práticas de participação junto aos conselheiros de saúde que representam os usuários, em uma localidade de um município do sul do Brasil.

A escolha do tema “participação” e o fato de desejarmos intervir na realidade levaram-nos a optar pela aproximação ao referencial metodológico da pesquisa participante.

Segundo Demo (1995) este método instiga dois desafios de extrema exigência: pesquisar e participar, tornando o processo complexo e exigindo para sua efetivação a realização perceptível do fenômeno participativo; produção de conhecimento a partir da prática; equilíbrio entre forma e conteúdo; decisão política do pesquisador de correr o risco da identificação ideológica com a comunidade; e competência formal acadêmica ao lado da experiência em desenvolvimento comunitário (teoria e prática). Esta estratégia preocupa-se com um tratamento mais honesto da população, com a devolução das informações colhidas e a coerência entre teoria e prática, trazendo como colaboração eminente à construção cuidadosa, inteligente, perspicaz e efetiva da contra-ideologia (ciência a serviço da emancipação social), o que torna fundamental insistir na condição discutível de qualquer ideologia, sendo vital, por amor à prática, voltar sempre a teoria.

5.1 O local e os participantes do estudo

As informações a seguir foram obtidas no Plano Municipal de Saúde do Município em questão, em um trabalho de apresentação da ESF, da Secretaria de Saúde do mesmo município, no VI Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizado em Cuba, no ano de 1998, todavia estas fontes não serão citadas nas referências bibliográficas para manter o sigilo sobre o local da pesquisa.

Este município tem uma população de 281.993 habitantes e foi colonizado por alemães, seguidos de italianos e poloneses, com predomínio da cultura alemã.

Sua economia está centrada na indústria têxtil e do vestuário. É uma cidade operária e de fluxo migratório intenso, resultando na ocupação desordenada das encostas dos morros e vales sujeitos a enchentes. O nível sócio-econômico de 79,7% da população está situado acima do nível da pobreza.

O processo de construção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), da cidade em questão, iniciou-se em meados de 1994, com convênio entre a prefeitura deste município e o Ministério da Saúde. Em julho de 1995 iniciou com a implantação de duas equipes (piloto) no município, sendo que em 1996 este número foi ampliado para 21, em outubro de 2001 o número chegou a 25 equipes e atualmente conta com 33 equipes atuando. Estas acompanham 34.128 famílias, totalizando 125.298 pessoas, totalizando 44,43% da população, com a intenção da gestão atual, de ampliar esta assistência pelas equipes da ESF, até atingir 70% da população, nos próximos quatro anos.

A pesquisa foi desenvolvida em uma localidade, na qual estão inseridas duas Unidades de Saúde da Família, com seus Conselhos Locais de Saúde. Para este estudo, a princípio, achamos interessante trabalhar com conselheiros de saúde representantes dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família, porém durante o período em que estávamos convidando os sujeitos para o primeiro encontro, dos dez convidados apenas cinco confirmaram presença, daí percebermos a necessidade e importância de estender esse convite a conselheiros de outra equipe, em uma comunidade próxima. Ao final acabamos desenvolvendo o estudo com dez conselheiros, representantes dos usuários dos dois Conselhos Locais.

As Unidades de Saúde referidas anteriormente possuem equipes atuando em Saúde da Família, compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais; diferem apenas no número de agentes comunitários de saúde, sendo que uma possui seis e a outra cinco, desses trabalhadores. Ambas possuem Conselho Local de Saúde, sendo que uma possui um conselho atuante desde 2001 e a outra o iniciou em 2002, permanecendo com problemas de participação dos usuários conselheiros por dois anos. Há apenas seis meses foram eleitos os novos conselheiros, que participaram deste estudo.

O primeiro grupo foi escolhido basicamente pelas dificuldades que vem enfrentando para manter o Conselho Local atuante, pela receptividade dos pesquisados e pelo interesse dos profissionais para com a proposta de pesquisa. O segundo grupo, como já informamos anteriormente, inicialmente pelo número pequeno de participantes na pesquisa e mais adiante por percebermos a importância em estar unindo dois grupos, com vivências diferentes, propiciando a troca de idéias e de experiência.

Conforme informamos anteriormente, trabalhamos com 10 conselheiros, representantes dos usuários, que participam dos Conselhos Locais de Saúde citados. Destes, seis eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Cinco dos participantes tem idades compreendidas na faixa etária de 40 a 49 anos, um na faixa etária de 50 a 59 anos e os demais de 60 e mais anos. Com relação à ocupação dos participantes, a maioria (8) não trabalha, sendo que destes, quatro são aposentados e quatro são do lar. Com relação aos demais um é lixador de assoalhos e o outro pedreiro, em exercício da função.

5.2 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Para coleta de dados utilizamos as discussões em grupo ou grupo focal, sugerido por Minayo (2000) como procedimento de trabalho de campo, para a pesquisa participante. Para a referida autora, o grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde, sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população, esta estratégia é usada para focalizar a pesquisa, formular questões mais precisas, complementar informações peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções e desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares. Tem como vantagens o baixo custo, resultados rápidos, permite explorar perguntas não previstas, minimiza opiniões falsas ou extremadas e proporciona a fidedignidade dos dados, porém as informações devem ser interpretadas no contexto do grupo e complementadas com dados coletados através de outros instrumentos.

Para facilitar a aceitação do pesquisador pelo grupo a ser pesquisado, iniciamos o processo com uma entrevista coletiva (*rapport*) com os conselheiros. Este procedimento auxiliou o contato inicial, diminuindo as tensões dos entrevistados em relação ao pesquisador e ao trabalho e permitiu que os mesmos se expressassem espontaneamente, estabelecendo-se um clima de confiança entre as partes. Outro fator que contribuiu para facilitar este contato foi o fato da pesquisadora já ter trabalhado na região e ser conhecida dos participantes.

Este primeiro encontro foi realizado na sala de reuniões de uma das Unidades de Saúde da Família (USF) desta comunidade. No dia agendado para a reunião dos Conselhos Locais foi cedido espaço para que a pesquisadora expusesse suas intenções de pesquisa. Neste momento buscamos conhecer os participantes (o seu dia-a-dia, seu relacionamento com a

equipe de saúde, atividades no conselho, atividades profissionais, escolha do local para o próximo encontro) e oportunizar que os mesmos nos conhecessem também.

Num encontro agendado posteriormente utilizamos a técnica de grupo focal, com os conselheiros que aceitaram fazer parte do estudo. O encontro (1) foi realizado na própria comunidade, na sala de grupos da USF, livre de ruídos e de acesso a estranhos (não participantes da pesquisa) que causassem intimidação ou distração durante a sessão, que durou uma hora e quarenta minutos. O objetivo, inicial, foi verificar quais as concepções e práticas de participação dos participantes e perceber a realidade dos mesmos. Vide Planejamento do Grupo Focal (Apêndice “D”).

As falas foram gravadas em fita cassete, com a permissão dos participantes, garantido o sigilo das informações e, ainda, organizadas em diário de campo, o qual contém todas as informações importantes para o estudo, extraídas do relato dos pesquisados e da observação do pesquisador, durante o encontro como: transcrição dos diálogos, observações e reflexões.

Após a realização do grupo focal foi realizada uma análise inicial dos dados. As falas foram transcritas e realizou-se uma classificação inicial do material com o objetivo de devolver ao grupo no próximo encontro. A partir deste diagnóstico iniciamos o processo de intervenção, o qual se desenvolveu em mais quatro encontros.

O referencial metodológico educativo utilizado para a etapa de intervenção foi o proposto por Bordenave e Pereira (2002), denominado de Estratégia da Inovação ou Educação Problematizadora, que parte das idéias de que uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se também durante o processo; que a solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante e a aprendizagem é concebida como resposta natural ao desafio de uma situação-problema; e ainda, que a aprendizagem passa de uma visão sincrética para analítica através da teorização do problema para chegar à compreensão. Desta apreensão nascem hipóteses de solução que levam a seleção de soluções viáveis, tendo continuidade na práxis, que irá transformar a realidade.

O desenho a seguir ilustra o arco proposto por Magueréz (BORDENAVE; PEREIRA, 2002) cujas etapas descreveremos a seguir:

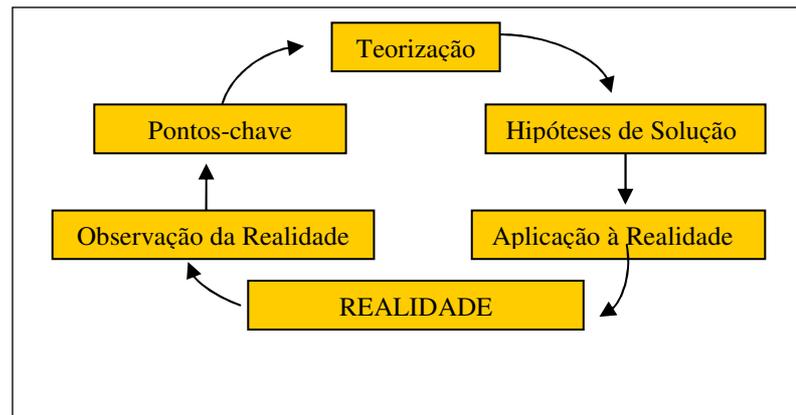


Fig. 2 – Arco proposto por Maguerz (BORDENAVE e PEREIRA, 2002)

A partir da observação da realidade (problema) levantada com os participantes chegamos aos pontos-chave, relacionados ao problema da participação e que necessitariam ser aprofundados na pesquisa de modo a chegar na fase de teorização. Para Maguerz (1970) apud Bordenave e Pereira (2002) pontos-chave são aqueles que se modificados poderiam resultar na solução do problema, por serem os mais centrais.

Através da teorização, ou seja, apelando para estudos pesquisas e leituras sobre o tema, desenvolvemos uma visão analítica do fato para tentar compreendê-lo, com o objetivo de construir respostas mais elaboradas para o problema. Foi necessário que o pesquisador trouxesse informações novas e teorias já existentes que pudessem fornecer subsídios ao grupo para que pesquisador e participantes, encontrassem hipóteses de solução que poderiam ser aplicadas pelo grupo na tentativa de transformar a realidade estudada de modo positivo.

Com este método os participantes foram levados a apresentar idéias, identificaram os pontos-chave, aprofundaram seu conhecimento no tema e definiram algumas soluções mais viáveis, tomando parte do processo de solução do problema.

A maioria dos encontros aconteceram num intervalo de sete dias, sendo que entre o grupo focal e o primeiro encontro de intervenção, tivemos um intervalo maior, quinze dias, para garantir a transcrição e planejamento do próximo encontro.

Após cada encontro, foram feitas transcrições das fitas cassete e analisados os dados, destacando-se as unidades de registro de maior relevância para o estudo, apresentando-as no encontro seguinte, durante todo o processo. Isto significa que a análise dos dados se iniciou logo após o grupo focal e aconteceu após cada reunião. Em um segundo momento, após toda a coleta dos dados, reiniciamos a análise, agora mais detalhada, seguindo as etapas propostas por Minayo (2000). Após uma leitura exhaustiva do material, agrupamos as unidades de registro semelhantes, definindo as subcategorias e categorias.

Os dados obtidos, no decorrer do processo, foram analisados tomando como base o referencial para análise proposto por Bardin (1979) *apud* Minayo, (2000), utilizando a Análise de Conteúdo por ser, segundo a autora, “[...] mais do que um procedimento técnico, pelo fato de fazer parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais”.

Para Berelson (1971) *apud* Minayo (2000) a Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa para descrição objetiva e sistemática do conteúdo, tendo por fim interpretá-los. Para a autora a grande relevância desta técnica tem sido a de impor um corte entre as intuições e as hipóteses que encaminham para interpretações mais definitivas. Do ponto de vista operacional este tipo de análise parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, para isto relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula o descrito e analisado com os fatores que determinam suas características, sendo eles as variáveis psicossociais, o contexto social e o processo de produção da mensagem.

Das técnicas de análise de conteúdo, a que melhor se adequa a investigação qualitativa do material sobre saúde é a Análise Temática, explica Minayo (2000), e ainda afirma que, este tipo de análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja *presença* ou *frequência* tenham significado para o objetivo visado.

Para o tratamento dos dados observamos as seguintes etapas propostas por Minayo (2000):

- a) **pré-análise:** nesta etapa organizamos o material a ser analisado. Procedemos à transcrição das fitas contendo as entrevistas e escolhi para cada entrevistado um nome fictício. Após a transcrição iniciei a leitura exaustiva do material, fui destacando as falas mais pertinentes e a partir daí identifiquei as unidades de registro contidas nas transcrições. Elaborei uma síntese do conteúdo das transcrições com a finalidade de verificar a representatividade e a pertinência dos dados em relação aos objetivos propostos para este estudo.
- b) **exploração do material:** consistiu essencialmente na operação de codificação, trabalhando com as unidades de registro, buscando identificar o que é mais relevante, ou seja, as principais idéias apresentadas sobre o estudo. Lendo e relendo, diversas vezes, o conteúdo das entrevistas para melhor compreender o texto, fui destacando as unidades de registro e as suas semelhanças para agrupá-las em uma subcategoria. Assim concluí com a quantificação, classificação e agregação dos dados, identificando as subcategorias que conformaram as categorias, as quais descrevo no quadro a seguir:

Quadro 2 - As categorias e subcategorias do estudo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO	Aprendizado Integração Autopromoção Mudança Deve ter Paciência Cidadania Não é Obrigatória.
PRÁTICAS PARTICIPATIVAS	Conselhos de Saúde Colaborar com a Comunidade Instituições Associação de Moradores Frequentar a Unidade de Saúde
FATORES POTENCIALIZADORES	Pessoalidade no Convite Organização Conhecer a Realidade Facilitar o Acesso Impor Condições Motivação Tempo Disponível
FATORES LIMITADORES	Falta de Compromisso Falta de Tempo Mudança é Lenta Fator Sócio-econômico Falta de Espaço Físico Comunidade Pouco Acolhedora Falta de Conhecimento Dificuldade de Acesso Falta de Organização

Fonte: dados da pesquisadora

Estas categorias foram organizadas em itens e utilizadas como condutoras para a fase de discussão dos dados.

5.3 Cuidados éticos

Para garantir os direitos dos informantes e para manter o bom relacionamento e confiança entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, tomamos algumas precauções.

Após o contato direto com os sujeitos, enviamos um ofício (apêndice “A”) ao Secretário de Saúde, a fim de formalizar o contato e garantir a execução da pesquisa. O ofício esclareceu sobre os objetivos da pesquisa e sua utilidade e ainda, quanto aos propósitos dos investigadores, sobre qual e como seria a participação da instituição e dos profissionais que nela atuam.

Além disso, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice “B”),

foi solicitado aos participantes permissão para gravar os encontros em fita cassete, garantindo que os dados teriam caráter estritamente confidencial, que seriam guardados em local seguro, sendo usados somente pelos pesquisadores, no desenvolver da pesquisa e que seriam devolvidos aos participantes e a instituição após ao término da pesquisa. Foi também garantido o anonimato dos informantes, atribuindo-se a eles nomes fictícios, iniciados com a letra A: 1) Adam, 2) Abner, 3) Acir, 4) Álvaro, 5) Adelle, 6) Atena, 7) Abel, 8) Adair, 9) Adão e 10) Anita.

Como a pesquisa envolve seres humanos é importante considerarmos os princípios éticos, ressaltando que o projeto desta pesquisa foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, tendo sido aprovado em 19 de fevereiro de 2004, através do parecer já mencionado de número 025.

