

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

IVANA REBELO ROCHA MAFRA

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE UM
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE PARTICIPAÇÃO**

Itajaí – SC
2005

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

IVANA REBELO ROCHA MAFRA

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE UM
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE PARTICIPAÇÃO**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, para obtenção do título de Mestre em Saúde - Área de Concentração em Saúde da Família.

Orientadora:

Prof^a. Dra. Águeda Lenita Pereira Wendhausen

Itajaí - SC
2005

IVANA REBELO ROCHA MAFRA

**“CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE UM
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PARTICIPAÇÃO”**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

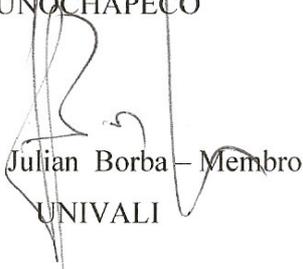
Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, 06 de maio de 2005.

Prof^a. Dr^a. Águeda Lenita Pereira Wendhausen - Presidente
UNIVALI


Prof^a. Dr^a. Ingrid Elsen – Membro
UNIVALI


Prof^a. Dr^a. Maria Elisabeth Kleba
UNOCHAPECÓ


Prof. Dr. Julian Borba – Membro
UNIVALI

Amanda e César,

Vocês, que incentivaram essa jornada,
dedico este trabalho.

Agradecimentos

A Deus,
agradeço por me permitir chegar aqui. . .

À Dra. Águeda,
minha gratidão pelo estímulo que me ajudou a crescer a cada dia,
e pelo privilégio de compartilhar seus conhecimentos.

A minha incansável companheira de trabalho e amiga de todas as horas
Rosangela Aparecida Borba,
pelas valiosas contribuições.

A Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem,
Eleide Margareth Faraht,
pelo incentivo.

Aos meus pais, sogros e familiares
que dividiram em muitos momentos a responsabilidade pelos cuidados com a minha
filha,
apoiando-me para chegar à conclusão deste trabalho.

As queridas Leunice, Salete e Denise Stringari, amigas das horas de choro e de
risos.

Aos Trabalhadores da Equipe do Programa de Saúde da Família
pela disponibilidade com que participaram do estudo.

A Enfermeira responsável da ESF,
pelo seu sorriso, sua amizade e valiosa colaboração na organização dos encontros.

A Dra. Ingrid e Dr. Julian Borba,
pela oportunidade de contar com suas sugestões na qualificação,
e hoje na defesa pública da dissertação.

Aos Doutores, Maria Elisabeth Kleba, Ingrid Elsen e Julian Borba
por tão gentilmente aceitarem fazer parte da banca.

MAFRA, Rocha Rebelo Ivana. **Concepções e Práticas dos Trabalhadores de um programa de saúde da Família sobre Participação**. 2005. 118 fls. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí. SC.

RESUMO

A implantação e construção do Sistema Único de Saúde, principalmente de programas de atenção primária em saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem trazido nas últimas décadas, a preocupação com a participação social como forma de consolidar um modelo assistencial que venha ao encontro das reais necessidades de saúde da população. Assim, empreendemos estudo com o objetivo de implementar um processo de discussão com a equipe de Saúde da Família, de um bairro de um município da região Sul, acerca de suas concepções e práticas participativas em saúde. Participaram da pesquisa doze trabalhadores de saúde: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitário de saúde. Este estudo teve uma abordagem qualitativa, utilizando-se alguns princípios da pesquisa participante, apoiada na metodologia problematizadora de Bordenave e Pereira (2002), cujas etapas constituem-se de: Observação da Realidade, Detecção de Pontos-chave, Teorização, Hipóteses de Solução e à Aplicação da Realidade. A Observação da Realidade iniciou-se com entrevista individual e grupo focal. Com esses dados construímos, em conjunto com o grupo, os pontos chave que foram discutidos ao longo da fase de teorização. O levantamento de Hipóteses de Solução e a Aplicação à Realidade ocorrem no último encontro em que juntamos trabalhadores de saúde e usuários da localidade. O estudo permitiu refletir com os profissionais sobre suas práticas participativas, promover a troca de saberes e experiências, e em conjunto, qualificar as quatro categorias colocadas como objetivos do estudo: concepções de participação, práticas participativas, fatores facilitadores e limitantes da ação participativa. Os resultados permitem identificar que o grupo reconhece a importância da participação e a descreve, porém tem dificuldades em realizar o exercício participativo, o que se atribui à formação biologicista/prescritiva, a expressiva rotatividade de trabalhadores nesta unidade, a falta de preparo para este novo modelo de assistir em saúde que inclui o usuário e a falta de motivação para o trabalho. A formação profissional voltada para a ação participativa, interdisciplinar e intersetorial, valorizando as trocas de saberes, apresenta-se como nó crítico para a consolidação e ampliação da construção do SUS e ESF. É necessário capacitar os profissionais/instituições e usuários, para que reconheçam e valorizem suas diferenças e juntos desenvolvam ações para a promoção da saúde de forma participativa.

Palavras-chave: Participação comunitária. Promoção da saúde. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The introduction and construction of the *Sistema Único de Saúde* (the Brazilian national health system) (SUS) and in particular, primary healthcare programs like the *Estratégia Saúde da Família* (Family Health Strategy) (ESF) have promoted, in recent decades, the idea of social concern as a means of consolidating a healthcare model which meets the real healthcare needs of the population. We therefore embarked on this study with the aim of establishing a process of discussion, with the Family Health team of a local district in a town in the South of Brazil, on their concepts of health and participative healthcare practices. Twelve health workers took part in the study: a doctor, a nurse, a nursing technician, two nursing auxiliaries and seven community health workers. The study was based on a qualitative approach, using some principles of participant research, supported by the investigative methodology of Bordenave and Pereira (2002), which consists of the following stages: Observation of the Reality, Detection of Key points, Theorization, Solution Hypothesis and the Application to the Reality. Observation of the Reality began with individual interviews and focal group. With these data, we outlined, together with the group, the key points to be discussed during the theorization phase. The investigation of the Solution Hypothesis and Application to the Reality took place in the final meeting, which brought together health workers and users from the local area. The study enabled us to reflect, together with the professionals, on their participative practices, to promote the exchange of knowledge and experience and to qualify, together, the four categories proposed as the objectives of this study: concepts of participation, participative practices, and facilitating and limiting factors of participative action. The results enabled us to identify the fact that the group recognizes the importance of participation, and describes it, but has difficulties in putting participation into practice, which is attributed to the biological/prescriptive training, high turnover of workers in this unit, lack of preparation for this new model of healthcare which includes the user, and lack of motivation for the work. Professional training which is geared towards participative, interdisciplinary inter-sectoral action, valorizing the exchange of knowledge, is presented as a critical point for the consolidation and amplification of the construction of the SUS and ESF. There is a need to train professionals/institutions and users to recognize and valorize their differences and work together to plan actions for participative health promotion.

Key-words: Community participation. Health promotion. Family Health Program.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama do Arco ou Arco de Maguerez.	44
Figura 2: Cartaz - Conceitos de Participação.	55
Figura 3: Participação	57
Figura 4: Micro e Macroparticipação	57
Figura 5: Participar segundo Bordenave	57
Figura 6: Maneiras de Participar	57
Figura 7 e 8: Forças na dinâmica participativa	57
Figura 9: PSF: Programa Saúde da Família	60
Figura 10: PSF – ESF	60
Figura 11: ESF	60
Figura 12: ESF	60
Figura 13: USF	60
Figura 14: ESF	60
Figura 15: Trabalho em grupo e o PSF	61
Figura 16: Perfil Profissional.....	61
Figura 17: Fotografia do 7º Encontro.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Unidades de Registro, codificação e subcategorias.....	47
Quadro 2: Categorias e subcategorias do estudo.....	48
Quadro 3: Perfil dos Participantes do Estudo	52
Quadro 4: Categoria 1: Concepções de participação, subcategorias correspondentes e alguns exemplos de unidades de registro.....	67
Quadro 5: Categoria 2: práticas de participação, subcategorias correspondentes e alguns exemplos de unidades de registro.....	73
Quadro 6: Categoria 3: fatores facilitadores da participação, subcategorias correspondentes e alguns exemplos de unidades de registro	82
Quadro 7: Categoria 4: Fatores limitantes da participação, subcategorias correspondentes e alguns exemplos de unidades de registro.....	83
Quadro 8: Subcategorias identificadas nas categorias: Fatores Facilitadores e Fatores Limitantes.....	84