Para garantir a qualidade e confiabilidade desta pesquisa nos baseamos nas proposições de Ludke e André (1986), quando afirmam que os dados de uma pesquisa qualitativa devem mostrar determinado consenso sobre a veracidade do que foi pesquisado e relatado num certo momento da vida dos participantes. Adotamos procedimentos como:

- deixar claro os critérios utilizados para selecionar a amostra, entrevistar os informantes, realizar os encontros do grupo;
- explicitar detalhadamente os métodos e procedimentos utilizados no decorrer do trabalho, deixando claro como foram obtidas as informações e explicitando os resultados;
- evitar a indução de respostas;
- manter um relacionamento pesquisador-pesquisado próximo, mas não íntimo e
- discutir com a orientadora e demais membros do grupo de pesquisa, a análise dos dados, a fim de retratar ao máximo a realidade estudada.

Cabe, aqui, uma ressalva: durante a elaboração deste estudo fui questionada se, enquanto pesquisadora, não estaria contaminada pelo olhar que tive sobre o grupo, já que participei de sua constituição e faço parte do mesmo. De fato esta não é uma tarefa fácil, mas ao longo do estudo procurei manter a distância necessária para poder refletir sobre os achados. Entendo que esta proximidade também trouxe algumas contribuições para a pesquisa tais como: o fato de ter um vínculo com os participantes favoreceu sua participação no estudo e os deixou mais à vontade para se expressarem; e ainda, me possibilitou dar continuidade ao tema, no meu ambiente de trabalho e ter um olhar mais crítico sobre ele.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

6.1 Desenvolvimento dos encontros com o grupo

6.1.1 O primeiro contato com os conselheiros

O primeiro contato com um dos grupos participantes da pesquisa, aconteceu na reunião de seu Conselho Local, quando apresentei minha intenção em fazer a pesquisa e o motivo que levou-me a escolher este grupo. Expliquei sobre a necessidade de realizarmos alguns encontros, locais disponíveis para tal e objetivos deste estudo. Formalizei o convite aos conselheiros presentes, que demonstraram interesse pelo estudo, forneceram-me endereços e telefones para contato posterior, tanto dos que estavam presentes quanto dos demais, para agendamento dos encontros. Em relação ao segundo grupo de conselheiros, fiz o contato com os mesmos, em um momento posterior, ao final de uma reunião do Conselho Local e os convidei para que participassem do grupo focal após ter apresentado o projeto e intenção da pesquisa.

6.1.2 O grupo focal

No dia dezenove de outubro de dois mil e quatro, das 18 às 19:40h, foi realizado o grupo focal, na sala de grupos de uma das comunidades, com integrantes de 2 Conselhos Locais de Saúde, comparecendo ao todo dez conselheiros sendo quatro de um e seis do outro.

Iniciamos explicando sobre a pesquisa lendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice “B”) e explicando a importância do uso de gravador. Depois demos início à integração dos grupos, que se iniciou com minha apresentação e como praticamente todos se conheciam, a apresentação dos demais foi bem descontraída, cada um dizia seu nome completo e a rua onde morava e a Unidade de Saúde a que pertencia. A seguir realizamos uma dinâmica de grupo (caixa de fósforos), que consistiu em retirar os palitos de uma caixa de fósforos, solicitando a um participante do grupo que quebrasse um palito ao meio; depois

solicitando a outro participante que quebrasse cinco palitos de uma vez; e a um terceiro para tentar quebrar todos os palitos restantes ao mesmo tempo. A intenção era de tornar a tarefa bastante difícil no final, para que a pesquisadora pudesse estimular uma discussão sobre a diferença entre quebrar um ou vários palitos e ressaltar que, enquanto pessoas, estão mais vulneráveis quando sozinhas do que quando unidas. Ao serem questionados sobre o que haviam percebido durante a dinâmica, um dos participantes (Abner) respondeu e os demais concordaram:

“quando estamos em um fica bem mais difícil”

Aproveitei para falar de algumas conquistas realizadas através do Conselho Local de Saúde e da união da comunidade com a equipe de saúde, como exemplo para estimular o autoquestionamento.

Aproveitando o aquecimento inicial demos continuidade ao grupo iniciando os questionamentos sobre participação, lançando ao grupo a pergunta: “o que é participar?”, inicialmente houve um silêncio; expressaram espanto e insegurança, até que Abner respondeu com apenas uma palavra: “*mudar*”. Então os demais começaram a expor suas idéias, com entusiasmo. Inicialmente elogiaram a decisão de unirmos dois Conselhos Locais, por acreditar que assim existe uma troca maior de conhecimentos e também por estarem se conhecendo melhor, como afirma Adair, participante da pesquisa:

Isso é lindo dois grupos trabalhando juntos... nossos amigos lá de cima. Amanhã, depois, todos nós se conhecendo... E continua, o que presta pra nós é ver a comunicação do grupo, é lindo isso aí.

Talvez, por não conseguirem expressar facilmente suas idéias, utilizaram-se de exemplos para falar da Participação. Acir, um dos participantes, referiu:

Participar pra mim é que nem eu faço, eu participo em todos, assim como esse grupo da igreja que eu vou, aqui é a primeira vez que participo. Eu acho que participar é que nem na minha rua, por exemplo, é convidar: oh, tal dia tem uma reunião. Eu, por exemplo, já fiz isso, já convidei, só que não apareceu ninguém, e depois os que ficam, saber porque ele ficou, a opinião dele de participar. Nós compreendemos a participação, ninguém é obrigado, aqui também, ninguém é obrigado a nada. Mas é, convida a participar, então tem a generosidade de participar. Um ajuda a comunidade do outro quando vais numa reunião. Agora nós vamos ter reunião, se tiver, além dos membros do Conselho, bastante pessoas da comunidade, na minha opinião, mais força pra resolver certos problemas lá do postinho, do setor saúde no caso.

Desta forma todos foram se colocando com falas ou expressões faciais, trazendo a

tona sua forma de pensar sobre participação e definindo-a como uma forma de integração da comunidade, de conviver com a comunidade e de perceber que é melhor quando estão unidos, pois tem a possibilidade de conhecer melhor sua realidade, conforme esclarece este participante, Abel:

Conviver com a comunidade, se reintegrar à comunidade, se você não participa você não conhece nada, se alguém pergunta alguma coisa você não sabe responde porque é uma pessoa neutra não ta participando.

Dando continuidade a pesquisa e aproveitando a empolgação do momento, levantei novo questionamento: Quando vocês sentem que estão participando? E a resposta logo surgiu, novamente com exemplos, iniciados pelo sujeito da pesquisa, Acir:

Bom, esse momento é uma participação, para se reunir para discutir... É uma participação como aqui, como na reunião (conselho local) né, levar mensagem e ta fazendo algo pela comunidade né, e vim ajudar... É uma coisa que é pra gente né.

Como os demais não se manifestaram, refiz o questionamento de forma diferente: Quais são as maneiras de participar? Então Acir, novamente respondeu a pergunta e os demais iniciaram questionando-se, como diz Adam, um dos participantes:

Eu queria saber o que eles têm na cabeça deles, acham que tem, que não vem.

Este questionamento de Adam repetiu-se em vários momentos do encontro e sempre achava importante descobrir uma forma de convencer as pessoas a participarem, sugeriram que os Agentes de Saúde convidassem as pessoas e que fossem feitas reuniões nos bairros. Deixaram claro que acreditam que existe uma forma de trazer as pessoas para a participação e que estão dispostos a batalhar por isso. Como afirma, Adair um dos sujeitos da pesquisa:

Nós precisamos achar uma solução de buscar mais gente.

Demos continuidade perguntando aos participantes quando se sentem participando dos serviços de saúde e logo responderam que só vêm a Unidade de Saúde quando precisam. Então Abner demonstrou não haver entendido a pergunta, a refiz e responderam que participam no Conselho de Saúde local e regional, assim como a participante Abner refere:

Eu gosto de participar do conselho de saúde, participar o quanto mais for possível.

Neste momento todos ficaram pensativos, emudecidos mudei o questionamento, pois

percebi que não estavam interessados em explicar sobre como participam, através de suas expressões faciais e seu silêncio. Dentro do assunto do interesse deles, sem fugir do tema da pesquisa, alterando apenas a seqüência do roteiro do grupo focal, lancei logo novo questionamento: “o que vocês acham que impede às pessoas de participar?” Eles então responderam que acreditam que é devido ao fato de não querer assumir compromisso. E novamente o silêncio. Refiz o questionamento, para oportunizar que os participantes se expressassem e as respostas foram surgindo. Além dos motivos descritos acima, os participantes acreditam que as pessoas são acomodadas, só procuram ou agem quando precisam, que o fator sócio-econômico também influencia, devido ao fato das pessoas terem que trabalhar para sobreviver e não terem tempo para participarem. Acreditam ainda, que as pessoas estão descrentes de tudo e principalmente porque as mudanças são lentas. Conforme afirma um dos sujeitos da pesquisa, Abel:

As pessoas têm que trabalhar pra poder sobreviver, trabalham o dia todo, chegam de noite tão cansados, não querem mais, então o que eu acho, que eles não querem assumir esse compromisso. Foi o meu caso eu fiquei afastado também, de pegar alguma função, mais de dez anos, agora que eu me aposentei eu disse: vou voltar a ajudar a comunidade novamente. Porque meu tempo tá mais livre, antes trabalhava o dia todo, chegava de noite tava cansado. Daí tem outras atividades durante a semana tem um bolão, um grupo de futebol de salão, então a gente também tem que ter um pouquinho de esporte, mas eu acho que o vilão disso tudo é a situação econômica das pessoas.

Adele, participante da pesquisa, aproveita para citar o exemplo de seu marido e reforçar o citado por Abel, afirmando que:

Eles não vêm porque não muda nada, meu marido é um deles, ele me traz até aqui, mas ele não vem, porque ele já colocou isso pra mim, ele não acredita. Ele diz: do que adianta participar se as coisas não são resolvidas. Então ele tem isso na cabeça e eu não vou obrigar ele vim.

Abel enfatiza o que Adele diz, citando a “demora dos acontecimentos” como mais um vilão da participação, conforme segue:

Esse é o vilão, a demora, pra acontecer às coisas. É que nem eu, você vai pra um médico do plano de saúde ele não vai te atender na hora, você tem que marcar uma consulta, esperar um mês, falaram esses tempos no ortopedista que tem que esperar oito meses. Eu fui em 3 pra resolver um problema no ombro, fui num ele disse: essa não é a minha especialidade. Fui em outro acho que me tratou uns cinco anos, não deu jeito, me mandou pro outro, cheguei lá no outro resolveu na hora. Tu vê fiquei cinco anos jogado de um lado pro outro.

Outro questionamento feito dando continuidade ao tema foi a respeito do que acham

que poderia facilitar a participação das pessoas, o que os estimula a participar. Neste momento, as respostas indicaram que participam para poder resolver os problemas; porque precisam, assim como as demais pessoas da comunidade; para poder argumentar com as pessoas quando vierem reclamar; para ajudar a comunidade; para viver em comunidade e para conhecer a realidade da comunidade e do serviço de saúde. Assim como descreve, um dos participantes, Abel:

Você conhece as pessoas, você convive com as pessoas, você conversa com um, você conversa com outro, então você é uma pessoa que vive em comunidade. Se você é uma pessoa que não pega nada, você é uma pessoa praticamente isolada, você não conversa com ninguém, esse que é o problema. No meu caso é ajudar e a comunidade e defender se alguém reclamar alguma coisa. Antes de entrar pro Conselho nunca pude falar nada, porque eu não sabia como é que era, como funcionava.

Aproveitei para perguntar como gostariam que fosse a participação das pessoas, se gostariam que fosse diferente e então responderam que, na verdade só participam os conselheiros, são sempre os mesmos e gostariam que mais pessoas participassem, que fossem como eles, que participassem de tudo, para sentir na pele os problemas enfrentados pelos profissionais de saúde e pela comunidade em geral.

Neste momento dispersaram um pouco, discutiram sobre o Acolhimento (nova proposta de atendimento nos serviços de saúde da comunidade) e os problemas de saúde como, demora no atendimento quando necessitam de um especialista ou de exames de alto-custo. Deixei que conversassem um pouco e então interfeiri, perguntando se gostariam de ler e discutir sobre algum assunto relacionado ao que havíamos conversado no grupo e Abel respondeu:

Acho que tem matéria, algum conteúdo pra gente entender o que seria uma participação... E ainda continuou dizendo acho que, de que forma trazer as pessoas pra participar, porque não tem, a gente já sentou e pensou muitas vezes, será qual é o motivo né?

Perguntei se todos concordavam com Abel e alguns responderam que sim e os demais sinalizaram positivamente com a cabeça. Então continuei questionando, agora sobre o interesse do grupo em dar continuidade ao estudo e Adam logo respondeu que sim. Questionei os demais se também concordavam e todos afirmaram que sim. Neste momento combinamos o próximo encontro, servi um café aos participantes e finalizamos o encontro. O momento do café foi muito interessante, bastante descontraído o que favoreceu uma maior integração do grupo e percebi que deveria proporcioná-lo a cada encontro.

Dos participantes do grupo, sete participaram mais intensivamente, estavam bem à vontade, porém três não se manifestaram verbalmente, apenas com expressões faciais, que às vezes expressavam estar de acordo com a opinião dos demais, outras vezes não.

Após a discussão, combinamos que eu entraria em contato, por telefone, para agendar o próximo encontro, que deveria ser num intervalo de quinze dias, após transcrição dos dados.

6.1.3 A estratégia de intervenção

Utilizamos como estratégia de intervenção, a proposta de Bordenave e Pereira (2002) denominada de educação problematizadora, que parte da observação da realidade do grupo estudado, definindo a partir daí os pontos-chave, teorizando e levantando hipóteses de solução para o problema e aplicando estas hipóteses à realidade. Em decorrência de o método demandar um período de tempo maior do que dispúnhamos, para apresentar a dissertação, optamos inicialmente, por não considerar na descrição do estudo a última etapa proposta por Bordenave e Pereira (2002). Entretanto, por iniciativa do próprio grupo, isto acabou acontecendo, pelo menos em parte, no período do estudo, o que explicitaremos adiante.

6.1.3.1 Observação da realidade e definição dos pontos-chave

No dia nove de novembro de dois mil e quatro realizamos o segundo encontro com o grupo, iniciando o processo de intervenção. Estavam presentes quatro pesquisados (Abel, Abner, Adam e Adele) e 1 (uma) agente de saúde, para auxiliar as gravações e na organização da sala. O encontro teve início às 18:45h e o finalizamos às 20: 25h.

Iniciamos apresentando um resumo do que foi coletado no primeiro encontro, expondo a realidade do grupo sobre as concepções, os fatores limitadores e potencializadores da participação e as formas de participação. A cada frase lida os participantes teciam comentários, o que enriqueceu ainda mais nosso estudo. Nestes comentários aparece, novamente, com bastante frequência, a necessidade de trazer mais pessoas para participarem e que isso era um problema como afirma Abel:

O problema é tu conseguir trazer essas pessoas pra reunião e continua: nós temos que fazer alguma coisa” complementado por Abner: “ tem que descobrir essa coisa de trazer mais de volta, porque se eu ir nas casas, pedir implorar.

A seguir discutiram mais um pouco sobre os fatores que limitam a participação e Abel sugeriu que fosse feito algo para favorecê-la:

Na próxima (reunião) eu vou ligar pra todos eles conversar com eles, convidar eles dizendo como é que tá a situação do postinho, que nós temos que achar uma solução.

Então surgiram outras idéias e demos continuidade à leitura dos resultados do primeiro encontro. Após a leitura dos Fatores Limitadores, seguida dos Facilitadores e o que poderia ser feito para melhorar este processo, sugeri que definíssemos o que mais apareceu ou o que era mais importante para eles e mais uma vez insistiram em fazer algo para informar e convencer as pessoas a participarem. Então Abner, um dos participantes, sugeriu:

Se fizer uma folha explicando tudo: olha tal dia vai ter uma reunião, do Conselho de Saúde, pras pessoas participarem, pra entender melhor como funciona o postinho, como funciona o médico. As pessoas ir até a reunião tal dia, porque tem conselheiro, quanto mais participação do pessoal, mais pessoas, aqui tem tantas famílias. Mais pessoa participar pra entender como funciona. As pessoas não entendem. Eu faço a minha parte, eu vou. Convidar daqui pra baixo pra ver se o pessoal mais pertinho aqui vem. Eu ia casa por casa.

Neste momento perguntei ao grupo se todos tinham a mesma intenção e todos concordaram que havia necessidade de informar a comunidade e favorecer a participação, porém para isso precisavam estar informados também. Então os lembrei de que haviam pedido na última reunião alguns assuntos para estudar, os sugeridos foram: como trazer as pessoas para participar e algum conteúdo para entender o que seria uma Participação. Os participantes concordaram e se animaram com a idéia.

Pela freqüência das falas, o interesse dos pesquisados e após discutirmos sobre todos os fatores (facilitadores e limitadores), o “pouco conhecimento sobre participação” e a “dificuldade de participação das pessoas”, foram os pontos-chave definidos pelo grupo, o que os deixou mais motivados para a discussão.

Sugeri e apresentei ao grupo o livro de Pedro Demo “Participação é Conquista”, por ser de mais fácil entendimento e por vir ao encontro do que vínhamos discutindo e poderia explicar algo em relação aos dois pontos-chave definidos. Li um trecho pequeno sobre o

conceito de Participação e comentei que iríamos ler, reler e discutir até entendermos. Neste momento os participantes ficaram empolgados, o que me surpreendeu muito. Adam ressalta:

Porque a participação, como sempre se diz, no caso, vai caminhando e aprendendo, sempre aprende.

Vários se propuseram a procurar textos em casa e até comprar livros no Sebo (livraria onde se vendem livros usados), como comentou a participante Adele:

Eu tava pensando, tem o Sebo, tem uns livros, comprar um livro bom pra gente lê.

A reação dos participantes motivou-me bastante, foi muito gratificante ouvir e presenciar a motivação do grupo.

Para finalizar o encontro, lembrei-os que o discutido aqui não é só para o Conselho Local, é para a participação geral na comunidade e que vamos aproveitar em outras oportunidades. Estávamos nos reunindo para tentar mudar a realidade colocada por eles. Ressaltei ainda que poderíamos optar entre nos acomodarmos e esperar que as coisas aconteçam ou fazer alguma coisa para mudá-las.

Combinamos de fazer a próxima reunião na segunda-feira para favorecer a participação do Sr. Acir, que só está disponível neste dia. Também mudamos o horário favorecendo os demais. Então agendamos, o próximo encontro, para vinte e dois de novembro, às dezessete horas. Finalizamos, novamente, com um café, bastante descontraído e a iniciativa foi elogiada pelos participantes.

6.1.3.2 Teorização sobre a participação

Este encontro realizou-se no dia vinte e dois de novembro de dois mil e quatro das 17 às 19:10h, no mesmo local dos anteriores. Estavam presentes seis participantes. Iniciei explicando novamente os objetivos da pesquisa, pois alguns tinham faltado e pediram para relembra-los. Foi lido o resumo do resultado do primeiro encontro, e do segundo encontro (feedback). Aproveitei para fazer uma avaliação dos dois últimos encontros, comparando as listas dos fatores potencializadores e das estratégias de mobilização, que aumentaram a cada encontro, o que os deixou mais estimulados.

Iniciei então a leitura de um trecho do livro “Participação é Conquista” (Demo, 1996),

segundo capítulo, descrevendo o conceito de participação e discutindo, para que fosse entendido por todos. A discussão foi acontecendo e a medida em que os trechos eram lidos, parávamos para discutir frases ou expressões, que pudessem deixar dúvidas e assim esclarecê-las. Por exemplo, quando foi lido no conceito de participação que esta é em essência a autopromoção, paramos para avaliar o sentido desta expressão, que para os participantes:

É a participação que leva a autopromoção, não é isso? (Adão)

Se o cara não se promoveu, agora se promove e após a leitura no final do encontro ele esclarece seu pensamento: na promoção ali né, é promover como eu me promovi, eu tava lá em baixo e hoje estou me promovendo sendo outra pessoa (Acir).

Então eu questionava se todos entendiam da mesma forma, enquanto Álvaro procura a definição no dicionário, mas não a encontra. Lemos, então, a definição que continha no livro, no capítulo quatro, dos objetivos da participação e ficou esclarecido o tema.

Outro momento interessante que demonstra que estão acompanhando a leitura, foi quando li que: *não é realista apresentar a falta de espaço de participação como problema em si. Na verdade, dizer que não participamos porque nos impedem não seria o problema e sim o ponto de partida. Adam logo se manifesta e esclarece:*

A porta ta aberta, é pra todos, você não vai se você não quer. Você tem que participar, tem que conhecer, tem que ta a par.

Após o conceito discorremos sobre os objetivos da participação, sendo o primeiro a Autopromoção, discutido anteriormente, no momento em que líamos sobre o conceito.

O segundo objetivo citado pelo autor é a Realização da Cidadania, quando Sr. Acir, um dos participantes, explica que:

A minha cidadania, eu estou recuperando aos poucos nessas reunião, lá no Conselho, lá no AA e outras que vou por ai.

Continuamos a leitura do terceiro objetivo: Implementação de Regras Democráticas de Jogo, esclarecendo que quando a gente está participando mesmo, a gente impõe regras, discute, conversa, analisa, planeja e realiza mudanças.

O quarto objetivo o Controle do Poder que para o autor é o fenômeno básico da democracia. Não um controle feito somente através de leis e decretos, mas substancialmente um controle feito pela base. Neste caso a comunidade que é a nossa base. É através da base que vamos identificar as necessidades para desenvolver o trabalho ou as ações de saúde.

O quinto objetivo trata do Controle da Burocracia, e o autor acrescenta que a burocracia pública é um dos fenômenos mais deprimentes na sociedade e está voltada para o poder público. Sempre tem mais funcionários que o necessário para exercer as funções. A burocracia está emperrada e alienada do serviço à comunidade.

O sexto objetivo é a Negociação que significa o tratamento de divergências sobre o pressuposto das oportunidades equalizadas. Ou seja, de igual para igual. Quer dizer que os problemas serão discutidos e serão levantadas as soluções, de igual para igual, até chegar a um acordo. Verificar uma forma melhor de atender e de ser atendido.

O sétimo e último objetivo citado pelo autor é a Cultura Democrática entendida como uma regra de vida estabelecida por uma comunidade ou um grupo e tem um valor comum, os mesmos objetivos, as mesmas metas, visando toda a comunidade, pensando no coletivo.

Foi lido ainda sobre mobilização na concepção do autor, a pedido do grupo, pois sentem a necessidade de desenvolver alguma atividade para mobilizar a comunidade. Para o autor a mobilização é uma arte e não existe um manual de instruções, como se fosse algo mecânico e fácil de manusear. As pessoas devem ter consciência da situação e de que a mobilização existe em cada um, podemos tentar estimular, mas cada pessoa tem que desenvolvê-la. Cita como exemplo, que muitos políticos profissionais sem nunca terem estudado qualquer indicação científica no assunto, conseguem colocar uma comunidade em movimento, pelo carisma pessoal que a pessoa tem. Os participantes complementam dizendo:

A gente vê isso muito claro perto das eleições. Não gosto de político, mas tem uns que começam a falar e te prendem, já tem outros que... (gestos de indiferença) (Álvaro).

Padre também, tem uns que começam a falar e te prendem ali no sermão, tem outros que parece que foge, não tem sentido (Acir).

Após a leitura dos objetivos perguntei aos participantes, o que haviam achado do encontro de hoje, então obtive as seguintes respostas:

Eu não acho nada, compro tudo(risos) (Adam).

Vamos ler mais uma vez (Acir).

Eu acho que a leitura a gente aprende mais (Adele).

Ler é cultura. Qualquer reunião que a pessoa vai, pode observar, ele sempre vai melhorar a pessoa se solta um pouco mais, ele aprende né? Pode ser velho ou novo. Sempre aprende alguma coisa, nunca acaba de aprender (Álvaro).

Muitas coisas a gente lê, mas não entende o que quer dizer. Agora que você explicava as coisas, sim (Adam).

Complementando: *Assim fica mais fácil (Adele).*

Perguntei a eles se estavam preparados para a próxima etapa, afirmaram que sim. Conforme explicam os sujeitos da pesquisa:

Agora sim. Eu acho que dá, tem que tocar pra frente (Adele).

Porque se deixar muito tempo as vez apaga (esquece) alguma coisa (Adão).

Acho que deveria ser colocado no papel por seqüência, conforme a gente vai fazendo, pra não perder (Adam).

Como todos concordaram, para finalizar a reunião combinamos que no próximo encontro, seria **elaborado um convite**, para que a comunidade participe do Conselho Local de Saúde (CLS) proposto no primeiro encontro, o que entendemos ser uma hipótese de solução para favorecer a participação da comunidade. Encerramos com um café e uma conversa descontraída.

6.1.3.3 Desenvolvimento das hipóteses de solução

Este encontro realizou-se no dia vinte e nove de novembro de dois mil e quatro, das 17 às 18:30h, na mesma sala. Estavam presentes seis participantes

Neste encontro procuramos trabalhar com a hipótese de solução sugerida pelo grupo desde o primeiro encontro. Os participantes acreditam que um convite bem feito, por escrito e entregue pessoalmente aos representantes da comunidade, pelos próprios conselheiros, que conhecem as pessoas e sabem das suas limitações para participar, irá favorecer a participação. A decisão, então, foi a de elaborar e confeccionar um convite para participar das reuniões do Conselho (apêndice “C”), servindo este como instrumento escolhido pelo grupo para mobilizar a comunidade para a participação em saúde.

A elaboração foi realizada da seguinte forma:

Iniciamos lembrando que neste dia havia sido combinado de confeccionarmos o convite. Nos posicionamos em círculo como em todos os encontros e iniciei perguntando: Como nós vamos fazer? Como vamos começar?

A princípio ficaram esperando que a idéia partisse de mim (em vários momentos durante a pesquisa senti esta dependência). Então fui insistindo com eles e as idéias foram surgindo, cada qual dando a sua opinião, que era anotada por mim, deixando os participantes livres para se envolverem na discussão e na elaboração do convite. Então a cada item escrito era lido e organizado em consenso com os demais.

Como a sala não possuía computador, combinamos que eu digitaria e faria algumas cópias do convite. Alguns participantes passariam na Unidade de Saúde para pegá-las e um dos participantes receberia por e-mail, faria mais cópias e as entregaria aos demais conselheiros para que estes as distribuíssem. Naquele momento foi acordado que o convite seria entregue para próxima reunião do Conselho, pois todos estavam ansiosos para colocar em prática a idéia e poder observar seu impacto.

No dia seguinte descobri, que já havia uma pauta definida para a próxima reunião e que não seria possível mudá-la. Então, entrei em contato por telefone com os participantes e decidimos neste dia apenas apresentar o convite aos demais conselheiros e entregá-lo para a realização da primeira reunião de 2005, agendada para fevereiro.

No dia sete de dezembro de dois mil e quatro, realizamos o quinto encontro de pesquisa. Estavam presentes quatro participantes, além destes, mais cinco conselheiros, cinco agentes de saúde e dois auxiliares de enfermagem de uma equipe de PSF, que estariam participando da reunião do Conselho Local de Saúde nesta localidade.

Neste encontro levamos o convite para mostrar aos demais conselheiros, que não participaram da pesquisa e combinamos que na próxima reunião do Conselho Local, em fevereiro, seriam entregues os convites pelos conselheiros, e aguardamos para avaliar o impacto do mesmo na comunidade. Explicamos que o convite havia sido elaborado pelos participantes do estudo, porém seus nomes não foram citados, na tentativa de favorecer a participação dos demais membros da comunidade. Todos os conselheiros concordaram com o proposto e se dispuseram a entregar os convites.

Este encontro não foi gravado por estarem participando pessoas que não pertencem ao grupo de pesquisa e que não autorizaram a gravação.

Devido às férias escolares e festas de final de ano não consegui mais reunir os participantes, pois muitos haviam ido passar as férias na praia. Com a mudança da gestão do governo municipal a situação agravou-se, pois a liberação do trabalho para cursar o mestrado, que havia conseguido foi cancelada e o tempo para realização do estudo ficou ainda menor. Deste modo, fiquei no aguardo da volta dos conselheiros para que agendássemos aquele que seria o encontro de finalização do trabalho que iniciáramos.

No dia primeiro de março de dois mil e cinco aconteceu à reunião, para a qual foi entregue o convite elaborado pelos participantes da pesquisa. Neste dia compareceram 18 pessoas da comunidade, enquanto que, geralmente, comparecem apenas os conselheiros e alguns suplentes (8). Aproveitei o momento para parabenizar a comunidade pela participação e aos conselheiros participantes da pesquisa pelo sucesso na entrega dos convites, comprovado pela presença da comunidade na reunião. Expliquei a todos que o convite recebido foi criado, elaborado e entregue pelos conselheiros participantes da pesquisa, porém não citei nomes. Estes ao final da reunião estavam radiantes com a conquista.

6.1.3.4 Apresentação dos resultados aos participantes

No dia vinte e um de março de dois mil e cinco, das dezenove às vinte horas e quarenta e cinco minutos, realizamos o sexto encontro para apresentar aos participantes os resultados encontrados durante o estudo e finalizar os encontros. Estavam presentes cinco participantes: Adele, Abner, Álvaro, Adam e Abel.

Neste dia apresentei aos participantes da pesquisa, através de leitura, as concepções de participação, as práticas participativas, os fatores facilitadores e limitadores da participação organizados por mim e identificados através das informações fornecidas pelos mesmos.

Estes sujeitos demonstraram-se bastante satisfeitos com estes resultados e Álvaro como participante da pesquisa declara:

Quanta coisa acontece, que a gente vê, que dá aquele estímulo. Outros não têm este prazer que nós temos, porque não participa. É gratificante de ver a coisa acontecer. E graças a Deus aqui, o nosso pessoal, à gente tá vendo.

Discutimos um pouco sobre os resultados, concordaram com os mesmos. Enquanto discutíamos sobre as Práticas Participativas, antes e iniciarmos a leitura das categorias Fatores Limitadores e Facilitadores, um dos participantes (Adam) citou um exemplo de uma participação sua em reunião da associação para eleição da nova diretoria, e indaga:

Ninguém participa, é sempre a mesma patota, depois reclamam que os que

estão lá (na diretoria), não fazem nada e é por isso que não muda as pessoas da diretoria.

Neste momento, lembraram da reunião de um dos Conselhos Locais, para a qual entregaram o convite elaborado pelo grupo de participantes da pesquisa, como a hipótese de solução eleita para favorecer a participação, demonstrando sua empolgação com o resultado do Convite, conforme declaram Adam e Abner, respectivamente:

Naquele dia da reunião tinha trinta e poucas pessoas.

É, mas só da comunidade tinha vinte e duas.

Aproveitei para questionar os participantes do outro grupo de conselheiros, do segundo Conselho Local, sobre a entrega dos convites, se já haviam distribuído e qual foi o resultado. O sujeito da pesquisa Abel declarou que:

Não entregamos porque a enfermeira fez cirurgia e não teve reunião ainda. O que nós vamos fazer é pegar mais as mulheres, vamos falar com algumas mulheres que vão ficar responsáveis em chamar as mulheres da vizinhança pra reunião do Conselho Local, pegar uma localidade, depois outra. Pra trazer pro postinho não vêm, então nós vamos lá. As mulheres porque no postinho o que a gente vê mais é mulher mesmo, né?