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	11
1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	12
1.1 Objetivos	14
1.1.1 Objetivo geral.....	14
1.1.2 Objetivos específicos	14
CAPÍTULO 2: CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA	16
2 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA	17
2.1 Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais.....	17
2.2 Participação social como elemento para promoção da saúde e consolidação do SUS/ESF.....	23
2.3 O papel do profissional de saúde na estratégia de Saúde da Família e o SUS.....	32
CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
3 PERCURSO METODOLÓGICO	41
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
4.1 Os encontros com os participantes	50
4.1.1 Primeiro Encontro: Observação da realidade	50
4.1.2 Segundo Encontro: Observação da Realidade e Pontos Chave	52
4.1.3 Terceiro Encontro: Confirmação da realidade, teorização e problematização das palavras-chave	54
4.1.4 Quarto Encontro: Teorização e problematização dos pontos-chave.....	56
4.1.5 Quinto Encontro: Teorização e problematização dos pontos-chave	58
4.1.6 Sexto Encontro: Teorização e problematização das palavras chave	59
4.1.7 Sétimo Encontro: Hipótese de Soluções	62
4.2 Reflexões metodológicas sobre a aplicação da metodologia problematizadora	65
4.3 As categorias do estudo	66
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES	101
5.1 CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES	102
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	110
ANEXOS	114

Capítulo I: **Apresentação do Estudo**

1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Historicamente o processo de participação tem sido construído através da luta contra-hegemônica de profissionais de saúde e movimentos sociais. A mudança de paradigma construída por estes segmentos e imposta por força de lei estabeleceu ambiente propício no sentido de tornar possível o que há muito tempo tem sido discutido por intelectuais e movimentos preocupados em estabelecer políticas públicas mais eficientes para atender as necessidades da população.

Mediante lutas por igualdade, equidade, integralidade, universalidade, descentralização, participação social e normalização do sistema de saúde para eficiência e eficácia dos serviços cria-se, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) aprovado e regulamentado pelas Leis 8080 e 8142 (DALLARI, 1994).

Em 1994 pretendendo operacionalizar e consolidar o SUS, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), que apresenta características estratégicas para o SUS e aponta possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes, possibilitando a integração e organização das ações de saúde em território definido. A finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudança de atitude nos profissionais envolvidos na área da saúde (PEDROSA e TELES, 2001).

Mais tarde o PSF ganha nova denominação e passa a ser chamado Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), entender a saúde da família como estratégia de mudança significa repensar valores e conhecimentos de todos os participantes do processo de produção social de saúde.

O trabalho em equipe torna-se um pressuposto para a integralidade das ações de saúde, reconhecendo que os indivíduos formam um novo agrupamento capaz de contribuir para a reflexão/ação de estratégias de sobrevivência e qualidade do processo de trabalho (VASCONCELOS, 1997).

Entretanto, minha vivência, bem como a de outros atores envolvidos na área da saúde, mostra que ainda há uma grande lacuna entre as concepções e as práticas de promoção da saúde e de participação e suas práticas, para que produza o impacto

necessário e se modifique positivamente as condições de vida das populações.

As mudanças requerem compreensão da relação da saúde com os demais setores que direta ou indiretamente interferem na qualidade de vida da população, bem como a necessidade de construir ambientes que favoreçam o processo de participação.

É preciso entender a participação social como incorporação de direitos, reconhecendo o usuário como ser com limites, potencialidades, competências e habilidades, capaz de produzir o novo, de mudar e de reconstruir sua trajetória histórico-social.

Para haver a efetiva participação é necessário que o cidadão se perceba capaz de opinar e intervir no processo saúde-doença. A este desenvolvimento de conhecimentos que o potencializa, valorizando suas experiências individuais, denomina-se empoderamento. Tal empoderamento pode ser promovido pelos profissionais da área da saúde, a partir da reconstrução do processo de comunicação com a comunidade, buscando estabelecer relações mais horizontais direcionadas ao processo de aprender a aprender, desconstruir para re-construir. (CHIESA e VERÍSSIMO, 2003).

A comunicação como processo educativo e participativo, segundo Freire (1996); Morim (2001); Chiesa e Veríssimo (2003) é o principal meio de vinculação das relações. É preciso interação efetiva entre os profissionais e população para que se possa adquirir conhecimentos para atender as necessidades complexas do setor saúde e promover mudanças de atitudes.

Nesta última década o Sistema de Saúde atendeu mais, progrediu, porém está aquém de atender grande parcela da população, em fazer cumprir o preconizado em lei, em promover o processo de democratização do saber individual e coletivo, em garantir o controle social com a participação do cidadão, em diminuir a distância entre a teoria e a prática.

Ao longo da minha vida profissional como enfermeira, Secretária Municipal de Saúde, Coordenadora Regional de Saúde, Vereadora e atualmente Educadora, me sinto mais crítica nas questões de saúde. Mas, ainda, me ressinto de uma visão limitada, para pensar como poderia fazer para que meu trabalho e o de outros profissionais refletissem em melhoria da qualidade de vida de nossa população. Este estudo surge como uma oportunidade para alargar meus horizontes através do aprofundamento do tema da PARTICIPAÇÃO SOCIAL. Este era o elo que faltava

entre a minha visão mais “institucionalizada” e uma mais próxima da comunidade, percebendo então, que só é possível promover saúde quando se conhece e compreende a realidade individual e coletiva de vários ângulos. Entendo que muito ainda há para se construir especialmente no sentido de redimensionar as práticas profissionais, reconhecendo a complexidade do setor saúde. O desafio se encontra em rever e refazer esta prática para integrar o complexo multidimensional de fatores no qual o setor saúde está inserido.

Significa dizer que o PSF necessita de novas relações entre os membros da equipe e população, consubstanciadas na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional, da reconstrução do objeto do conhecimento/ interação e de autonomia para utilizar estratégias/ tecnologias de intervenção.

O objeto da presente pesquisa é, pois refletir sobre as concepções e práticas educativo-participativas, dos profissionais de saúde, na tentativa de contribuir para a reconstrução crítica de conceitos e práticas de participação social e promoção da saúde, e na apropriação e socialização dos conhecimentos produzidos por todos os envolvidos na cena da saúde.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Implementar um processo de discussão com uma equipe de ESF, de um Programa de Saúde da Família de município do Sul do país acerca das concepções e práticas de participação em saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

- Promover o exercício de uma prática participativa utilizando a metodologia da problematização.
- Investigar as concepções das práticas participativas dos integrantes da

equipe.

- Verificar quais as ações participativas da equipe.
- Identificar os fatores facilitadores e limitadores da participação.

Capítulo II

Contribuição da Literatura

2 CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA

2.1 Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais

A construção histórica da educação e da promoção em saúde, no Brasil e no mundo passa pela luta de muitos atores que não se restringem apenas aos profissionais da saúde, mas educadores, políticos, população em geral; todos comprometidos em transformar a realidade, em construir novos caminhos e possibilidades que permitam ao homem melhores condições de vida, preceito máximo para a efetiva cidadania.

Várias foram às iniciativas que contribuíram para efetivar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, promulgado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, respaldadas na busca da construção de um sistema de saúde que permita a integralidade, universalidade, equidade e participação social. A seguir contextualiza-se historicamente a evolução do setor saúde no Brasil, o Movimento de Promoção à Saúde e o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que resultam na implantação do SUS e Estratégia de Saúde da Família.

Na década de 20 emerge a Educação Sanitária centrada principalmente nos espaços das escolas através da criação do "Pelotão de Saúde". Surgem assim, os primeiros educadores sanitários que objetivam informar noções de higiene para alunos das escolas primárias Estaduais. Paralelamente, a Reforma Carlos Chagas cria o Departamento Nacional de Saúde Pública que ampliou a responsabilidade do Estado em ações de saneamento; propaganda sanitária; higiene infantil, industrial e epidemias entre outros. Porém, a concepção de saúde ainda está respaldada no modelo individual, considerando a miséria e a "ignorância" da população os grandes responsáveis pelas condições de saúde (CARVALHO, 1995 e BRASIL, 1994).