Então voltamos à leitura das Categorias do estudo, esclarecendo novamente cada uma delas. No momento em que lemos sobre a subcategoria Tempo Disponível, discutimos novamente sobre a questão dos aposentados, citados pelos participantes, como pessoas disponíveis para participar e lembramos que dos presentes a maioria é aposentado ou do lar. Abel e Adam, respectivamente, enquanto participantes da pesquisa informam que:

Eu poderia até procurar outra atividade fora, mas eu por enquanto, não quero, vou participando aqui.

Ficar paralisado? Deitado na frente da televisão? Pra ficar doente?

Após discutirmos as categorias, falei da possibilidade e importância em dar

continuidade a este trabalho, para uma contribuição futura. Quando Abner, sujeito do estudo declara:

Aproveitar agora fazer pra mais tarde, para os nossos filhos, os nossos netos. E a gente vai agradecer e vai lembrar que participou.

Lembramos ainda que a participação é um aprendizado constante, citando as falas ditas por eles.

E para finalizar perguntei aos presentes o que perceberam da discussão, do trabalho realizado e de todo este processo de pesquisa. Álvaro, Abner e Álvaro, respectivamente, como participantes da pesquisa relatam:

Eu achei que foi um esforço muito compensativo. O cara se sentiu até meio orgulhoso, envaidecido de participar de uma coisa que futuramente vai continuar, vai servir pra mais pessoas, vai melhorar o trabalho na saúde. Ter participado de uma coisa tão boa.

Ter participado do teu trabalho e ter te ajudado...

A árvore foi plantada, agora é nós cultivar ela para que depois ela de o fruto que a gente possa colher. Tudo tem que ser alimentado. Se você não avaliar como anda o processo, como tá o pessoal, melhorou alguma coisa na participação, tá mais motivado. Participação é uma palavra interessante, hoje em dia você ouve falar muito em participação, mas porque é tão difícil hoje em dia as pessoas participar?

Questionei-os, então se durante a nossa discussão e teorização, haviam percebido alguma forma de mudar isto. E os sujeitos da pesquisa responderam o seguinte:

É o que eu disse. A forma de mudar vai ser com o tempo. Foi plantado, e nós que fomos às pessoas que plantamos, vamos ter que cultivar isso ai pra ver acontecer (Abel).

Eu acho que através dessa participação que a gente teve a gente até se deslanchou um pouco mais, com os vizinhos e trouxe aprendizado pra gente.

Eu acho que tá dando resultado (Álvaro).

Acho que foi em ambas as partes né, porque nós ajudamos e a gente tá mais por dentro do que acontece, do funcionamento de tudo e tem algumas coisas que a gente já resolveu também (Adele).

O fato de ter ajudado ela no trabalho dela e ajudou nós mais ainda, a aprender mais coisa, agora o que não me convenceu ainda é que só os aposentados que participam, porque é a noite, só uma hora (Abner).

Então começaram a discutir sobre as dificuldades das pessoas em participar, pelo fato da maioria não ter o mesmo estímulo que os sujeitos da pesquisa tem para a participação. Lembraram que as pessoas são diferentes e discutiram sobre estas diferenças, chegando a conclusão de que isto é bom. Como relatam alguns dos participantes da pesquisa:

Por isso o mundo é tão bom, que nós somos todos diferentes. Então é por isso que dá certo, porque se fosse tudo igual não dava certo (Álvaro).

É a mão tem cinco dedos, mas nenhum é igual ao outro (Abner).

E se fosse tudo padre não teria ninguém para assistir a missa (Adam).

Relataram ainda que mesmo entendendo as diferenças, acham que tem pessoas que poderiam estar participando do Conselho Local, mesmo não sendo aposentados. Adam cita como exemplo:

O pessoal fica aí jogando bocha, duas horas da manhã tão lá ainda, o que eles vêm de bom nisso?

Então solicitei que refletissem sobre o que eles poderiam estar pensando de nós, quando estamos reunidos no Conselho Local. E Adam enquanto sujeito da pesquisa, colocando-se no lugar deles, diz:

O que aqueles babaca tão fazendo lá que não estão aqui jogando?(muitos risos)

Abner diz: Mas gente, daquilo lá eles não precisam e daqui o pessoal

precisa.

Abel interfere: Eles precisam de lazer.

Intervi dizendo que é importante estarmos reunidos para discutirmos sobre estas coisas, lembrei que a cancha de bocha é da Associação de Moradores e de alguma foram eles estavam ajudando, pois toda renda desta é revertida para benefícios na comunidade, para uso de todos. Abner concordou dizendo:

É verdade se não fosse isso não tinha a creche, não tinha o bar, não tinha o salão, a quadra de futebol.

Para finalizar, Adam e Abel, respectivamente, relatam sobre o que sentiram enquanto sujeitos da pesquisa e sobre a contribuição desta:

Eu só pelo fato de você ter nos gratificado com a nossa presença eu me sinto grato porque nós estendemos a mão e outra pela experiência pessoal que nós temos sem ter estudo, lá trás encaixou com quem tem estudo, cientista sei lá eu. E continua: Alguém vai ser beneficiado, terá proveito desse tempo que nós tamo aqui, escutando, falando, discutindo.

Outra coisa, da mesma forma, quando outra pessoa fizer mestrado nesta área, vai envolver este trabalho aqui.

Lembrei que a pesquisa acabou, mas o trabalho iniciado vai ter continuidade, pois os participantes vão continuar entregando os convites e avaliando constantemente a participação.

Aproveitei para convidá-los para participarem da apresentação de minha defesa de dissertação, informando o local, a data e o horário. Pediram que eu filmasse para mostrar-lhes em outro momento e por ser em Itajaí ficaria difícil para eles participarem. Agradei, novamente, a todos pela disponibilidade e empenho em participarem do estudo e pelo prazer em estar compartilhando com eles destes momentos. Convidei-os para finalizarmos com um café. E Adam, participante da pesquisa finaliza, dizendo:

Eu acho que todo esforço, como se diz, que a pessoa faz, uma hora ou outra ela tem retorno, pode demorar um pouco, mas uma hora você tem um

retorno gratificante. Sempre tem um retorno, vê que aquilo valeu a pena.

6.2 As categorias do estudo

Ao iniciar este capítulo faz-se necessário lembrar que as categorias do estudo são produto do processo de discussão gerado nos encontros com os participantes da pesquisa, anteriormente descrito. Deste modo, diferentemente de uma pesquisa qualitativa que procura captar como se apresenta um fenômeno em um momento determinado, buscamos o que Demo (1989) denomina de dado dialogado. Buscamos este diálogo através de uma dinâmica que foi a Educação Problematizadora. Assim, a construção das categorias serve muito mais para dar uma organização ao material, considerando os objetivos a que nos propomos. Passamos a seguir à discussão de cada uma das categorias do estudo

6.2.1 Participação: identificação das concepções

Quadro 3 – Categoria 1: As Concepções de Participação

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
AS CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO	Aprendizado Integração Autopromoção Mudança Deve ter Paciência Cidadania Não é obrigatória

Fonte: dados da pesquisadora

A partir dos questionamentos no grupo focal sobre o tema **CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO** e nas discussões subseqüentes foram agrupadas unidades de registro pela frequência com que surgiram nos encontros. Dentre elas a que apresentou maior frequência, desde o início dos encontros, foi à concepção de que participar é **Aprendizado**. Para os sujeitos do estudo quanto mais se participa, mais se aprende, dando a conotação de que a participação não tem fim, é constante, é um processo. Conforme afirma, um dos participantes:

Porque a participação, como sempre se diz, no caso, vai caminhando e aprendendo, sempre aprende. E complementa: Se vocês acompanhassem

nós, a cada reunião, talvez nós aprenderia mais alguma coisa com vocês e vocês um pouco mais com nós (Adam).

Demo (1996) descreve a participação como um processo infundável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo, conotando-a como uma conquista processual. Acredito que o aprendizado no processo participativo nunca acaba, a troca de saberes é constante, pois não há ausência de conhecimentos, mas troca de conhecimentos diferentes.

Para Bordenave (2002) a aprendizagem é o conjunto de mecanismos que o organismo movimenta para se adaptar ao meio ambiente, é dinâmica e de construção contínua, se fazendo através da interação do organismo com o meio.

Briceño-León (1996) ao descrever sua terceira tese sobre Educação Sanitária para a participação, afirma que todos têm conhecimento, portanto o processo educacional deve ser bidirecional, ou seja, se os dois sabem os dois devem dizer algo, gerando um acordo de transformação de seus próprios saberes.

Entende-se que o aprendizado é um processo de mudanças, entre o conhecimento que o sujeito apresenta, de acordo com a sua visão de mundo, crenças, tradições e costumes; e do conhecimento novo, oportunizado no grupo.

Os participantes da pesquisa, em suas falas, deixam claro que cada um tem seu conhecimento e que este pode ser trocado no espaço de participação proporcionado pelo Conselho Local. Acreditam que este espaço de troca traria um conhecimento que os levaria a entender e estar a par dos problemas da comunidade e do serviço de saúde, desenvolvendo um “potencial” que poderia convencer mais pessoas a participarem. Como descreve este participante:

Antes eu não participava, quando escutava alguém falar dizia: é uma porcaria mesmo. Quando começa a participar e vê que a coisa é diferente, tu tens aquele potencial, assim, de dizer pro cara: olha se não ta bom, ta melhorando, mas se tu fosse lá participar com nós, podia melhorar, mais ainda (Álvaro).

Pelo descrito percebo que quando estão participando, adquirem confiança, estímulo, que os leva a acreditarem que podem convencer os demais a participarem e argumentarem com os moradores da comunidade, transformando-se em pessoas mais críticas, tomando parte das decisões, exigindo compromisso, envolvimento e favorecendo a integração.

A **Integração** foi outra subcategoria que obteve muitos registros como mais uma concepção de participação, surgindo logo no primeiro encontro (grupo focal), pois estes acreditam que a participação integra, une as pessoas da comunidade, como relata um dos

participantes:

Uma pessoa que ta participando, ta integrado com a comunidade (Abel).

As palavras “**integrado**” e “**integração**” derivam do latim “*integrare*” vindo do adjetivo “*integer*”, que significa intacto, inteiro, completo. O que deu origem aos termos íntegro, integridade, integral. Neste sentido a palavra “**integração**”, pode ser interpretada como algo original e natural. Porém derivou em outra direção, no sentido de “compôr”, “reconstruir”, “juntar”.

Para Steinemann (1994) a integração caracteriza-se por estabelecer formas comuns de vida, de aprendizagem e de trabalho entre pessoas. Significa ser participante, ser considerado, “fazer parte de”, ser levado a sério e ser encorajado. Requer a promoção das qualidades próprias do indivíduo, sem estigmatização e sem segregação, de acordo com o seu nível próprio de desenvolvimento em cooperação com os outros.

Observei, durante o estudo, que os participantes sentem-se valorizados quando são ouvidos e levados a sério, pois se percebem como parte integrante do grupo, contribuindo com sua comunidade e com a organização dos serviços de saúde, exercendo cidadania, dialogando, estimulando seu senso crítico e conhecendo suas limitações e daqueles com quem convivem diariamente. Isto os motiva a voltar ao grupo, a participar, pois existe diálogo, ou seja, o compromisso de ouvir e ser ouvido. Sentirem-se integrados quando estão participando é que os fez destacar a integração como uma das subcategorias de maior frequência em suas falas, no quadro da categoria Concepções da Participação.

Isto nos remete a considerar como fundamental o que foi dito por Briceño Leon (1996) de que todo processo dialógico tem a necessidade de ser participativo e de envolver a comunidade em todos os momentos, atuando por igual, embora com papéis diferentes, mas com o compromisso de ambos, profissionais e usuários escutarem-se e transformarem-se, tentando confrontar os saberes sem dominação ou submissão, favorecendo a autopromoção.

Neste estudo a participação foi citada como veículo para a **Autopromoção**. Esta subcategoria está mais relacionada ao momento da teorização, durante a leitura do conceito e dos objetivos da participação descritos por Demo (1996). Alguns dos presentes referiram sentirem-se promovidos participando das reuniões de grupos (na Unidade de Saúde, Alcoólicos Anônimos, Conselho Local), sentindo que transformaram sua vida através da troca de conhecimentos vivenciada nos grupos. Relembrando a afirmação deste participante:

Na promoção ali né, é promover como eu me promovi, eu tava lá em baixo e hoje estou me promovendo sendo outra pessoa (Acir).

Suas crenças vêm ao encontro do pensamento de Demo (1996) quando declara que a participação deveria levar ao fenômeno da autopromoção e que esta existe enquanto conquista processual. Para entendermos melhor este fenômeno, procuramos definir autopromoção, que para o referido autor, é a característica de uma política social onde os interessados passam a autogerir ou a co-gerir a satisfação de suas necessidades, superando o assistencialismo, quebrando o elo de dependência existente entre o pobre e o doador.

Creio que se diz autopromoção porque o próprio indivíduo se promove, pois conquista sua promoção, sua autoconfiança quando supera o assistencialismo, quando busca as soluções e quando conquista e mantém suas realizações. Passa a ter um compromisso com essa busca e desenvolve a habilidade de se responsabilizar por suas ações, agindo por iniciativa própria e evitando ficar apenas na expectativa. Assim, obtém o controle de sua própria vida e evita ficar à mercê das circunstâncias, mudando sua forma de agir e de pensar, transformando a realidade, a princípio individualmente e depois coletivamente. Como exemplifica este participante:

Eu tava cheio de defeito de caráter quando eu bebia. Tudo quanto era defeito, vou ta recuperando, aos pouquinhos nessas reunião. Eu como membro do Conselho Trabalhando com Outros (CTO) e trabalhando aqui com vocês. Se for chamado pra abordar um coitado que ta sofrendo, também é uma coisa que eu faço. E ainda continua: O cargo do Conselho para representar a minha região, gostei, já fui duas vezes no CSU (Conselho regional) (Acir).

Nesta perspectiva o sujeito acaba desenvolvendo habilidade de se colocar além de seu próprio interesse, percebendo as necessidades dos outros como se fossem suas. Como Acir descreveu anteriormente, ele mudou seus hábitos e hoje ajuda outros com o mesmo problema a encontrar soluções, através do CTO e à sua comunidade através dos Conselhos de Saúde. O próprio indivíduo muda e ajuda os outros a mudarem também. Adquire autoconfiança e a transmite aos demais em sua volta.

Como explica Briceño-León (1998) a participação para a democracia tem como fundamento aumentar a autoconfiança das pessoas. Uma vez iniciada, a experiência de participação, se tiver êxito, converte-se em uma fonte incessante de confiança entre as pessoas.

Os sujeitos da pesquisa comentaram no primeiro encontro e intensificaram suas falas no momento da teorização sobre sua crença de que ao participarem acontecem mudanças,

sendo outra subcategoria do estudo: **Mudança**. Alguns afirmam:

Porque ali que eu aprendi, o que é mudar... Mudar os velhos hábitos. É bom mudar (Acir).

Qualquer reunião que a pessoa vai, pode observar, ele sempre vai melhorar a pessoa se solta um pouco mais (Álvaro).

Porém, na maioria das vezes estas mudanças são lentas e exigem **Paciência** dos participantes, sendo esta mais uma subcategoria da concepção de participação, como diz um dos participantes:

A gente tem que aguardar as coisas, as pessoas não têm paciência de esperar pras coisas acontecer (Abel).

Demo (1996) acredita que o espaço de participação precisa ser conquistado centímetro por centímetro, portanto não podemos andar a metro. Todos os processos profundos de participação tendem a ser lentos, justamente por ser um processo e um fenômeno marcado pela profundidade. Criar uma comunidade participativa mexe com dimensões qualitativas, com a dignidade das pessoas, com a identidade cultural, ideologias, crenças e com a expectativa da realização histórica.

Segundo os participantes ter paciência para aguardar as mudanças é um fator que facilita a participação. Porém, percebo que a maioria das pessoas não a possui, são imediatistas, e não se percebem como parte integrante da garantia de sucesso, do processo de conquista na comunidade, então acabam por desistir e desacreditar neste processo, deixando, portanto de exercer sua cidadania plena e de buscá-la coletivamente.

A **Cidadania** também apareceu como uma subcategoria da concepção de participação. Vale rever a fala de um dos sujeitos da pesquisa, ao referir-se às reuniões que participa (conselhos de saúde, grupos e AA):

A minha cidadania estou recuperando nessas reuniões... Eu recupero a minha cidadania, recupero o meu caráter (Acir).

Demo (1996) define cidadania como a qualidade de uma sociedade organizada sob a forma de direitos (direitos imagináveis que o homem possa ter) e deveres (compromisso comunitário e co-responsabilidade) majoritariamente reconhecidos, sendo a cidadania uma das conquistas mais importantes da história.

O que percebemos é que a cidadania é uma prática pouco vivenciada, pela falta de

informação e conhecimento dos direitos e deveres, contidos na Constituição. Porém, pode ser estimulada através da participação coletiva, pelo processo de conscientização para as conquistas sociais, na luta pela equidade em uma sociedade.

Nos discursos dos participantes, a cidadania se expressa como uma conquista e concebem que a participação **Não É Obrigatória...** Revelam a necessidade das pessoas participarem voluntariamente, colaborando com a comunidade e neste caso, com os serviços de saúde, visando interesses comuns. Conforme expressa este participante da pesquisa:

Nós compreendemos a participação, ninguém é obrigado, aqui também, ninguém é obrigado a nada, mas se convida a participar então tem a generosidade de participar. Um ajuda a comunidade do outro quando vais numa reunião, se tiver além dos membros do Conselho, bastante pessoas da comunidade, na minha opinião, mais força pra resolver certos problemas lá do postinho né, setor saúde no caso (Acir).

Suas falas expressam que quando as pessoas são convidadas a participar devem ser gentis e aceitar o convite. Porém, se participação é conquista, só será verdadeira se conquistada pela comunidade e esta precisa perceber que não existem só direitos, mas deveres também. Portanto é dever da comunidade colaborar e assumir sua responsabilidade neste processo. Buscando formar grupos na comunidade e não apenas fazer parte do que já está formado, pré-determinado pelas instituições.

Wendhausen (2002) acredita que é preciso refletir sobre o risco de impor a participação como mais uma norma disciplinadora das práticas de saúde e não como resultado da vontade dos cidadãos. A identidade histórica que temos é a da não participação e para avançarmos é necessário romper com as práticas autoritárias que se dão a todo o momento.

Todavia, mesmo os grupos que são formados a partir das instituições não devem ser levados ao descrédito, em decorrência de sua formação, pois estes proporcionam o trabalho em conjunto (profissionais-usuários) e favorecem a resolução dos problemas encontrados nos serviços de saúde, desde que a comunidade não seja manipulada pelos profissionais para aceitar as decisões pré-estabelecidas pelos mesmos.

Considerando as afirmações de Bordenave (1994) a participação mesmo quando concedida proporciona o crescimento da consciência crítica, da capacidade de tomar decisões e de adquirir poder. Acredita que em grupos sociais não acostumados à participação, pode ser necessário induzi-los à mesma. Pois assim como podem existir intenções manipulatórias, pode haver o desejo honesto de dar início ao processo participativo.

Concedida ou não a participação existe e, também, cabe aos profissionais de saúde

capacitarem-se para desenvolvê-la da melhor forma, satisfazendo as necessidades do coletivo, sem submissão ou manipulação dos menos favorecidos.

No item seguinte estaremos analisando as formas de participação que os sujeitos deste estudo vivenciam e destacam.

6.2.2 As práticas participativas: instrumentalização da comunidade

Quadro 4 – Categoria 2: As Práticas Participativas

AS PRÁTICAS PARTICIPATIVAS	Conselhos de Saúde Colaborar com a Comunidade Instituições Associação de Moradores Frequentar a Unidade de Saúde
-----------------------------------	---

Fonte: dados da pesquisadora

Existem diversos canais de participação, citados por diferentes autores e conhecidos por nós enquanto cidadãos, o conhecimento destes canais está relacionado com nossas vivências e a partir delas é que os identificamos.

No discurso dos sujeitos sobre as **PRÁTICAS PARTICIPATIVAS**, estes destacaram os **Conselhos de Saúde** e **Colaborar com a Comunidade** (ajudando, dando informações, convidando para uma reunião), seguidas pela prática de frequentar **Instituições** (cultos, catequista, encontro de casais, Associação de Pais e Professores (APP), Alcoólicos Anônimos (AA)), **Associação de Moradores** e **Frequentar a Unidade de Saúde** (quando vai a consulta ou a Unidade de Saúde, grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, puericultura).

Em decorrência do descrito podemos observar que os pesquisados conhecem os canais de participação existentes em sua comunidade e procuram fazer parte deles. Porém, em uma das reuniões, ficou clara a preocupação do grupo com relação às outras pessoas da comunidade, que não costumam participar. Foi em decorrência desta preocupação que definimos o ponto-chave: **dificuldade de participação das pessoas**.

Nos discursos dos participantes destacou-se a subcategoria da participação em **Conselhos de Saúde**. Acredito que isto se deve ao fato de que os sujeitos da pesquisa são conselheiros de saúde e por esta ser a forma de participação mais intensa e atual para os mesmos. Como declara este participante:

No Conselho Regional do Garcia, a gente vê, eu já fui três reuniões lá (Abel).

Sou titular e a mulher é suplente(Conselho Local), então se eu não posso participar hoje, vem o meu suplente (Adair).

Os Conselhos Locais de Saúde foram instituídos no município estudado, em dezembro de 2000 e são compostos por 60% de representantes dos usuários da Unidade de Saúde local e 40% de profissionais de saúde da mesma Unidade. De acordo com a lei complementar que instituiu os Conselhos Locais do município em questão, compete aos mesmos: definir ações de saúde de acordo com o perfil epidemiológico da comunidade e com os princípios e diretrizes do SUS; avaliar, acompanhar e fiscalizar as ações e os serviços de saúde; realizar as pré-conferências, preparatórias para Conferência Municipal de Saúde e encaminhar relatório ao Conselho Municipal de Saúde, sempre que houver necessidade, sobre qualquer fato que vier a acontecer na região, cuja solução transcenda as esferas de decisão do Conselho Local. Os Conselhos tem suas atribuições, organização e normas de funcionamento definidas em um regimento, aprovado pelos mesmos. As suas reuniões acontecem mensalmente e extraordinariamente sempre que houver necessidade.

Estes Conselhos tem a finalidade de possibilitar a participação organizada da população, nos serviços de saúde prestados pelas Unidades de Saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde da população, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Participação esta garantida pela Constituição e pela Lei Orgânica do Município.

Sabe-se que os Conselhos de Saúde colaboram para consolidar a democracia, porém tem seu exercício limitado pela cultura e crenças como, por exemplo, a de que os profissionais de saúde é que detém o saber. Isto decorre de uma relação de saber/poder reforçada pelas instituições, que limita a manifestação espontânea destes conselheiros, com relação às ações de saúde.

Em todos os momentos, tanto como profissional de saúde e enfermeira, quanto como conselheira local de saúde e pesquisadora, percebi que existe uma certa dependência dos participantes com relação ao representante da saúde, nestes espaços citados. A impressão é de que a responsabilidade das decisões é dos profissionais de saúde e que os representantes dos usuários são meros colaboradores. Por mais que se tente dar liberdade às decisões, sempre aguardam a opinião do profissional de saúde. Isto acarreta, em muitos casos, a manipulação das decisões do Conselho, pelos profissionais e gestores.

Outro problema que encontramos nesses conselhos é de que são sempre os mesmos a participar e permanecem por muito tempo, justamente pela falta de adesão dos demais membros da comunidade. Isto é problemático considerando que uma das regras da

democracia é a substituição periódica dos representantes. Goudbout (1983) apud Wendhausen (2002) destaca que quanto mais o indivíduo participa, mais terá a tendência de integrar-se à organização e não ser mais um usuário. Neste sentido é importante nos atentarmos para esta questão em relação aos Conselhos para que sejam de fato democráticos.

Para Kleba (2000) mesmo que a participação não seja a desejável o espaço de participação nos Conselhos de Saúde gera uma nova percepção relacionada à política e ao papel dos atores sociais, possibilitando emancipação política, conhecendo a realidade dos órgãos públicos, seus limites, possibilidades e assumindo co-responsabilidade nas decisões.

A subcategoria **Freqüentar a Unidade de Saúde** apresenta uma baixa freqüência de unidades de registro, entretanto é importante analisá-la. Por um lado parece que os participantes da pesquisa valorizam mais outras formas de participação do que apenas colaborar com a continuidade do tratamento, ou comparecer as consultas ou participar dos grupos específicos oferecidos pelo serviço de saúde (hipertensos, diabéticos, puericultura, gestantes, entre outros). Creio, também, que a citaram pouco porque acreditam que ajudam os profissionais quando utilizam menos a Unidade de Saúde (não incomodam), conforme refere este participante:

Consulto só quando necessário (Abner).

Entretanto, há um outro lado desta questão que merece ser analisada. O fato de mencionarem tão discretamente a USF, como um possível local de participação, pode ser em decorrência de que os profissionais de saúde transmitem insatisfação com a presença dos usuários na Unidade (demanda excessiva, por exemplo, é comum) e estes acabam por não perceber este como um local em que sua participação é bem-vinda. A postura autoritária, assistencialista e medicalizante dos profissionais, pode levar o usuário a entender este espaço apenas como um espaço técnico e não como um espaço político, onde poderiam interagir de forma positiva, organizada e contínua nas ações de saúde, escolhendo caminhos para solução dos problemas de saúde em conjunto com os profissionais unidade.

Vázquez *et al* (2003), em pesquisa realizada com usuários e líderes comunitários, relata que estes entendem a participação na unidade de saúde como forma de dispor do atendimento ou como dificuldade de acesso aos serviços, considerando a utilização dos serviços de saúde como o nível mínimo de expressão de participação em saúde.

Outra subcategoria que os participantes da pesquisa conceberam como prática participativa foi a de **Colaborar com a Comunidade**, quando conversam com as pessoas, as apóiam ou fazem algo para ajudar a comunidade estão colaborando com a mesma e desta

forma participando. Como referiu este participante:

Levar mensagem e ta fazendo algo pela comunidade e vim ajudar. Quando alguém pede informação dá satisfação. A gente senta e conversa convida o cara pra conversar (Acir).

Percebo que acreditam em formas informais de participação, pois o simples fato de fornecer uma informação ou sentar e conversar faz parte das práticas participativas, na concepção destes participantes. Isto se dá, provavelmente, em decorrência de sua cultura, por acreditarem que uma sociedade se constrói através da solidariedade entre as pessoas, sobrepondo-se ao interesse individual.

A subcategoria **Instituições**, concebida como mais uma prática participativa, destacada nas falas dos participantes quando se referem à participação em reuniões em encontro de casais, igrejas, associação de pais e professores (APP), Alcoólicos Anônimos (AA), Pastoral da Saúde e creches. Conforme relatam:

Já fui tesoureira no jardim, participei da APP da escola (Adele).

Participo em todos, esse grupo, o grupo da igreja, lá no AA e outras que vou por ai (Acir).

Participar das reuniões de **Associação de Moradores**, também foi destacada nas falas e concebida como uma prática participativa. Como relata:

Pelo que ele se expressou aqui é uma pessoa que ta participando, tanto no postinho como na Associação de Moradores, ta integrado com a comunidade, então acho que ta sabendo o que ta se passando (Abel).

Demo (1996) destaca a associação como uma forma adequada de organização popular, por ser mais aberta, livre e talvez a maneira mais simples de começar.

Pela freqüência nas falas dos pesquisados pude perceber que acreditam e vivenciam os benefícios da participação, nas Associações de Moradores, nos Conselhos Locais e Regionais, nas instituições, e em outros grupos já citados por eles anteriormente. Porém ainda não a praticam efetivamente, pois se nos reportarmos aos descritos de Briceño-León (1996), sobre as formas de participação, a praticada pelos participantes da pesquisa, ainda não é a ideal, por esperarem que a iniciativa parta de um órgão externo e não da comunidade, talvez por necessitarem de um reforço na autoconfiança.

Para Briceño-León (1996) a confiança é fator fundamental no sucesso de uma ação, pois tendo confiança o indivíduo fará um esforço especial para alcançar seus objetivos. Cabe a

comunidade e aos profissionais de saúde favorecer esta participação e buscar conjuntamente formas de facilitá-la. Algumas destas formas de favorecer a participação, citadas de acordo com as concepções dos participantes da pesquisa, serão analisadas a seguir.

6.2.3 Os fatores que facilitam a participação

Quadro 5 – Categoria 3: Os Fatores Facilitadores da Participação

OS FATORES FACILITADORES DA PARTICIPAÇÃO	Pessoalidade no Convite Organização Conhecer a Realidade Facilitar o Acesso Impor Condições Motivação Tempo Disponível
---	---

Fonte: dados da pesquisadora

De acordo com os sujeitos da pesquisa, existem vários fatores que favorecem a participação, aos quais denominamos de **FATORES FACILITADORES DA PARTICIPAÇÃO**, destacando em seus discursos os seguintes: **Pessoalidade no Convite, Organização, Conhecer a Realidade, Facilitar o Acesso, Impor Condições, Motivação e Tempo Disponível.**

Para o grupo pesquisado o que mais favorece a participação comunitária é a **Pessoalidade no Convite**. Um convite por escrito e entregue pessoalmente, pelos conselheiros, que são pessoas da comunidade, seria a maneira mais eficaz de atrair as demais pessoas da comunidade a participarem das reuniões dos Conselhos e Associações. Como explicam os participantes:

Eu tenho uma idéia assim: se fizer uma folha explicando tudo, como funciona e eu saía casa por casa: olha vai ter uma reunião, nós vamos participar do Conselho de Saúde, participar das reunião, participar uma vez por mês, mas vamos ajudar. Eu iria de casa em casa tentar convidar essas pessoas... Olha tal dia vai ter uma reunião, do Conselho de Saúde, pras pessoas participarem, pra entender melhor como funciona o postinho, como funciona médico. As pessoas ir até a reunião tal dia, porque tem conselheiro, quanto mais participação do pessoal, mais pessoas, aqui tem tantas famílias. Mais pessoa participar pra entender como funciona. E conclui: Quem sabe conversando, indo lá na casa deles, implorando (Abner).

Bordenave (1994) acredita que sem comunicação não pode existir a participação e que a intervenção de pessoas no processo de tomada de decisões requer dois processos comunicativos: o de informação e o de diálogo.

Acredito que os participantes sentem a necessidade de tornar este processo de mobilização mais humanizado, demonstrando consideração pelas pessoas. Percebo que mesmo tendo uma cultura que os leva a serem mais conservadores e não gostarem de expor suas idéias, querem mudar e fazer com que as pessoas que os rodeiam também mudem. O convite entregue em mãos, por um representante da comunidade, explicando o que é o Conselho, porque existe e qual sua função certamente quebrará uma barreira, que existe para algumas pessoas, que as mobilizará para a participação, fazendo com que sintam-se acolhidas.