A década de 30 é marcada por políticas de saúde organizadas em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária. O Departamento Nacional de Saúde é reestruturado pelo Ministério da Educação e Saúde. Neste os serviços de educação sanitária têm o intuito de atingir não apenas as crianças, como também as famílias. A política de Saúde Pública tem o modelo sanitarista/campanhista que surgiu nas primeiras campanhas contra a tuberculose, febre amarela e malária

(MELLO, 1998).

Na década de 40, há um grande favorecimento na produção de serviços privados e expansão da rede hospitalar. Os serviços de saúde sofrem grande influência e participação americana, sendo criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP, 1942), fruto de convênios com o Brasil e Estados Unidos. A Educação Sanitária passa a ser atividade pontual dos profissionais de saúde em especial com grupos de gestantes, crianças, adolescentes e a comunidade em geral, expandindo as ações aos Departamentos de Endemias Rurais e o Departamento Nacional da Criança, contribuindo assim, para fortalecer as ações de educação sanitária (CARVALHO, 1995).

A década de 50 é marcada pelo aumento da dicotomia entre Saúde Pública e atenção médica individual com forte expansão do complexo médico-hospitalar, através da incorporação de serviços de alta tecnologia, respaldados no modelo de saúde hospitalocêntrico. A 12ª Assembléia Mundial da Saúde realizada em Genebra em 1958 discute o conceito de Educação Sanitária preconizando que todas as ações propiciem mudanças de atitudes nos indivíduos com relação ao seu processo de adoecer (AKERMAN *et al.*, 2002).

O início da década de 60 é marcado por um regime de governo militar de cunho autoritário. Na saúde a ênfase era à assistência médica, curativa e individual. A 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, reforça a assistência previdenciária, porém suscita a necessidade de maior discussão sobre a crise causada pelo aumento das despesas, com os prestadores de serviços. O golpe militar de 1964 traz consigo uma enorme crise política e econômica e, conseqüentemente, no sistema previdenciário. Os serviços de Educação Sanitária sob a égide do Estado ainda são respaldados no modelo campanhista.

Surge neste contexto um movimento contra hegemônico através da realização de uma série de ações de educação popular em saúde isoladas, em função do ambiente político da época. Estas propiciaram aos “intelectuais” da época experiências que em muito contribuíram para mudanças nas próximas décadas, pois se sedimenta neste período a necessidade da educação em saúde, mais adiante denominada Educação Popular em Saúde (ALVES, ARRATIA e SILVA, 1996).

Estas experiências, na década de 70, fazem com que ganhe espaço o Movimento pela Reforma Sanitária, com a criação da Divisão Nacional da Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde; porém, segundo a

maioria dos autores consultados poucas mudanças ocorreram, se reforçando apenas a dicotomia entre as áreas preventivas e curativas (IBIDEM).

A Conferência Mundial de Saúde de Alma/Ata, realizada em 1978 prioriza as ações de atenção primária em saúde, enfatizando a necessidade da participação popular, bem como a necessidade de reestruturar os sistemas de saúde no mundo, sendo que estes deveriam estar na pauta de prioridades de Países do mundo inteiro objetivando "Saúde para todos até o ano de 2000". Esta Conferência reforçou os movimentos sociais que lutavam pela reforma sanitária brasileira. As experiências dos "intelectuais" brasileiros com a educação popular são fundamentais para efetivar a relação dos profissionais da saúde com as classes populares, tentando assim, romper com a cultura autoritária das ações de educação em saúde no Brasil (ADORNO, 1992).

A década de 80 é marcada por uma grande discussão, tanto em nível Mundial, como Nacional, dos problemas de saúde. O processo de democratização do País, sedimentado através das eleições diretas, contribuiu para maior discussão das relações entre Saúde/ Sociedade/Estado. O Ministério da Saúde aumenta o investimento em programas preventivos e de assistência integral à saúde da mulher, da criança, do trabalhador e a saúde mental. Há maior incorporação por parte dos profissionais da saúde em desenvolver estratégias de educação em saúde alicerçadas na metodologia da educação popular, especialmente nos Serviços Públicos. Conforme Cordeiro (2001) surge nesta época, o reconhecimento da necessidade de mudança do modelo de organização e prestação de cuidados, o qual, deveria envolver, atenção básica de saúde, valorizando a referência e a contra-referência em níveis hierarquizados de assistência assim como dando ênfase a oferta de serviços voltado a integralidade de ações. A 7ª Conferência Nacional de Saúde de 1980 reforça o debate em torno da necessidade de reordenamento da Rede Básica de Saúde (ALVES; ARRATIA e SILVA, 1996).

Em 1986, a I Conferência Internacional sobre promoção da Saúde realizada em Otawa (Canadá) propõe através do documento final o reordenamento dos serviços de saúde respaldados no conceito de promoção à saúde: "processo que confere às populações meios para melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre a mesma" (OTTAWA,1986). Este conceito concebe saúde dentro do modelo positivo e multidimensional, com intervenção participativa, objetivando mudanças na situação de vida dos indivíduos e de seu ambiente, em que todos são responsáveis

por sua situação de saúde. Reafirma ainda, que as ações de saúde devem ser construídas e vivenciadas pelas pessoas nos vários ambientes de sua vida cotidiana.

No Brasil realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e o entendimento sobre o processo saúde-doença é semelhante ao discutido em Otawa.

Ressaltam-se o caráter participativo do evento que reuniu vários segmentos sociais como técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e representantes da sociedade, totalizando aproximadamente cinco mil pessoas. Este momento foi uma espécie de síntese do que vinha ocorrendo no Movimento pela Reforma Sanitária até então.

Na 8ª Conferência se reforça a necessidade da reorganização do sistema de saúde respaldada em uma concepção mais abrangente de saúde, com enfoque nas ações de promoção e no processo de participação, objetivando estabelecer novas relações com os usuários, através de um processo de comunicação mais horizontal e menos vertical através da educação popular, cujo diálogo entre os vários saberes e o aprender a aprender sedimenta o processo de educar e de reconstruir um sistema de saúde mais justo (MELLO *et al.*, 1998).

O Relatório Final desta conferência reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e resultante das condições de alimentação, habitação, transporte, emprego, lazer, educação, renda, emprego, liberdade de acesso aos serviços de saúde, tendo como base os princípios da universalidade de acesso, da integralidade e igualdade de assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa (IBIDEM).

Em 1988, a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada na cidade de Adelaide reforça os princípios da Carta de Otawa em relação à Promoção em Saúde, bem como as ações que efetivem o processo de participação, chamando a atenção para a necessidade também de ações que propiciem a relação intersetorial, mais equânimes, sustentáveis e multiestratégicas (AKERMAN *et al.*, 2002).

A promoção da saúde fomenta estilos de vida e ambientes saudáveis e a prevenção de fatores e condições de risco, tendo um marco de referência mais amplo, que responde às características e necessidades de saúde no contexto econômico, político e social. Tem desenvolvido ao longo dos anos um instrumental conceitual e metodológico que permite analisar e atuar sobre as políticas públicas, principalmente no contexto da saúde. Como estratégia,

fortalece a atenção primária em saúde e contribui para as metas de “Saúde para todos no ano 2000”, criando ambientes favoráveis, facilitando a participação social, construindo a cidadania, apoiada na ação comunitária em saúde e educando a população para estabelecer estilos de vida saudáveis (CERQUEIRA,1997)

Para Cerqueira (1997), a concepção de promoção de saúde não é algo que surgiu de forma incipiente, ao contrário foi sendo construída nos movimentos sociais, nos embates políticos-ideológicos acompanhando a evolução da sociedade, haja vista que, tradicionalmente as ciências da saúde se associam à doença e à dor, às suas causas, conseqüências e tratamentos, constituindo estes aspectos os focos de atuação destas disciplinas.

O movimento de promoção da saúde, segundo Akerman (2002) toma como um dos conceitos prioritários o empoderamento, que tem como significado o poder ou ganho de poder para tomar decisões, realizar ações, visando à eficácia política para melhorar qualidade de vida. Importa então desenvolver o exercício crítico para detectar dificuldades e potencialidades para promover mudanças, quando forem necessárias, e para criar estratégias de produção de conhecimento e amadurecimento social para aprender a agir, mudar, transformar, construir e desconstruir esta nova relação entre profissionais/usuários/Estado.