Conforme explica Demo (1996) nas comunidades onde predomina a colonização européia (Sul) é mais fácil de mobilizar, por estarem mais habituados ao trabalho comum, do que onde predomina a postura portuguesa e negra (Nordeste), por serem estes mais individualistas e submetidos a credices conformistas.

Analisando a citação anterior e confrontando-a com a realidade dos participantes, percebo que estes descendem de alemães em sua maioria e através de sua cultura sentem-se motivados a participar e a mobilizar outras pessoas na comunidade. Isto não acontece com os usuários que residem nas áreas localizadas nos morros desta localidade, composta por negros e imigrantes (norte e nordeste do país). Talvez a dificuldade de mobilização nestas áreas seja em decorrência das divergências culturais dos moradores e da falta de identidade cultural.

Porém, além de atrair as pessoas, é necessário manter a adesão das pessoas ao grupo, por isso os participantes acreditam que além do convite deve existir uma **Organização:** deverá ter alguém para convidar a comunidade, um local para reunião, um dia e horário definidos conforme referiram nos encontros:

Cada bairro pegar um agente do postinho (Agente de Saúde) para resolver (convidar), marcar cada mês, um dia, achar um local (para as reuniões) (Adair).

Devia começar pelos bairros, procurar buscar esse pessoal eu vou fazer o seguinte, quem é do conselho, vou falar pra eles (de saúde), você vai ficar responsável por essa rua ali, vai conversar com as pessoas (Abel).

Tem que ter alguém pra ir atrás, isso nós já temos né, marcar o dia e ter um local pra se reunir (Abner).

Para uma comunidade ter voz e vez precisa organizar-se, sendo este um processo de preocupação diária das comunidades, que com ele aprenderiam as formas possíveis de

realização participativa ou criariam as suas próprias formas.

A participação para Bordenave (1994) pode ter uma intenção integradora ou transformadora, tanto uma como a outra demandam algum tipo de organização das pessoas. Portanto a participação tende para a organização e esta facilita e canaliza a participação, tornando-se mais eficiente com a distribuição de funções e a coordenação de esforços individuais.

Para Briceño-León (1998) a participação é uma forma de aumentar os níveis de organização da população e esta é uma contribuição essencial ao fortalecimento da democracia.

Crêem também que em alguns casos, para favorecer a participação, deve-se **Facilitar o Acesso** a ela, principalmente para aqueles que moram em locais, onde este é difícil, sem transporte coletivo. Nestes casos deve-se fazer as reuniões em ruas específicas, na tentativa de trazer representantes do maior número de ruas possível, para o Conselho Local, como expressam em suas falas os participantes:

Convidar daqui pra baixo pra ver se o pessoal mais pertinho aqui vem (Abner).

Uma ação que a gente pode fazer é através da associação. Primeiro pegar uma associação, alguém vai distribuir os convites, fazer uma reunião naquele dia só pro pessoal daquela associação, naquela rua ali. Outra data o pessoal do morro, conforme são os setores (cada micro-área). Então talvez ficando mais perto da associação é um meio de trazer as pessoas (Abel).

O acesso a que os participantes se referem, creio tratar-se, em sua maioria, daquele de ordem geográfica e econômica, pois as dificuldades que enfrentam para a participação estão relacionadas às barreiras geográficas e financeiras utilizadas pela comunidade como justificativa para a não participação. Vale lembrar que ainda existem os de ordem sócio-cultural e organizacional. Na minha opinião são os mais relevantes e permanecem embutidos nas justificativas dos usuários. Como já comentamos as culturas divergentes e talvez a falta de um consenso ideológico é que contribui para esta dificuldade de mobilizar para a participação.

Fekete (1997) acredita que a acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, classificando-os como: de ordem geográfica - quando esta reflete a distância, os recursos e na presença de características físicas que impeçam ou dificultem o acesso; de ordem organizacional - quando está representada pelos obstáculos que originam os modos de organização dos recursos; de ordem sócio-cultural - quando está relacionada à percepção que o indivíduo tem sobre a gravidade do problema, decorrente de suas crenças e

hábitos; e de ordem econômica – quando a oferta torna, ainda, o gasto das famílias elevado, incluindo o consumo de tempo, energia e recursos financeiros.

Quando existe um consenso ideológico alguns valores e crenças fundamentais são aceitos pela maioria. Quando isso acontece à participação é facilitada, pois todos compartilham o objetivo comum (BORDENAVE, 1994).

Outro fator identificado, como facilitador da participação, foi o **Tempo Disponível**, ou seja, participa quem tem disponibilidade para tal, citam como exemplo os aposentados, como a maioria dos participantes da pesquisa:

Agora que eu me aposentei, eu disse, agora vou voltar a ajudar a comunidade novamente. Eu tenho tempo mais livre (Abel).

Acreditam que, as pessoas aposentadas têm mais tempo disponível para as atividades na comunidade, porém esquecem-se que na atual situação econômica, muitos aposentados estão trabalhando para terem mais uma fonte de renda e em alguns casos possuem mais de um emprego, para poderem suprir suas necessidades.

Percebem, que em alguns casos, é necessário **Impor Condições** que obriguem as pessoas a participarem, citando o exemplo comentado no grupo por um dos participantes:

Reclamou? Por que reclamasse? Então vem na reunião (Conselho Local) vai explicar ali qual o teu motivo (Abel).

Crêem que uma forma de mobilizar as pessoas, é as obrigando a participar em decorrência de suas reclamações. Creio que esta seja uma forma de afastar ainda mais as pessoas. Vejo esta subcategoria como uma contradição à concepção de participação, quando citam que a mesma **Não é Obrigatória...** Podemos atribuir isso ao fato de possuímos resquícios do autoritarismo vivenciado e desta forma quando assumimos algum tipo de poder, passamos de dominados a dominador. Demo (1996) explica que há uma tendência histórica a dominação, portanto a sociedade tende a organizar-se com predominância de uma postura hierárquica (de cima para baixo), sendo peculiar que haja um lado minoritário que comande e outro majoritário que obedeça. Por conseguinte, participação, não é ausência, superação, eliminação do poder, mas outra forma de poder.

Percebo que a maneira como nos comunicamos com estas pessoas, neste momento, é fundamental para mobilizá-las se não estivermos capacitados para agir nestes momentos, perderemos pessoas que realmente poderiam contribuir para mudanças significativas nos serviços de saúde e na própria comunidade. Daí a importância do convite, uma maneira sutil

de esclarecer o indivíduo sobre a importância da sua participação no Conselho.

Para Bordenave (1994) a medida em que a estrutura de uma organização é flexível a participação desenvolve-se mais naturalmente.

Outros fatores ainda relatados foram que as pessoas precisam ter **Motivação** para participar e devem **Conhecer a Realidade**, conhecer o funcionamento da Unidade de Saúde, o que é o Conselho Local de Saúde e ter interesse pelos problemas de saúde da comunidade. Conforme afirma um dos sujeitos da pesquisa, Abel:

Eu sei lá, parece que falta alguma motivação pra esse pessoal.

Se você não participa não conhece nada.

Crêem que, conhecendo a realidade, as demais pessoas da comunidade estariam mais mobilizadas para a participação, pois teriam mais motivação. Em contrapartida também acreditam que só buscam o conhecimento da realidade através da participação, se estiverem mobilizadas para tal, gerando um círculo virtuoso para a mesma. Participando estarão conhecendo; conhecendo estarão mais mobilizados para as ações e para favorecer a participação como um todo, não apenas para comparecer a reuniões organizadas, seja de Conselhos ou Associações.

Para Demo (1996) a auto-sustentação de processos participativos não é tarefa fácil, tudo luta contra a mobilização. A motivação participativa pode ser variada, girando em torno da sobrevivência material, da constituição de direitos, das culturas, criando grupos de interesse (associações, clube mães).

O exposto pelo autor demonstra estar em concordância com os resultados da pesquisa, quando os sujeitos do estudo afirmam que quando as pessoas conhecem melhor a realidade da saúde local e percebem que os interesses são mútuos, aumenta a motivação destes para a participação das ações em saúde.

Fui surpreendida pela clareza dos participantes quando se referiram à importância de **Conhecer a Realidade** como um Fator Facilitador da Participação. O fato de expressarem esta percepção é positivo, porque este conhecimento representa a base para o entendimento e o início do processo participativo. Isto fica claro quando afirmam:

Tem pessoas que não gostam, mas porque, porque não participa... Eu gosto de participar do conselho de saúde, participar o quanto mais for possível (Abner).

Então o que acontece a pessoa tem que sentir na pele pra ver como é que funciona... Olha, pra eu conhecer um pouquinho mais eu vou ter que vir aqui fazer um estágio no postinho (Abel).

Nunca pude falar nada, porque eu não sabia como é que era, como funcionava qualquer dia eu vou começar vir aqui uma semana, duas semanas, todo dia no período da manhã pra saber como é o atendimento das pessoas (Adair).

A afirmação de Demo (1996) que vem ao encontro das falas dos participantes é com relação aos obstáculos dos processos participativos, quando cita o centralismo como um deles e afirma que este inverte o fluxo participativo, já que a substância vem do centro (de forma artificial e impositiva) para as bases. Pois segundo um dos sujeitos da pesquisa:

Muita coisa vem de cima e o certo é começar com a comunidade, se tiver bom pra comunidade ai vai. O certo seria assim (Álvaro).

Em seu livro a Pedagogia do Oprimido, Freire (2000) afirma que a luta dos indivíduos não pode se restringir a objetivos pontuais, pois precisa confrontar-se com a realidade, reconhecer contradições e propor alternativas para mudar as estruturas sociais. Complementa ainda, que o primeiro passo para a emancipação é perceber a realidade em sua dinâmica, em suas contradições e em sua incompletude, a partir de uma perspectiva própria, reconhecendo, assim, os valores e seu papel dentro desta realidade.

Desta forma o indivíduo deve assumir seu papel de cidadão e deixar de ser um mero expectador, passando a ter um papel fundamental nas decisões de sua vida e comunidade, como sujeitos ativos, participativos e dialógicos. Ao meu ver, práticas que permitem o conhecimento reflexivo da realidade podem desencadear um processo de empoderamento, que favorece a iniciativa na tomada de decisões, torna o indivíduo o condutor de sua própria vida e favorece a igualdade nas relações de poder.

Para Carvalho (2004) o empoderamento busca apoiar pessoas para que realizem suas análises e tomem as decisões que considerem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e capacitando para intervir na realidade. Através do processo de empoderamento ocorre uma mudança na percepção da realidade (antes considerada imutável) e sobre a determinação dos papéis dos outros e de si mesmo. É nesta vivência que o indivíduo reconhece e experimenta, necessidades e potencialidades que viabilizam o desenvolvimento de competências e habilidades, para a realização de mudanças significativas (KLEBA, 2005).

Creio que conhecendo a realidade em que está inserido, o indivíduo a reflete e atua sobre ela, desenvolvendo novas maneiras de agir diante das situações que vivencia no seu dia-

a-dia. Ali identifica resultados positivos que o estimulam a desenvolver novas ações, que o levam a atingir seus objetivos e da comunidade onde vive e a utilizar, melhor, os recursos oferecidos por ela. Adquire ainda um maior conhecimento sobre o seu meio, o que favorece o melhor conhecimento destes recursos e a conquista de benefícios sociais, a medida em que experiência a organização comunitária e percebe a força do trabalho em conjunto.

O processo de empoderamento necessita estar inserido social e coletivamente no desenvolvimento dos potenciais, já que sua evolução depende de fatores facilitadores relacionados ao meio sócio-ambiental dos indivíduos que o experienciam (KLEBA, 2005).

Porém, a maioria dos programas que trabalham na perspectiva do empoderamento comunitário, talvez por não terem profissionais capacitados, utilizam uma abordagem que parte do gestor para o usuário, em decorrência das propostas partirem da própria instituição ao invés de partirem da comunidade, o que atrapalha o processo, impedindo, protelando ou mascarando a transformação da realidade. Isto faz com que o indivíduo faça parte do processo, porém não decide. Kleba (2005) acredita que o papel do profissional, juntamente com os demais envolvidos, deva ser o de alcançar o desvelamento contínuo da realidade e para a luta, viabilizando a formação da consciência e a intervenção crítica na realidade.

Para isso é necessário que os profissionais e a própria comunidade libertem-se de seus pré-conceitos e assumam uma postura de parceria, humilde e tolerante, acreditando como Briceño Leon (1996) que não existe um que sabe e outro que não sabe, mas existem saberes diferentes e a troca destes saberes deve ser favorecida por ambos, para que o ser humano seja promovido e contribua para aumentar seu sentimento de autovalorização.

Freire (2000), porém, alerta que esta crença deve ser crítica, pois o ser humano tem suas limitações e pode ser corrompido quando vive uma situação de poder. Não devemos nos deixar atingir pelo conformismo, mas sim buscar a liberdade de escolha, ser ativo e criativo para buscar formas de modificar a realidade.

Os participantes do estudo demonstraram, e eu observo enquanto profissional de saúde e conselheira local, que ainda existe muita dependência na tomada de decisões dos usuários com relação aos profissionais de saúde, e o não reconhecimento de seus potenciais. Se estes profissionais não forem sensibilizados e capacitados para tal e se não persistirem no fato de que cabe ao usuário assumir certas decisões e ações, a participação não será completa. Estas pessoas precisam sentir-se realmente integradas ao processo e mobilizadas a agir, a buscar soluções juntamente com os demais membros da comunidade onde vivem. Acredito que isto poderá gerar um sentimento de capacidade para mudar situações que antes acreditavam estarem fora de seu alcance.

Considero que um aspecto significativo do empoderamento seja o de possibilitar a vida em sociedade, o que inclui um pensamento reflexivo que qualifique a ação comunitária. Portanto, muitos não assumem a participação, devido a fatores que os impedem, interferem no processo de participação, desfavorecendo-a e acabam os levando a uma decisão contrária à participação. Muitos destes fatores foram destacados pelos participantes e serão detalhados a seguir.

6.2.4 Os fatores que limitam a participação

Quadro 6 – Categoria 4: Os Fatores Limitadores da Participação

OS FATORES LIMITADORES DA PARTICIPAÇÃO	Falta de Compromisso Falta de Tempo Mudança é Lenta Fator Sócio-econômico Falta de Espaço Físico Comunidade é Pouco Acolhedora Falta de Conhecimento da Realidade Dificuldade de Acesso Falta de Organização
---	---

Fonte: dados da pesquisadora

Durante o estudo os participantes relataram que existem inúmeros fatores que dificultam a participação da comunidade, aos quais demos a denominação de **FATORES LIMITADORES DA PARTICIPAÇÃO**, sendo os mais frequentes nas falas, os seguintes: a **Falta de Compromisso**, a **Falta de Tempo**, seguidos do **Fator Sócio-Econômico**, da **Falta de Espaço Físico**, a **Comunidade é Pouco Acolhedora**, a **Mudança é Lenta**, da **Dificuldade de Acesso**, da **Falta de Conhecimento da Realidade** e da **Falta de Organização**.

Na percepção dos participantes da pesquisa a **Falta de Compromisso** é um dos fatores que limita a participação, pois não querem assumir compromissos, este é um fator que preocupa muito os participantes, o que os faz perceber o problema da dificuldade de participação e buscar soluções para tentar resolvê-lo, deixaram isto claro em suas falas, como explicam os sujeitos da pesquisa:

Já pensei por que as pessoas não querem mais assumir nada, por que? A pessoa não quer assumir compromisso. Não quer se comprometer com a comunidade (Abel).