No Brasil, a Constituição Brasileira de 1988 consolida as reivindicações do Movimento Sanitário. O texto traz em seu conteúdo político-ideológico, parcela das recomendações propostas na Conferência de Alma – Ata, da Conferência Mundial de Otawa, das Ações Integradas de Saúde- AIS - (BRASIL, 1994), da 8ª Conferência Nacional de Saúde. No mesmo período é criado o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) que teve influência decisiva para a Reforma Sanitária, exercendo forte pressão na aprovação do novo texto constitucional.

Na década de 90, com a criação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) Leis 8080/90 e Lei 8142/90, detalhou-se os princípios e diretrizes gerais para a organização e reestruturação do sistema de saúde, buscando através dos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação comunitária, garantir as condições necessárias para reorganização e funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS. Aliadas às leis e procurando esclarecer aspectos Operacionais de Regulação do SUS e das LOS, as Normas Operacionais (NOBS e NOAS-SUS), têm

sido editadas e representam instrumentos legais usados para efetivar os princípios e reestruturar as políticas de saúde (ALVES; ARRATIA e SILVA, 1996).

No Brasil configura-se um novo modelo assistencial, historicamente construído para uma melhor compreensão do processo saúde/doença, o qual enfatiza a Promoção da Saúde a partir da reorganização da vida social, não apenas a partir dos serviços de saúde, mas articulando propostas mais amplas de construção da cidadania e de transformação cultural da saúde. Somente conhecendo o indivíduo e sua circunstância é possível uma ação eficiente e permanente em seu processo saúde/doença, entendido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, liberdade, acesso a terra, e acesso aos serviços de saúde. Assim, a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Promover Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar (BRASIL, 2001).

Como se viu o Movimento pela Reforma Sanitária promoveu na área da Saúde, um deslocamento do poder político, em direção às camadas populares, bem como ênfase no processo de participação, seja ele institucionalizado ou não. Com a Reforma Sanitária há o reconhecimento da saúde como expressão de organização social e econômica, devendo ser assumida como dever do Estado e sedimentada pelo processo de participação popular.

Todas estas conferências, debates e normas foram importantes no desenvolvimento da promoção da saúde dentro do atual panorama social. É importante refletir que a melhoria da qualidade de vida da população somente se dará no momento em que a ampliação do conceito de promoção da saúde for algo real, para que assim possa produzir impacto positivo na melhoria da infra-estrutura básica global e intersetorial, na participação popular em saúde, na efetivação do controle social e na criação das cidades saudáveis (ALVES; ARRATIA e SILVA, 1996).

A participação social é um dos princípios do SUS e sua institucionalização, a princípio vetada na lei 8080/90, é garantida na lei 8142/90, através da criação dos Conselhos de Saúde e Conferências em nível municipal, estadual e federal. Além de ser institucionalizado, o momento participativo vivenciado no espaço das políticas sociais e no contexto da saúde, bem como nos vários segmentos de gestão do SUS,

propiciaram transformações na relação entre os profissionais da saúde, gestores e comunidade.

2.2 Participação social como elemento para promoção da saúde e consolidação do SUS/ESF

Tanto a Reforma Sanitária brasileira, como o Movimento de Promoção da Saúde colocam claramente a participação como uma de suas dimensões potencializadoras. Assim, entende-se que a efetividade da ESF, como tentativa de consolidação dos princípios do SUS, depende de que seus mentores e executores compreendam e adotem o ideário destes dois grandes Movimentos: o da Reforma Sanitária e o da Promoção da Saúde. Neste sentido, como se viu, ambos incorporam a participação como elemento chave para transformação da situação de saúde, seja ela individual ou coletiva. Faz-se importante, pois, que a situemos em termos conceituais.

Teixeira (2001) e Bordenave (1994) entendem participação como “fazer parte, tomar parte, ser parte de um ato ou processo, de uma atividade pública, de ações coletivas”.

A participação segundo Valla (1998), compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as políticas públicas e/ou serviços básicos na área social.

Para Demo (1999) a participação é conquista e não pode ser entendida como algo estático, pois é um processo infundável e em constante mudança. A participação 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. A participação pressupõe envolvimento, relaciona-se estreitamente com a idéia de cidadania, ao enfatizar a reivindicação política, a democratização e a socialização do saber, das decisões e do planejamento das metas.

Teixeira (2001) se refere à participação como “cidadã”. Em sua perspectiva a participação cidadã diferencia-se da “comunitária” e da “popular”, pois vai além da mera prestação de serviços à comunidade ou à sua organização isolada, embora

considere que estes elementos façam parte do processo. Para o autor é um processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento da sociedade civil mediante a atuação organizada de indivíduos, grupos e associações.

Segundo Vazquez *et al.* (2003) as diversas definições de participação nestas políticas podem agrupar-se em dois tipos: participação como “**meio**” ou perspectiva utilitária e participação como “**fim**” ou empoderamento.

Como “meio”, a participação da sociedade é utilizada para alcançar objetivos definidos pelas instituições, como uma alternativa estratégica emergencial ou de intervenções prioritárias, para completar os recursos institucionais. A perspectiva de participação como “fim”, ou “*empowerment*” (empoderamento), em si mesma reconhece o direito da população a participar nas decisões que afetam sua vida cotidiana e se promove como espaço democrático para o controle social das instituições (VAZQUEZ *et al.*, 2003).

Cortes (1996) classificou alguns tipos de envolvimento participatório como: **colaboração, participação, consulta e negociação**. Na **colaboração** os grupos em questão têm direitos iguais de serem envolvidos na formulação e realização de metas mútuas; **na participação** os representantes de grupos de interesse participam ativamente do processo de decisão política e tem poder igual; **na consulta** buscam informações, conselhos e opiniões em um organismo consultivo, porém sem compromisso institucional de seguir tais conselhos e opiniões, sendo a instituição a única responsável pelas decisões finais; e finalmente a **negociação**, expressão traduzida pelo verdadeiro significado da palavra, ou seja, quando não pode obter o que deseja, mas busca-se uma acomodação com a outra parte.

Para Briceño-León (1996), há três tipos de participação das pessoas nos programas de saúde: **participação passiva** que poderia ser descrita com a forma de aceitar passivamente os programas e instituições do pessoal do ministério; **participação ativa**, aquela que não só aceita, mas toma parte das tarefas, mas que responde a iniciativa de um agente externo, seja este o Ministério da Saúde ou uma organização não governamental; e a última, quando a própria **comunidade toma iniciativa**, quando a comunidade planeja o programa de ação. O mais importante é dizer que cada uma dessas modalidades implica em um processo de negociação, diálogo e compromisso entre as partes.

Teixeira (2001) distingue a **participação orientada para a decisão** da

participação orientada para expressão. A primeira caracteriza-se por intervir, de forma organizada, não episódica, fundamental e definidora e a segunda, de caráter mais simbólico, caracteriza-se por marcar presença na cena política ainda que não possa ter impacto ou influência no processo decisório. Para o autor não se trata de valorizar uma ou outra dessas polaridades, mas de considerá-las quanto a sua possibilidade de fortalecer e aprofundar a democracia, e as suas limitações para efetivá-la.

Valla (1998) coloca alguns sentidos para a participação, que seriam: a **modernização ou integração de grupos marginalizados**, o **mutirão** e a **participação popular**.

O termo **modernização** tem o sentido de avançar nos pressupostos tecnológicos e culturais de uma determinada sociedade, promovendo o desenvolvimento de novas formas de produção, tecnologias e culturas, a fim de introduzir profundas mudanças na sociedade das quais a população como um todo deveria participar. Conferindo assim melhoria da qualidade de vida à população, qualidade esta, ainda muito pretendida.

O **mutirão** trata-se de um convite a população para que realizem ações e obras que são de responsabilidade do governo. Os governos brasileiros agem com a população de forma autoritária, unilateral decidindo sobre a qualidade e a quantidade dos serviços básicos e culpabilizando a sociedade pela sua incapacidade de realizar e/ou controlar determinada situação.

Para o autor a **participação popular** diferencia-se da modernização e do mutirão, por ser uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do estado, responsáveis pelas políticas públicas na área social. Se de um lado legitima a política do Estado, também abre um espaço para que as entidades populares fiscalizem os serviços públicos.

Todo caminho que envolve iniciativas de participação cidadã vai se afirmando como um caminho para a democracia, caminho de partilha de poderes, valorizando as práticas, integrando as pessoas e instituições, transformando seu modo de agir e de articular-se com os saberes. O processo de construção democrática como não sendo linear, mas contraditório e fragmentado, vinculado a uma multiplicidade de fatores. Essa multiplicidade inclui o Estado, não apenas considerando-o como conjunto de forças que ocupam o poder nos vários níveis (municipal, estadual e

federal), mas por vezes interpretada como uma estrutura de desempenho autoritário, intocado e resistente aos “impulsos participativos. Como característica inerente, os partidos políticos no Brasil inclinam-se na direção do Estado, limitando sua representatividade na sociedade civil, provocando insatisfação generalizada com a política partidária gerando conflitos entre sua representatividade perante o cidadão (TEIXEIRA, 2001)”.

Por outro lado o processo democrático se fortalece através dos contrastes culturais e é mediante contradições e fragmentações que se mostra mais evidente. Contudo o autoritarismo social e as “visões hierárquicas e excludentes da sociedade e da política” constituem-se em obstáculos para a constituição e funcionamento de espaços políticos. Mas é através destas confrontações que se apontam os principais resultados democratizantes (TEIXEIRA, 2001).

Refletindo sobre os desafios da prática participativa, observa-se que a construção democrática brasileira ainda encontra fortes obstáculos e difíceis avanços.

Segundo Briceño-Leon (1996) a participação é um mecanismo permanente de inovação e de construção da democracia. Segundo ele, várias são as formas de expressão democrática, mas todas buscam uma forma de vida cidadã e formas alternativas para as políticas de saúde.

Demo (1999) a considera como uma planta frágil, por isso é importante que os processos participativos sejam dinâmicos, produtivos e motivadores.

A democracia é, pois, simultaneamente uma “cena de conflituosidade” e um “sistema de pacificação”, no qual os conflitos não podem ser negados, mas negociados, um sistema de valores dotado de comunicação total e livre, independente de posição e poder; utilização de consenso; reconhecimento na competência e no conhecimento; atmosfera acolhedora e o reconhecimento que o conflito é inevitável, mas passível de ser administrado com bases racionais, (MAGAJEWSKI, 2002).

Magajewski (2002) reflete sobre liberdade formal e a liberdade real, questionando o caráter democrático dos regimes representativos, para alguns, simples ficção jurídica pelo confisco do poder pelos eleitos em benefício das minorias. A democracia sugere, seria uma abstração representativa que assume a ficção da igualdade de direitos (políticos) de cidadãos desiguais em uma sociedade dividida em classes.

Reconhecer cada brasileiro como cidadão significa dizer que todos têm direitos que não estão representados apenas nas leis, mas na postura ética de cada indivíduo; dependendo principalmente de transformações da visão de mundo, do comportamento das pessoas e da forma como estas se relacionam socialmente. Segundo o Ministério da Saúde (1994) cidadão ou sujeito é o ser que atua, que participa, que luta e que exige o que for necessário para sua vida. Ser cidadão é não esperar que outros nos coloquem como alvo ou objeto de suas ações. Ser cidadão é reconhecer seus direitos e os direitos do outro.

Para que o cidadão se perceba como partícipe do sistema é preciso que se estabeleça uma efetiva comunicação entre profissionais e comunidade permitindo o entrelaçamento dos conhecimentos. Bordenave (1994), afirma que a comunicação entre os envolvidos no processo de participação social é fundamental, porém é necessário que os profissionais estejam engajados e preparados para o contato com o outro, despojando-se da postura de poder e assim mais próximo do equilíbrio.

Concorda-se com Freire (1979) e Magajewski (2002) quando falam que os profissionais devem reconhecer que estão se comunicando com homens que possuem um saber tão relativo quanto o deles. Devem valorizar esse pressuposto construindo um modelo de interação técnico-popular, permitindo o diálogo e o respeito de um saber científico próprio dos técnicos que militam na área da saúde com um saber popular que orienta a existência de um contingente majoritário da nossa sociedade, percebendo que todos têm muito a ensinar e a aprender para compreender a multidimensionalidade do setor saúde.

Oliveira (1996) chama a atenção para o fato de que historicamente a comunidade tem sido vista, como o *habitat* onde se conquistam personagens para compor o palco participativo institucionalizado. Realmente o processo de participação comunitária, até pouco tempo, estava na contramão das trajetórias das políticas oficiais de saúde no Brasil, reconhecidas apenas por questões de obrigatoriedade institucional, portanto há muito que se aprender para transformar o discurso em prática efetiva no cotidiano das relações entre profissionais/usuários/Estado.

É preciso que o Estado e os profissionais desmistifiquem esta realidade distorcida, provocando o descobrimento da verdadeira dimensão participativa, valorizando e reconhecendo sua importância para a eficácia das ações em saúde.

A incorporação deste novo paradigma à participação social é um dos aspectos

fundamentais para a promoção da saúde. Segundo Oliveira (1996, p.67), participação social “é o processo pelo qual as diversas camadas sociais têm parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”.

Entender o que é participação, segundo Bordenave (1994), talvez seja mais fácil pelo seu contrário, a não participação, isto é, o fenômeno da marginalidade, que significa ficar de fora de alguma coisa ou as margens de um processo. Sendo assim ele define participação como “fazer parte, tomar parte ou ter parte” de alguma coisa e neste sentido amplia a visão de participação.

A participação social é um tema que está marcado por ambigüidades que expressam as diferentes perspectivas com que se utiliza o termo, por isso, está em constante discussão, principalmente quando se trata dos rumos técnicos e políticos do SUS (VALLA, 1998). Sendo assim vários são os conceitos de participação em saúde que historicamente vem evoluindo paralelamente as transformações das políticas e sistemas de saúde, como vimos na fundamentação teórica deste estudo.

De acordo com Demo (1999) a participação é conquista e não pode ser entendida como algo estático, pois é um processo infundável e em constante mudança. A participação não pode ser entendida como dádiva, concessão ou fenômeno pré-existente, pois é fundamentalmente produto de conquista. A participação pressupõe envolvimento, relaciona-se estreitamente com a idéia de cidadania.

Segundo Briceño-Leon (1996) o processo participativo implica em confrontação de perspectivas e prioridades, tanto dos trabalhadores de saúde como da comunidade, que são tão legítimas quanto válidas, excluindo por sua vez a idéia de que a participação comunitária é considerada mão-de-obra gratuita para executar as decisões do Ministério da Saúde. Participação implica de alguma maneira num processo de negociação, diálogo e compromisso entre as partes.

Contudo, é importante destacar que para a população incorporar suas opiniões e ações nos serviços de saúde é preciso que se abram as portas do sistema de saúde, que se criem mecanismos para que os cidadãos de maneira individual ou coletiva possam interagir com os serviços, considerando o acesso a informações condição imperiosa para que estes se percebam como participe do sistema, capazes de responder as necessidades da população (VÁZQUEZ *et al.*, 2002).

Segundo Vázquez *et al.* (2002), o indivíduo só participará em ações coletivas se perceber que tem capacidade de influenciar nos resultados, desta forma é preciso

que o usuário se sinta empoderado ao verdadeiro exercício da cidadania, sendo um ator na promoção da sua saúde e da coletividade.

A dimensão mais discutida de participação reside em seu papel na tomada de decisões, seja para negá-lo, seja para afirmá-lo. Esta dimensão decisória está no envolvimento direto e permanente do cidadão. Porém o desenvolvimento tecnológico advindo do processo de globalização tem exigido maior competência técnica e conhecimento científico, bem como do questionamento da dimensão do processo de participação, para assim prepará-los para o desafio de buscar mecanismos que permitam a verdadeira integração neste processo (OLIVEIRA, 1996).

As práticas educativas revelam uma possibilidade para a autoformação da pessoa e ensina como se tornar cidadão (ALMEIDA e CARVALHO, 2000). A educação se faz com a participação, redefinindo não apenas os seus conceitos, mas posturas rígidas e seletivas (VECCHIA, 2004).

É preciso tomar consciência da realidade complexa do mundo atual e saber aprender de forma coletiva/participativa para entender e contribuir com a complexidade da globalidade (VASCONCELOS, 1997).

As palavras de Vasconcelos (1997) se reafirmam em Almeida e Carvalho (2000) quando dizem que múltiplos aspectos de uma realidade humana complexa, só pode adquirir sentido se em vez de ignorar esta realidade forem religadas a ela.