Então o que está acontecendo, tá vindo outra geração agora, você vai pedir pra eles ajudar alguma coisa na comunidade, eles não ajudam, não querem saber não querem se comprometer. Então a própria geração que tá vindo agora, você não consegue mais as pessoas pra trabalhar, você vai convidar um jovem, não todos, mas você vai convidar alguns jovens pra alguma atividade na igreja, é difícil você conseguir, assim também como alguns jovens pra trabalhar no postinho de saúde e pra saber se teve alguma informação eles não conseguem (Abel).

Nós teria que achar uma maneira de buscar as pessoa, nós precisamos achar uma solução de busca mais gente (Adair).

Borba (2004) destaca como um dos limites dos conselhos gestores: a ausência de motivação e “comprometimento” de conselheiros, principalmente aqueles indicados pelo setor “governo”.

Bordenave (1986) atribui a civilização moderna, com seus complexos industriais e com seus meios eletrônicos de comunicação massiva ter levado o homem ao individualismo massificador e atomizador. Talvez este individualismo faz com que os jovens de hoje sejam menos solidários, e não percebem a importância de colaborar com a comunidade.

Ainda acreditam em outro motivo, a **Falta de Tempo**, em decorrência do trabalho ou de outras atividades como jogos, grupos de casais entre outros.

Destacam, também, a morosidade dos processos em saúde (compras de materiais e equipamentos, consultas, especialidades, exames de alto custo, cirurgias) como um dos vilões da falta de participação. Como não participam não conhecem a realidade que envolve estes processos e não somam esforços para que as mudanças ocorram e ainda porque não acreditam em mudanças, pois não as vêem, as **Mudanças são Lentas**, conforme afirma um dos participantes:

Eles não vêm porque não muda nada. Ele não vem, ele já colocou isso pra mim ele não vem porque ele não acredita. Do que adianta participar e as coisas não são resolvidas (Adele).

Esse é o vilão a demora, pra acontecer às coisas (Abel).

De acordo com o descrito por Demo (1996) existem riscos constantes nos processos participativos por serem facilmente paliativos (por se exercitarem em esferas menos fundamentais na vida do grupo); efêmeros (por durarem por tempo determinado, coincidindo com certas lideranças); demorados (por ser um processo, fenômeno marcado pela profundidade) e ainda por serem suspeitos (pela tentativa de usarem os movimentos em

interesses próprios ou pelo caráter contestador do processo).

Infelizmente os processos realmente são lentos, muitas reivindicações não são concretizadas ou se forem, muitas vezes, quem as solicitou não presencia sua realização. Em um dos encontros foi citado um fato, semelhante, relacionado à linha de transporte coletivo em uma rua de difícil acesso. Um dos moradores que estava à frente de todo o processo de reivindicação, não pode vivenciar sua conquista, pois devido à idade e às seqüelas de um AVC (Acidente Vascular Cerebral), que o deixou acamado, não pode presenciar a inauguração da linha de ônibus. Isto desestimula os demais que acompanharam todo o processo, levando ao descrédito. Como relata Adair:

O pessoal tá tão desacreditado que amanhã depois passa um pelo outro e nem cumprimenta.

Para alguns participantes o **Fator Sócio-Econômico** também está relacionado com a dificuldade de participação, em decorrência dos horários de trabalho das pessoas e em alguns casos, com mais de um emprego para poder suprir suas necessidades. Ao final do dia estão exaustas e ainda tem outros compromissos (família, casa, reuniões na escola e na igreja, lazer).

A **Falta de Espaço Físico** foi também citada em decorrência de muitas associações não terem um espaço adequado para reuniões. A mudança constante de local acaba desmotivando a comunidade e dificultando o acesso das pessoas, na opinião de alguns. Opinam estes participantes:

A associação hoje tá muito fraca, não temos sede (Adair).

A maioria das associações de moradores não tem sede (Abel).

Outros afirmam que, como na sua região existe um fluxo muito grande de pessoas de várias localidades diferentes, tanto do estado como do país e a **Comunidade é Pouco Acolhedora**. Isto gera um distanciamento entre elas, caracterizando-se como mais uma limitação para a participação. Conforme relata:

Então o que aconteceu, foram chegando às pessoas, ninguém acolheu as pessoas quando vinham de fora, foram tumultuando, tumultuando, hoje tem que mudar o hábito dessas pessoas (Abel).

Tá mais isolado (Abner).

Alguns ainda atribuem a **Dificuldade de Acesso** como limitador da participação,

considerando que muitos moram em morros, onde o acesso é precário, não tem transporte urbano e em muitos casos nem luz elétrica. Nesta região já ocorreram assaltos com moradores ao retornar do trabalho a noite, o que intimida os demais a saírem de casa neste período.

Aquela pesquisa que foi feita, que a gente foi nas casas, sobre o acolhimento, eu disse pra Abner, não é fácil descer aquele morro lá (Adele).

É tinha um morro lá que nós precisamos subir, eles tavam calçando, tinha areia, olha brincadeira, que era alto era, pra tu ver não é fácil (Abner).

Pude observar através dos relatos dos participantes que muitos dos motivos que limitam a participação estão ligados a situação sócio-econômica das pessoas, mesmo não sendo este o mais citado pelos mesmos. Afirmam que o cansaço após um dia de trabalho faz com que a pessoa não compareça aos encontros. Outra dificuldade de acesso pode estar relacionada ao fato de que muitos necessitam (passe) de ônibus para chegar ao local das atividades, o que os leva a não participarem e continuarem sem conhecer a realidade deste processo. Moram em locais afastados justamente porque a situação econômica não permite que seja diferente, percebem-se socialmente excluídos, pois não participam de mais nada em sua comunidade, não conhecem as pessoas e ficam intimidados de participarem ou sentem-se incapazes para tal, pois não estão vivenciando espaços de troca, não participam das decisões tomadas pelo grupo. Quando se deparam com algum problema nas instituições de saúde, não sabem como resolvê-lo, a não ser com agressões ou abandonando e se distanciando, ainda mais, destas instituições e da melhoria da qualidade de sua assistência.

Acredito que a luta por uma melhor qualidade de vida, incluindo saúde, educação, trabalho, moradia entre outros, só será possível em conjunto com outros indivíduos e setores da comunidade e/ou município, com capacidade de assumir os canais de participação e transformar a realidade através de ações desenvolvidas ou direcionadas pela própria comunidade. Desenvolver estratégias para minimizar estes fatores seria uma forma de ampliar a participação e o controle social, contribuindo para formação da consciência sanitária na defesa e garantia dos direitos conquistados na saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em pesquisar a temática da participação foi motivado por algumas questões levantadas por nós como profissionais de saúde e cidadãos, na intenção de melhorar as condições de trabalho e de favorecer mudanças sociais e nos serviços de saúde. Ao longo do processo implementado procuramos trocar conhecimentos, dialogar e ampliar nossa visão com relação às vivências e representações dos conselheiros locais de saúde.

Em relação aos encontros a partir dos quais coletamos os dados, poderia dizer que o carinho e disponibilidade com que os conselheiros me receberam, ao serem convidados a participar da pesquisa e seu envolvimento, durante todo o processo, foi estimulante e proveitoso. Demonstraram grande interesse em fazer algo para mobilizar as pessoas para o Conselho, de modo a participar mais das decisões em saúde e da própria comunidade. É o que afirma Adam:

Através dessa pesquisa, no final vai beneficiar para trazer esse pessoal que não vem participar.

Em alguns encontros surpreendiam-se, pois não percebiam o tempo passar. Em uma reunião quando indaguei se queriam continuar, pois estávamos há duas horas teorizando um dos participantes disse:

*Não sei se vocês querem continuar a leitura, porque já são quase sete horas.
-Álvaro: dez para as sete.
Pesquisadora: é, há duas horas já estamos aqui.
Adam: meu, parece meia hora.*

Na concepção do grupo a participação foi definida como **Aprendizado, Integração, Autopromoção, Não é Obrigatória**, proporciona **Mudança** e o exercício da **Cidadania** e exige **Paciência** dos envolvidos no processo. Destas, a subcategoria que mais se destacou nas falas, desde o primeiro encontro, foi o **Aprendizado**, sendo a participação um processo, em constante transformação dos envolvidos, favorecida pelo aprendizado e pela troca de saberes diferentes.

Como Práticas Participativas citaram as exercidas nos **Conselhos de Saúde**, nas **Unidades de Saúde**, nas **Instituições**, na **Colaboração com a Comunidade** e nas **Associações de Moradores**. A que mais teve destaque foi àquela exercida nos **Conselhos de Saúde**, em nível Regional e Local. Em nenhum momento citaram o Conselho Municipal de

Saúde. Acredito que a participação no conselho local foi a mais citada, por ser a forma de participação mais vivenciada pelos participantes atualmente. Ficou claro no estudo que os participantes conheciam diversos canais de participação em sua comunidade e utilizavam-se deles para efetivá-la. Em sua maioria estes canais são favorecidos por iniciativas das instituições e não da comunidade, com exceção da Associação de Moradores. Talvez ainda não estejam utilizando estes canais da forma mais adequada, pois ainda parecem depender muito das opiniões e decisões dos profissionais de saúde. Em suas crenças, nós profissionais detemos o saber em saúde, e tem dificuldade tomar iniciativas sem antes ouvir a nossa opinião.

Neste momento, utilizando o referencial de Briceño-León (1996) é possível analisar o tipo de participação em que se encontram estes participantes do estudo. Para o autor existem três tipos de participação das pessoas nos programas de saúde: a passiva, que é quando apenas aceitam as instruções da equipe e programas dos órgãos de saúde; a ativa, quando o sujeito não só aceita, mas toma parte da execução das tarefas com ou sem supervisão, respondendo a iniciativa de um agente externo; e a participação que se dá quando a própria comunidade toma iniciativa, propõe a ação e atribui ou não um papel ao agente externo (equipe de saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde, Vigilância Epidemiológica...). Neste estudo, o que pudemos observar é que a participação do grupo é ativa, pois tomam parte das decisões, porém estas ainda partem de um agente externo, neste caso do profissional de saúde. Porém, nada impede que isto possa se modificar com o decorrer do tempo.

Ainda, de acordo com o mesmo autor (Briceño-León, 1998), a participação adquire várias modalidades, destas destacamos duas que mais se identificam com as falas dos sujeitos da pesquisa, sendo elas: a Participação como Organização Democrática, que para o autor tem como fundamento aumentar a autoconfiança das pessoas; e a Participação como Mecanismo de Transformação do Setor Saúde, sendo esta um aval essencial para impulsionar a prevenção e a atenção primária à saúde, pois não devemos esperar que o apoio à atenção primária venha do poder constituído.

Além das concepções e práticas da participação, os participantes apontaram **OS FATORES FACILITADORES E LIMITADORES DA PARTICIPAÇÃO**. Dentre **OS FATORES LIMITADORES** destacaram-se os seguintes: a **Falta de Compromisso**, a **Falta de Tempo**, a **Falta de Espaço Físico**, a **Falta de Conhecimento da Realidade** e a **Falta de Organização**. O fato de a Comunidade ser **Pouco Acolhedora**, terem problemas **Sócio-econômicos**, **Dificuldade de Acesso** e as **Mudanças Serem Lentas** durante o processo de participação, também contribuem para a limitação da participação em saúde. A discussão

destes fatores nos levou à identificação do ponto-chave: a “dificuldade de participação das pessoas”. Os mais citados pelos participantes foram a **Falta de Compromisso** e a **Falta de Tempo**. Atribuem estas questões aos tempos modernos, cujas gerações não querem assumir compromissos, o que leva os jovens a tornarem-se mais individualistas e menos solidários, não aceitando o convite à participação na comunidade.

Destaco aí ao fator Sócio-econômico, não por ser o mais citado, mas por estar relacionado a vários outros fatores que dele decorrem. A consequência mais imediata é a exclusão social dos participantes, por não estarem vivenciando estes espaços de troca e não participarem das decisões na comunidade, distanciando-se das instituições de saúde e muitas vezes abandonando-as definitivamente.

Dentre os **FATORES FACILITADORES** foram apontados por eles: ter **Pessoalidade no Convite**, ter **Organização**, **Facilitar o Acesso**, **Impor Condições** à participação, ter **Motivação** e **Tempo Disponível** para participar. A subcategoria mais citada pelos participantes foi a **Pessoalidade no Convite**. Percebem, diante de sua realidade, que um convite bem elaborado e entregue pessoalmente, seria fundamental para fomentar a participação. Tanto que, a partir desta percepção é que definimos uma das hipóteses de solução para o problema: **elaborar um Convite**, da forma sugerida pelos participantes.

Este convite foi elaborado pelos participantes da pesquisa e foi entregue aos conselheiros locais em fevereiro de 2005, quando ocorreu a primeira reunião do ano, para que os distribuíssem na comunidade, convidando-a para a reunião do mês de março. Nesta reunião compareceram 22 usuários, enquanto que a média de comparecimento, até então, variava entre 8 e 10 representantes da comunidade.

O que mais me surpreendeu foi o fato de ressaltarem a importância do Conhecimento da Realidade como base para o processo participativo, pois a partir daí é que o indivíduo fundamenta as decisões de sua vida, como sujeito ativo, conduzindo o processo na busca de mudanças nos serviços de saúde e comunidade.

A metodologia proposta por Bordenave e Pereira (2002), utilizada como referencial deste trabalho, favoreceu o levantamento e a problematização da realidade desta comunidade, no que se refere à participação comunitária. Possibilitou-nos – pesquisadora e participantes-, um novo modo de olhar a realidade, de forma mais crítica e fazendo-nos perceber que é possível transformar, tanto os participantes da pesquisa, como as demais pessoas da comunidade. O curto espaço de tempo entre a realização da pesquisa e o período de conclusão da mesma limitou o tempo intervenção, fazendo com que sua última etapa não fosse concluída, em sua totalidade.

Da mesma forma ocorreu com o tipo de pesquisa escolhido, no decorrer do processo percebemos que nos aproximamos de alguns dos princípios da Pesquisa Participante (DEMO, 1989), como, por exemplo, o do autodiagnóstico, entendido como confluência entre conhecimento científico e saber popular e a estratégia de enfrentamento prático dos problemas detectados, estudando-os e discutindo-os para mudar.

Ao trabalharmos com esta proposta de educação desenvolvemos um pensamento crítico, o que levou o grupo a refletir sobre os problemas e soluções e até em desenvolver estratégias para mobilizar a comunidade. Desta forma definiram então, que seria necessário conhecer um pouco mais sobre participação e motivação. Para a teorização utilizamos o livro *Participação é Conquista* (DEMO, 1996). Acharam que lendo sobre o tema estariam mais preparados para mobilizar a comunidade. Lemos e discutimos sobre o conceito, os objetivos e os obstáculos da participação e ainda, sobre mobilização.

Saliento que é fundamental que haja continuidade deste trabalho e este é interesse comum da pesquisadora e dos participantes. Assim estaremos dando continuidade em 2005, quando entregarem os convites elaborados e avaliarem sua receptividade, através da adesão as reuniões e ainda levantando e implementando novas hipóteses de solução e aplicando-as a realidade.

Tal encaminhamento é fundamental não apenas pelos motivos descritos, mas pela contribuição para efetivação do SUS através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo em vista que a participação e a formação dos Conselhos de Saúde no município onde foi realizado o estudo. Lembrando ainda que, na Lei Orgânica de Assistência à Saúde (LOAS) está definido que o controle social e a participação são pilares do SUS e são favorecidos por elas equipes de PSF.