Na sociedade globalizada, o cidadão, além de participar em um nível micro na família e nas associações, também participa num nível macro quando intervém nas lutas sociais, econômicas e políticas, que compreendem os processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade. É através do exercício da participação nas ações e decisões dentro destes níveis que as camadas populares poderão se fortalecer e se organizar, pois percebem com maior clareza sua realidade e necessidades, constituindo-se em administradores do seu próprio projeto de vida (VALLA, 1998).

Porém, para que isto ocorra se faz necessário também uma nova percepção do cidadão/usuário, vendo-o como sujeito ativo, engajado nas questões fundamentais para a promoção de uma vida saudável. Ele precisa rever sua postura de espectador-usuário e seu papel de consumidor de direitos em saúde, para assumir o papel de co-gestor, propondo alternativas viáveis e satisfatórias frente aos problemas deste processo identificados (WENDHAUSEN; BRODERSEN, 1996).

A esta capacidade de se reconhecer capaz e apto a intervir no processo

saúde-doença de uma comunidade denomina-se empoderamento. Pinto (1998) define o empoderamento como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio que o envolve, que se traduz num acréscimo de poder, psicológico, sócio-cultural, político e econômico que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício de sua cidadania. O caminho histórico que alimentou este conceito tem sido um caminho que objetiva a libertação dos indivíduos, relativamente às estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelam injustas, opressivas e discriminadoras, através de um processo de reflexão e construção sobre a realidade da vida humana.

A conscientização se revela um processo de empoderamento, oferecendo as pessoas possibilidades em determinar suas próprias vidas. É preciso despertar no ser humano uma consciência crítica e ação criativa, para buscar a transformação do mundo através do desvelamento das contradições sociais, políticas e econômicas. Os atores envolvidos nesse processo precisam estar motivados para impulsionar a participação (KLEBA, 2005).

Boff (1999) fala de um novo “*ethos*” populacional-civilizacional, que permitirá um salto de qualidade na direção de formas mais cooperativas de convivência, de uma renovada veneração que sustenta o processo evolutivo. Dentro deste contexto vale reafirmar que o processo educativo/participativo é construído para a formação e a capacitação dos indivíduos e equipe de saúde, para que ambos possam desenvolver suas potencialidades para exercer de forma eficiente e eficaz o seu papel social.

O “*empowerment*” ou empoderamento está inserido num processo social de desenvolvimento dos potenciais, não se restringindo à experiência individual. É descrito como processo de auto-organização e apoio mútuo, que reforça a consciência política através de ações sociais viabilizando a participação coletiva nas decisões sociais e políticas (KLEBA, 2005).

É preciso neste processo de conscientização política e social não apenas conhecimento ou reconhecimento, mas opção, decisão e compromisso (VECCHIA, 2004). A participação é compromisso social que perpassa o empoderamento.

O empoderamento é um elemento capaz de operacionalizar o conceito de participação, ou seja, é através da capacitação para o empoderamento que os profissionais podem instrumentalizar a população para participar desde o nível

individual e não institucionalizado, passando pela família, até o nível mais coletivo e institucionalizado. É um processo que requer clareza de objetivos traduzidos na parceria. É, portanto, fundamental motivar outros atores interessados em participar da luta, convencendo-os dos resultados positivos e ganhos que isso possibilita, implicando, assim, num processo de integração com a comunidade, servindo como campo de aprendizagem e de desenvolvimento, contribuindo com a autovalorização, reconhecimento como grupos ativos da sociedade e promovendo, também, novas capacidades e potencialidades, fundamentais para se inserir no processo de participação e da educação em saúde (DEMO, 1999).

Desta forma, Vasconcelos (1997, p.20) diz que quanto mais se estuda a realidade de vida da população, mas percebe-se como o saber popular, antes de ser um saber atrasado, é um saber bastante elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade. Afirma que está cada vez mais claro como que o saber dos cientistas e dos técnicos está “encharcado” dos interesses das classes dominantes e ainda é muito limitado para explicar toda a variedade da realidade. “Assim só cabe entender educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, logo um intercâmbio entre o saber científico e o popular tem muito a ensinar e aprender”, contribuindo para obter e manter as metas de saúde. É desta forma que a educação para a participação comunitária cumpre um papel fundamental e insubstituível.

Para Briceño-Leon (1996, p.13) o processo educativo gerado no empoderamento não pode ser entendido como unidirecional, posto que os dois (trabalhador e usuário) sabem e os dois devem dizer algo. Neste contexto fica claro que “a educação é um compromisso para transformar os saberes e o mundo”.

A educação como arte de usar os conhecimentos envolve um trabalho que deve deliberadamente buscar a participação dos indivíduos para assim obter e manter as metas de saúde. Para fazê-lo, é necessário conhecer o ser humano e suas circunstâncias e buscar contar com ele em todas as ações de saúde. A educação também é positiva no sentido de favorecer a participação e a responsabilidade individual (IBIDEM).

A resposta dos trabalhadores da saúde e da comunidade é o compromisso e o engajamento de todos em manter um diálogo que possa contribuir para obter e manter as metas de saúde. É dessa forma que a educação para a participação comunitária cumpre um papel fundamental e insubstituível.

Segundo Baquero (2001), apesar dos avanços significativos de natureza teórica na busca de alternativas de democracia, a conexão Estado e sociedade continuam confusas e limitadas. Nossa perspectiva reside no reconhecimento da democracia como um sistema global relevante, o qual se movimenta na direção de sua aceitação como valor universal, ou como alguns autores citam, uma revolução do pensamento moderno, resgatando a importância do cidadão.

2.3 O papel do profissional de saúde na Estratégia de Saúde da Família e no SUS

Como já dissemos anteriormente, objetivando reestruturar e consolidar a organização e práticas de atenção à saúde em consonância com o que preconiza o SUS, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo propõe atitudes participativas, aumentando, o vínculo com a comunidade através do acompanhamento contínuo das famílias pelas equipes, tornando possível o conhecimento dos problemas de saúde e do potencial das comunidades, representando uma concepção centrada na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2000).

Para trabalhar na perspectiva da família é necessário acreditar que o fenômeno saúde-doença é uma experiência que envolve toda a família. O cuidado na saúde da família requer competência em acessar e intervir com as famílias num relacionamento cooperativo profissional/família, tendo como base o conhecimento aliado à habilidade de observação, comunicação e intuição, criando formas de interação para lidar com o processo saúde-doença. É preciso conhecer o que a família pensa sobre o que causou a doença e as possibilidades de cura, a fim de que possa ajudar e interagir no processo do cuidar, além de nos permitir explorar e reconhecer suas potencialidades e dificuldades no lidar com seus papéis e funções sociais (IBIDEM).

Desde a década de 70 os autores assinalam a necessidade de discussões a respeito das práticas de saúde voltadas à articulação dos saberes, através do desenvolvimento de um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial,

dando ênfase à humanização da assistência (BOUSSO e ÂNGELO, 2005).

Ao assumir a Estratégia de Saúde da Família como modelo de estruturação e formulação das políticas de saúde e como principal estratégia de qualificação da Atenção Básica, o Ministério da Saúde propõe-se a uma tarefa maior que a simples extensão da cobertura e ampliação do acesso da população, ou seja, garantir a atenção contínua e resolutiva, respaldada pelos princípios da promoção da saúde. Neste sentido a participação comunitária é elemento fundamental para garantir estas mudanças, bem como a ação intersetorial é essencial para se obter o impacto necessário para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida (BRASIL, 2002).

A implantação da ESF enfrentou inúmeros obstáculos e têm ainda muitos outros a enfrentar, que vão desde a compreensão dos gestores da saúde em reorganizar os serviços dentro desta lógica e em buscar medidas que promovam a saúde e não apenas tratem as doenças; das equipes de saúde da família pela necessidade de se prepararem para atuar no modelo da promoção de saúde, já que historicamente não foi objeto de formação de nossas universidades. Aliados a estes, têm-se a multidão de doentes vítimas do processo excludente das políticas públicas implantadas nas últimas décadas, que precisa estar inserida também na pauta de prioridade dos gestores da saúde (BRASIL, 2002).

Como afirma Adorno (1992) surge a partir da Estratégia de Saúde da Família um novo referencial de compreensão da relação Estado e Sociedade, requalificando o processo participação social e dando lugar à participação como cidadania, que encontra suas bases na universalidade dos direitos sociais e na ampliação do próprio conceito de cidadania, superando seu caráter autoritário e excludente.