A pesquisa proporcionou um grande crescimento profissional e pessoal. As leituras realizadas e o método utilizado ampliaram o entendimento, tanto dos participantes como da pesquisadora, com relação à participação em saúde. Favoreceu meu crescimento profissional enquanto pesquisadora e enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família. Foi uma oportunidade única de estreitar os laços com a comunidade, de comprovar a importância de estar participando, de manter esta integração entre comunidade e equipe de saúde.

A expectativa é de que este trabalho dê possibilidades para que outras pessoas envolvidas com as práticas de saúde (sejam usuários, gestores, profissionais e instituições), possam repensar suas práticas à luz destes achados de modo que continuem investindo no empoderamento individual e coletivo.

8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; JUNIOR, L. C. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

BAQUERO, M. Reinventando a sociedade na América Latina: cultura política, gênero, exclusão e capital social. **Capital social na América Latina**. 1 ed. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

_____. Reinventando a sociedade na América Latina: cultura política, gênero, exclusão e capital social. **Alcances e limites do capital social na construção democrática**. 1 ed. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

BLUMENAU. **Lei complementar nº 301**. Prefeitura Municipal de Blumenau, 06 de dezembro de 2000.

BORBA, J. Políticas Públicas: O significado político dos conselhos gestores de políticas públicas. In: II Encontro de Pesquisa em Saúde, 9, 2004, Itajaí. **Anais...Itajaí**: Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, 2004.

BORDENAVE, J. E. D. **Além dos meios e mensagens**: introdução à comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

_____, J. E. D. **O que é participação**. 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

_____, J. E. D. **O que é participação**. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____, J. D; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 24 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública dos serviços. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n. 2, p. 355-365, abr/jun. 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Documento Preliminar... Março/96. **Saúde da Família**: uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Brasília, 1996.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. 2. ed. Brasília: MS, 1998.

_____, Ministério da Saúde. **A prática do controle social**: conselhos de saúde e financiamento do SUS. 1. ed. Série histórica do conselho nacional de saúde. Brasília: MS, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

_____, Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde-O Brasil falando como quer

ser tratado. Relatório final. **Carta da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 12, n. 1, p. 7-30. Rio de Janeiro, jan/mar. 1996.

_____. 1998. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**. 14(Sup. 2):141-147.

CARVALHO, A.I.de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM/FASE, 1995.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 4. Rio de Janeiro, jul-ago 2004.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, Academia e Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, n.04, p.52-59, jan.2002.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo, 2002.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **O SUS é legal: Legislação Federal e Estadual do SUS**. Rio Grande do Sul, 2000.

CORTES, S. M. V. Participação na área de saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado. **Saúde: Revista do NIPESC**, v.1, p. 51-69, Porto Alegre.1996.

DAWSON, C. **El movimiento de la revolución mundial**. Buenos Aires, 1963. disponível em: <http://www.duoc.cl/formacion:diccionario>. Acessado em: 28/04/04.

DECLARACAO de Jacarta sobre Promoção da Saúde. In: **4ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde**. Jacarta. México.06/02/2002. Disponível em < <http://www.pbsaude.com.br/utilidade/djacarta.doc>.. Acesso em: 23 de maio de 2003.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

_____, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

_____, P. **Participação é conquista**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

DIAS, J. C. P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.14, n.2. Rio de Janeiro 1998. Disponível em: <http://www...ssrevista.uel.br/cvfn2participação.htm2002>. Acessado em: 25/05/2004.

DOMINGUES, R. N. B. **Programa saúde da família – como fazer**. Minas Gerais: Copyright, 1998.

DONIAK, F. A. **Participação comunitária no processo de desenvolvimento local**: Estudo do caso do município de Rancho Queimado. Florianópolis, 2002. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.

FEKETE, M. C. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Brasília: Lemos Informação e Comunicação Ltda, 1997.

FERNANDES, J. C. L.; MONTEIRO, J. G. de C. Postos comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 127-135, jan/mar. 1997.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. **A abordagem do processo saúde doença das famílias e do coletivo**. Disponível em http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto1_6.asp. Acessado em: 28.04.04.

FRANCO, T; MERHY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns. 1999. Acesso em 24 de janeiro. 2002.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 28. ed, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2000.

JUNGE, P. Antropologia Médica: Nuevos paradigmas en la antropologia médica. In: Congresso Chileno Antropologia, 4, 2001, Chile. **Anais eletrônicos...** Chile: Campus Juan Gómez Millas de la Universidad Del Chile, 2001. Disponible em: <http://hehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congresso/s1201.html> Acesso em 26 fev 2004.

_____,P. Los desafios de la antropologia: sociedad moderna, globalización y diferencia. Cuarto Congreso Chileno de Antropologia. Chile, 19-23 de noviembre, 2001. **Anais eletrônicos...** Chile: Campus Juan Gómez Millas de la Universidad del Chile, 2001. disponible em: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congresso/s1201.html> Acesso em 26 fev 2004.

KLEBA, M. E. A participação social na construção do sistema único de saúde enquanto processo de empowerment. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Trabalho n. 0336. Salvador, Bahia, 2000.

_____, M. E. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **Métodos de coleta de dados**: observação, entrevista e análise documental. Ed. E.P.U. (SL), 1986.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde...** 4. ed. RJ/SP: HUCITEC/ABRASCO, 1999.

MILANI, C. Projeto de pesquisa « Capital social, participação política e desenvolvimento local: atores da sociedade civil e políticas de desenvolvimento local na Bahia » (2002-2005), financiado pela FAPESB e desenvolvido na Escola de Administração da UFBA (NPGA/NEPOL/PDGS). Agradecimentos aos bolsistas Diana Santos, Sheila Cunha e Tiago Guedes.. Disponível em: http://www.adm.ufba.br/apesqnepol_capital.htm

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. Fase exploratória da pesquisa.** 7. ed. RJ/SP: HUCITEC/ABRASCO, 2000.

_____. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. Fase de trabalho de campo.** 7. ed. RJ/SP: HUCITEC/ABRASCO, 2000.

_____. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. Fase de análise ou tratamento do material.** 7. ed. RJ/SP: HUCITEC/ABRASCO, 2000.

_____. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida.** 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

NEUMANN, Z. A. **Participação Comunitária na Promoção da Saúde para a Qualidade de Vida.** (S.L), (s.d). Disponível em: <<http://www.anapac.org.br/redeb111.html>>. Acesso em: 23 de maio de 2003.

OPAS/OMS. **Resultados em Promoção da Saúde com Respeito aos Compromissos da Declaração do México.** Relatório do Brasil, 2003. Disponível em <<http://www.paho.org/Portuguese/hpp/InfBrazil.pdf>>. Acesso em: 23/05/2003.

PAIM, J. **A saúde coletiva e os desafios da prática.** Texto elaborado para a Organização Pan Americana de Saúde. 1991. (mimeo)

PENNA, C. M. M. **Família Saudável: uma análise conceitual.** *Revista Texto e Contexto*, Florianópolis. Ano 1, n. 2, p. 89 -99, jul/dez. 1992.

REISER, F.; WENDHAUSEN, Á. L. P. **As práticas de participação na estratégia de saúde da família (ESF): fatores potencializadores e limitantes.** *Família, saúde e desenvolvimento*, Curitiba, v. 05, n. 03, 2003. (no prelo).

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. **Estratégia de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos Básicos, operacionalização e vantagens.** *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. 1, v. 1, jan/jul. 1992.

SOUSA, H. M. **Estratégia de saúde da família no Contexto do Sistema Único de Saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família.** Brasília, 1999.

STEINEMANN, C.F. *The Vocational Integration of the Handicapped.* In: EASE. 8. ed, v. 13. 1994. Disponível em: www.educ.fc.ul.pt/icm/icm2000/icm32/bibliog/texto.htm. Acesso em: 25/01/05.

TEIXEIRA, E. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TORREALBA, B. S. **Recursos institucionales – el trabajo en la sociedad conteporánea. Um nuevo desafío antropológico.** (SD). Disponível em: <http://www.duoc.cl/documentos/recursos/socicon.html>. Acessado em: 28/04/04.

TRAD, L. A. B. *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Bahia, v. 7, n. 3, p. 581- 589. 2002.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. Pró-Reitoria de Ensino. **Elaboração de trabalhos acadêmico-científicos**. Itajaí, SC: Univali/Pró-En, 2003. 101 p. (Cadernos de Ensino Formação Continuada Ensino Superior. Ano 2, n. 4).

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 7-14. 1999.

VASCONCELOS, E. A Priorização da Família nas Políticas de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, n.53, p. 6-19, set/dez. 1999.

VÁZQUEZ, Maria Luisa *et al.* Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 579-591. 2003.

WENDHAUSEN, Á. L. P. **O duplo sentido do controle social: (des) caminhos da participação em saúde**. Itajaí: UNIVALI, 2002.

_____.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Revista Texto e Contexto**, v. 12, n. 1, p. 17-25, jan/mar. 2003.

WHO (World Health Organization). **Ottawa charter for health promotion... An international conference on health promotion**. Ottawa: WHO/Health and Welfare Canada/Canadian Public Health Association, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>. Acessado em 16/03/2004.

9 APÊNDICES

APÊNDICE “A”

**OFÍCIO ENVIADO À SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.**

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado(a) Sr(a). Secretário (a) Municipal de Saúde

Eu, Fátima Regina Reiser dos Santos, mestranda do curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da UNIVALI venho por meio deste, solicitar sua autorização para realização de uma pesquisa denominada “**Concepções e práticas de participação dos usuários integrantes de Conselhos Locais de Saúde**” com os representantes dos usuários de dois Conselhos Locais de Saúde deste município.

O referido projeto tem como objetivos investigar como os representantes dos usuários no Conselho Local de Saúde compreendem e praticam a participação com a equipe que atua na Unidade de Saúde e também implementar um processo de discussão, com usuários membros do conselho local acerca do tema participação em saúde no seu cotidiano.

Informamos que, para a realização do trabalho, serão feitas entrevistas e grupos de discussão e que, conforme os preceitos éticos, as informações que me forem concedidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, sendo mantido sigilo sobre a identidade dos informantes. É importante também ressaltar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI.

Comprometo-me também em realizar uma devolutiva com os resultados do trabalho para os participantes da pesquisa de modo a contribuir para suas práticas com relação ao tema participação em saúde.

Na expectativa de acolhida de minha solicitação, agradeço antecipadamente.

Fátima Regina Reiser dos Santos
Enfermeira

APÊNDICE “B”

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.**

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CONVITE A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO
“CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS INTEGRANTES DE
CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE”**

Através deste estamos convidando você para participar de um estudo sobre **“CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS INTEGRANTES DE CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE”**. Nossos **objetivos** são investigar como os conselheiros locais representantes dos usuários compreendem e praticam participação com a equipe que atua na Unidade de saúde da sua comunidade e também implementar um processo de discussão, com usuários membros do conselho local acerca do tema participação em saúde no seu cotidiano. A **justificativa** desta pesquisa apóia-se na importância que a participação tem nas práticas de Promoção à Saúde. A **metodologia** inclui várias etapas, desde entrevistas informais até a organização de grupos focais e de discussão com os membros do conselho local. Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Outrossim, esclarecemos que: seu anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; as informações e resultados obtidos ficarão a sua disposição; sua participação não acarretará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus a sua pessoa; os benefícios esperados relacionam-se melhoria das práticas de participação levando a uma maior integração e aproximação entre comunidade e equipe de saúde da família. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos, solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue.

Eu, _____ documento de identidade nº _____ declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a participar do estudo **“Concepções e Práticas de Participação dos Usuários Integrantes de Conselhos Locais de Saúde”** desenvolvido pela mestrandia Fátima Regina Reiser dos Santos e sob a coordenação e orientação da Professora Dra Águeda Lenita Wendhausen, ambas vinculadas ao curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – opção Saúde da Família – do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da UNIVALI, conforme objetivos e metodologia expostos.

LOCAL e DATA _____

ASSINATURA _____

APÊNDICE “C”

**CONVITE ELABORADO PELOS CONSELHEIROS LOCAIS DE SAÚDE
PARTICIPANTES DA PESQUISA.**

FRENTE



CONVITE

Nós do Conselho Local de Saúde, da Rua XXXXXXXXXX, convidamos você, desta comunidade, a participar da nossa reunião, que acontece sempre na primeira Terça-feira do mês, às 19 horas, na Unidade de Saúde (Posto de Saúde).

A sua presença é importante, pois neste dia discutimos assuntos da área da saúde, que é do interesse de todos.

Neste grupo estão envolvidos os profissionais de saúde, que trabalham no postinho, incluindo os Agentes de Saúde e várias pessoas da comunidade.

Assunto:

- ✓ Como você acha que está nosso atendimento?
- ✓ Você sabe como funciona o posto?
- ✓ Como são agendadas as consultas?
- ✓ Você sabe o que é o Conselho local de Saúde?

Então venha discutir conosco esses assuntos e conhecer o nosso grupo.

CONTAMOS COM A SUA PRESENÇA

Conselheiros de Saúde

VERSO

CONSELHO LOCAL – AGENDA 2005

MÊS	DIA	HORÁRIO	LOCAL
JANEIRO	04	19:00	Posto de Saúde
FEVEREIRO	01	19:00	Posto de Saúde
MARÇO	01	19:00	Posto de Saúde
ABRIL	05	19:00	Posto de Saúde
MAIO	03	19:00	Posto de Saúde
JUNHO	07	19:00	Posto de Saúde
JULHO	05	19:00	Posto de Saúde
AGOSTO	02	19:00	Posto de Saúde
SETEMBRO	06	19:00	Posto de Saúde
OUTUBRO	04	19:00	Posto de Saúde
NOVEMBRO	01	19:00	Posto de Saúde
DEZEMBRO	06	19:00	Posto de Saúde

APÊNDICE “D”

PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

1- Iniciamos nos apresentando e cada participante coloca seu crachá. Após apresentamos os objetivos da pesquisa ao grupo. Solicitar autorização para gravar e filmar o encontro e que fale um de cada vez. (5min)

2- Iniciamos o grupo com uma dinâmica de aquecimento (A caixa de fósforos) para o tema, estimulando integração e troca de idéias e aquecimento para o tema Participação em Saúde.

Dinâmica – A caixa de fósforos (PAULINAS. Vivendo e convivendo – dinâmicas de grupo. Ed. Paulinas. SP. [SD]): consiste em retirar os palitos de uma caixa de fósforos, convidar um participante do grupo a quebrar um palito ao meio; convidar outro participante para quebrar dois palitos; e um terceiro para tentar quebrar todos os palitos restantes juntos, o que tornará a tarefa bastante difícil, talvez não consiga cumpri-la.

O facilitador estimulará uma discussão, sobre a diferença entre quebrar um ou vários palitos e ressaltará que, estamos muito mais vulneráveis quando sozinhas e quando unidas ficamos mais fortalecidos. Exemplificando com situações do cotidiano solicitadas aos participantes. Estimulando o questionamento do grupo. Ex. somos um, dois ou todos palitos juntos? As responsabilidades estão sendo divididas ou assumidas por um ou dois? O que pode ser feito para melhorar o cooperativismo e fortalecer a união?

A partir daí podemos iniciar com o roteiro abaixo, de questionamentos específicos para o tema da pesquisa. (15min)

3- Roteiro de questionamentos ao grupo:

1. O que é participar?
2. Quando vocês sentem-se participando?
3. Quais as formas de participação que você identifica em sua comunidade?
4. O que seria participar na área da saúde?
5. Quais as formas de participação em saúde que você identifica na sua comunidade?
6. Quais são os problemas desta participação?
7. O que ajuda a participação?
8. Gostaria que a participação fosse diferente? Como gostaria que fosse?
9. O que gostariam de saber ou trabalhar sobre participação? (50min)

4- Combinar com o grupo os próximos encontros e o tempo de cada encontro. (5min)

5- Lanche.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)