Em 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde com o tema "A saúde que temos - o SUS que queremos", além de discutir a trajetória das políticas de Saúde, buscou levantar os avanços das últimas décadas no setor saúde, bem como definir diretrizes para efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado, discutir e deliberar sobre o controle social no SUS, gestão participativa e intersetorialidade, organização da atenção à saúde e o processo de comunicação e informações em saúde, entre outros. Neste contexto, priorizou-se a valorização das ações de promoção da saúde com ênfase na participação social, a partir de um enfoque mais abrangente do conceito de saúde e de seus múltiplos determinantes.

Pedrosa e Teles (2001) relatam que o trabalho dos profissionais da ESF necessita de novas relações entre os membros da equipe e a sociedade, consubstanciadas na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional, da reconstrução do objeto de conhecimento/intervenção e de autonomia para utilizar estratégias/tecnologias de intervenção.

É preciso remodelar a assistência à saúde para um modelo centrado no usuário, propondo um trabalho multiprofissional buscando a produção do conhecimento para o cuidado em saúde. A saúde somente “terá sucesso” quando se tornar democrática nos seus processos de planejamento, organização, aplicação e avaliação de suas ações, destacando-se na eficiência e dignidade humana, avançando para a construção da cidadania.

Freire (1979, p.30) se reporta ao homem como “um ser de relações”, capaz de relacionar-se, de sair de si, de projetar-se nos outros, de transcender as relações interpessoais e ampliá-las com o mundo e pelo mundo, fazendo com que reflita sobre seus atos e a realidade vivenciada. Quando o homem compreende sua realidade pode levantar hipóteses e procurar soluções e assim, transformá-la.

As relações do homem estão permeadas pela cultura, que segundo Freire (1979), “é tudo o que é criado pelo homem”. Leininger (1985) define cultura como sendo os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendido, partilhado e que transmitidas orientam o pensamento, as decisões e ações, de maneira padronizada. A “cultura organizada” é uma forma de pressão existente sobre o ser humano na organização do seu pensamento e forma de agir. Tanto os usuários, como os profissionais da ESF estão sob a influência de valores, normas e atitudes culturais que em confronto podem gerar novas influências culturais representativas para seu pensar e agir, requalificando o seu papel perante a sociedade.

Valores, comportamentos, idéias e atitudes, dão forma a um mundo “histórico-social” constituindo uma unidade dinâmica, denominada família, que tem uma organização complexa, com habilidade e competência para dar forma e significado às interações entre seus membros, que tem uma história e criam uma história (ALVES,1999). Nesta estrutura, encontra-se uma multiplicidade étnico-cultural que embasa a composição da sociedade brasileira (NEDER,1994).

Elsen (1999) faz lembrar o compromisso ético/social de estar em sintonia com as necessidades e a realidade das pessoas, famílias e grupos, comprometidos com a

busca de respostas para os problemas e o compromisso de partilhar saberes com a sociedade e as pessoas.

O desafio que os profissionais do ESF têm com relação qualidade da assistência pretendida e necessária para a promoção da saúde encontra-se na visão social e assenta-se na participação respeitosa e na valorização das diferenças, a partir da diversidade de culturas, de modos de produção, de tradições e de sentimentos de vida. É preciso que se busquem formas de incluir, na concepção e na prática das equipes, a noção de "risco", atual e potencial, de modo que os profissionais de saúde possam trabalhar não apenas com a intervenção sobre os agravos à saúde, como também tomem como objeto de trabalho os riscos sanitários presentes nos "modos de vida" - condições e estilos de vida dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos. Além disso, que incorporem em suas práticas a perspectiva de atuar com determinantes das condições de saúde, o que implica envolver a população na identificação, explicação e compreensão dos seus problemas e necessidade de saúde, de modo a subsidiar práticas políticas, sociais e culturais que tenham como objetivo a superação desses problemas e o atendimento dessas necessidades (TEIXEIRA, 2003).

Os profissionais precisam entender o desafio atual para subsidiar e mediar ações comunitárias, democráticas, intersetoriais e multiprofissionais com vistas ao desenvolvimento de trabalhos centrados na perspectiva da valorização do local, explorando as potencialidades da vivência solidária como base para o fortalecimento da cidadania. Morim (2001) nos fala dos efeitos cada vez mais graves da compartimentação dos saberes e da incapacidade de articulá-los, considerando que a aptidão para contextualizar e integrar é uma qualidade fundamental da mente humana, que precisa ser desenvolvida e não atrofiada.

É preciso que cada profissional compreenda o núcleo de sua competência e perceba a complexidade do atendimento das necessidades de saúde, flexibilizando a integração com outros profissionais e cliente/família/comunidade (ALMEIDA, MISHIMA, 2001).

O profissional de saúde, repensando os valores implícitos na sua forma de pensar e agir, estaria re-elaborando o saber que lhe foi transmitido, contextualizando-o em sua própria ação. Por conseqüência disto, poderia alcançar uma maior integração entre teoria e prática. Essas relações de transversalidade acontecem quando da aceitação e compreensão de novos valores e necessidades

alheias. Neste aspecto torna-se importante perceber as relações de transversalidade e complementaridade existentes entre os diferentes saberes e práticas (IBIDEM).

É nesta relação de complementaridade e interdependência, que entende-se o trabalho dos múltiplos profissionais que atuam na Saúde da Família. Articular estes olhares não é uma tarefa fácil, pois se torna necessário (re) construir, nos espaços de formação e de capacitação contínua, uma nova visão sobre a integração no trabalho em equipe, para que se possa pensar no cuidado à saúde como mais que “um ato, uma atitude” (BOFF, 1999, p.26-27).

Segundo Almeida e Mishima (2001) o movimento do trabalho em equipe tem sido um esforço que se abre para além do trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores (e acrescentaria, entre trabalhadores e comunidade), com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos integrantes das equipes. A interdisciplinaridade é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que se vem inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer corremos o risco de repetir o trabalho desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual, não reconhecendo os direitos do cidadão.

A interdisciplinaridade diz respeito à produção do conhecimento, é a integração de várias disciplinas e áreas de conhecimento. A multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais. O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a saúde, entendida no seu contexto pessoal, familiar e social, (PEDUZZI, 1998).

No documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1989, p.13), encontram-se as atribuições técnicas dos trabalhadores que compõe a Equipe de Saúde da Família. Neste documento estão destacados algumas delas dentre as quais: criatividade, humanização, responsabilidade, iniciativa para o trabalho comunitário e em grupo, valorização do direito à cidadania. Fica evidente que a proposta deste trabalho não é um profissional isolado, detentor de poder, com atenção apenas no indivíduo e na não observância e valorização dos determinantes bio-psico-social, mas um profissional voltado à atenção na família, sustentado pelo conhecimento nos determinantes biológicos, psicológicos e sociais dos membros de sua comunidade, sustentado por um trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Cada trabalhador da ESF tem funções que lhes são específicas, contudo não cabe aqui descrevê-las, haja vista que a participação social permeia todas elas e dentro

de sua especificidade cada trabalhador pode desenvolvê-la em conformidade com suas capacidades e as necessidades de cada grupo ou comunidade. É preciso que esse trabalhador tenha o conhecimento aprofundado da realidade local para que possa identificar as doenças mais comuns e seus determinantes. A convivência entre os membros desta equipe e família/comunidade deve propiciar um vínculo de responsabilidade mútua, que é fundamental não só para o tratamento da doença, mas também para a promoção da saúde. Esta visão remete a autonomia dos profissionais, dos usuários, mas ao mesmo tempo a interdependência destas autonomias.

Petraglia (2001, p.13) traduz com grande propriedade o que o SUS efetivamente busca para uma melhor qualidade de vida:

A busca do ser e do saber uno e múltiplo revela a ciência que, mais do que a detentora de verdades absolutas e imutáveis, nos aponta para um caminho de novas descobertas e novas verdades que aceitam a complexidade como uma realidade reveladora, em que o ser humano é ao mesmo tempo sujeito e objeto de sua própria construção e do mundo.

Peduzzi (1998) faz refletir sobre a tipologia da equipe integrada e equipe agrupada. Esta nova construção, equipe integrada, requer interação dos agentes e articulação dos saberes, vinculando um compromisso ético de cada membro e de todos com a equipe e principalmente com a clientela.

Esta nova visão de trabalho desprivilegia o conhecimento biológico em detrimento ao social, o individual em relação ao coletivo, o curativo em relação ao preventivo, dificultando as práticas outrora valorizadas. Para Foucault (1982), o enfrentamento social necessita de uma rede de relações novas e reunidas como uma rede de razões causais, para dar conta de entender as situações que se encontram ao longo da vida.

Neste contexto a relação de poder deve ser repensada para que se possa reconduzir o conhecimento, pois será necessária a horizontalidade entre as partes e o entendimento que o pensamento de cada um e de todos tem o mesmo valor. Não se está falando de neutralidade, mas, da possibilidade de expressão igualitária do usuário/instituição, permitindo o despertar da força individual e interior com relação a seu pensamento sobre a vida e sobre a sociedade. É preciso interagir com o presente, agir e transformá-lo e só assim é possível uma coerência do todo, uma nova ética, uma nova política e até mesmo um novo direito (Foucault,1982). Portanto as relações de poder são elementos indispensáveis à ação política e à participação social.

O poder, segundo Foucault (1982), tem produzido uma eficácia positiva, gerando saberes. No entanto, como efeito secundário produz o aprimoramento e o adestramento do ser humano, para que possa utilizar ao máximo suas capacidades, disciplinando suas ações e fabricando o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade capitalista. Esta forma de exercício do poder enseja uma relação autoritária entre poder e verdade, de modo que somente a alguns é possíveis dizer a verdade e exercer o poder sobre outros. Entretanto, Foucault (1994, p.89-91) faz algumas reflexões sobre poder dentre elas que “o poder não é algo que se adquira; se exercer a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis” ou “onde há poder há resistência [...]”. Deste modo, a transitividade presente nas relações de poder permite que a relação de poder possa ser alterada a qualquer momento pelos sujeitos implicados.

O fundamental na análise de Foucault (1982, p.21) é que “saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber” e “todo saber constitui novas relações de poder”. Assim o poder pode ser entendido como forte impulsionador da construção e reconstrução do conhecimento, pois permite a reconstrução de poderes e também de verdades, que podem ser utilizadas em favor do processo participativo, valorizando o conhecimento e a troca de saberes entre todos os atores.

Todavia a transitividade das relações de poder não está dada. É preciso, pois, que enquanto trabalhadores e usuários possamos estimular e buscar a troca de saberes e poderes, através do diálogo, da discussão e interação, buscando o empoderamento do usuário e nosso próprio empoderamento. Sabemos o quanto esta mudança de atitude é custosa. Neste sentido me reporto a minha vida e experiência profissional confirmando, nas minhas e nas palavras de colegas, que este não é um exercício que facilmente acontece, pois como profissionais nos consideramos “mais poderosos, mais preparados e mais conscientes”, para definir e conduzir as ações que respondem às necessidades de saúde do cidadão “comum”.

Para que se modifiquem as atuais relações de poder, segundo Demo (1999) encontra-se o que se chama de “cultura democrática”, expressão essencial da participação. Cultura democrática ou cultura de um povo é interpretada como sendo uma marca característica da organização e sobrevivência de um povo. Ela está além de uma ideologia, mas comprometida com certos pressupostos de igualdade e equidade. Trata-se de uma cultura, de uma situação construída e institucionalizada como regra de

vida, como valor comum, como modo de ser. Nesta cultura não se toleram desigualdades, estando marcada por acesso aberto de poder, ou seja, à democracia é cotidiana.

Capítulo III

Percurso **M**etodológico

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa faz parte de um projeto integrado que envolve quatro estudos e quatro pesquisadoras, que desenvolveram projetos de dissertação voltados à pesquisa na área de participação em saúde, inseridos estes em um projeto maior sobre participação em saúde coordenado pela orientadora deste projeto de dissertação, intitulado “Avaliação das práticas participativas na Região da AMFRI/SC”.

Este foi um estudo com abordagem qualitativa, tendo por objetivo investigar e intervir na realidade com relação às concepções e práticas de participação em saúde, em uma equipe de trabalhadores que atuam no Programa de Saúde da Família.

Quanto ao local do estudo, foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família de um bairro localizado em um município do Sul do País. O município escolhido se localiza em importante região litorânea de veraneio e turismo. O município em estudo é um grande receptor de visitantes estrangeiros, liderando a preferência entre aqueles que vêm dos países do Cone Sul. Dados do IBGE revelam uma população de 86.896 mil habitantes, com características totalmente urbanas. Seus indicadores demográficos apresentam taxa de crescimento anual estimada em 6% (1996-2000), taxa bruta de natalidade de 15,2% (2002) e índice de envelhecimento igual a 24,6%.

O surgimento de favelas é um problema que o município vem enfrentando nos últimos anos, atraindo famílias por supostas vagas na construção civil, constituindo-se normalmente em mão de obra não especializada, que conseqüentemente não são absorvidos pelo mercado.

A proporção da população alfabetizada se aproxima a 94,3%. Em 2000, 93,0% da população recebiam abastecimento de água e 99,5% tinha coleta de lixo.

A Rede Ambulatorial consta de seis Centros de Saúde, duas Policlínicas, um Hospital Geral e uma Unidade Hospitalar Especializada. A distribuição percentual das Internações Hospitalares está assim representada (dados 2003): Gravidez e Puerpério (19,2%), Doenças do Aparelho Respiratório (13,8%), Doenças do Aparelho Circulatório (11,2%), Contatos com Serviço de Saúde (8,6%), Algumas doenças Infecciosas e Parasitárias (7,2%), Neoplasias (7,2%). O índice de

prematuridade relaciona-se a 8,3% e o baixo peso ao nascer 8,1%.

A mortalidade proporcional, segundo grupo de causas, mostra a seguinte realidade em 2003: Doenças do aparelho Circulatório 31,6%, Neoplasias 17,8%, Doenças do Aparelho Respiratório 13,5%, Causas Externas 11,9%, Doenças do Aparelho Digestivo 7,0%, Doenças Endócrinas nutricionais e metabólicas 4,4%.

O Programa de Saúde da Família no município iniciou-se em 1994, estando constituído atualmente de 10 equipes, cobrindo de 41,2% da população total do município. Dados da Secretaria de Estado da Saúde estimam mais 25 equipes para atingir a cobertura populacional de 100%.

O presente estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família de um município do Sul do País. O local foi escolhido pelo acolhimento e interesse dos profissionais para com a proposta da pesquisa. Os participantes são os componentes de uma Equipe de Saúde da Família daquela localidade: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde, totalizando doze participantes, portanto 12 trabalhadores.

Em termos de procedimentos metodológicos, para facilitar a inserção da pesquisadora no campo, trabalhou-se primeiramente com uma entrevista de sensibilização (APÊNDICE A) com o objetivo de estabelecer um *rapport* com os indivíduos que comporiam o grupo. O *rapport* segundo Triviños (1994) é fundamental para que se estabeleça um ambiente que permita naturalidade e espontaneidade no decorrer da pesquisa. O clima em que se desenvolve a pesquisa deve ser de simpatia, confiança e harmonia para que o entrevistado expresse suas opiniões com a máxima profundidade sobre o objeto do estudo. Para este momento utilizou-se um roteiro de identificação dos participantes contendo dados, tais como: idade, gênero, estado civil, categoria profissional, grau de instrução, tempo da equipe, o que lhe desagrada profissionalmente ou pessoalmente, o que lhe dá satisfação, o que mais gosta de fazer se gosta do que faz e uma frase ou palavra que lhe define.

Em seguida foi proposto e realizado um grupo focal com todos os integrantes da equipe de trabalhadores, com o objetivo de gerar maior sensibilização do grupo com relação ao tema e, ao mesmo tempo iniciar a coleta de dados sobre as concepções de educação/participação e a percepção do grupo sobre o tema. Estes dados serviram como um diagnóstico inicial que permitiu o início da intervenção propriamente dita e como mecanismos de aproximação e investigação da realidade.

Para a realização do grupo focal utilizou-se um roteiro para auxiliar no encaminhamento da dinâmica do grupo (APÊNDICE B).

Segundo Pedrosa e Teles (2001), o **grupo focal** genericamente pode ser definido como uma forma de entrevista com grupos que se baseia na comunicação e na interação entre os participantes da pesquisa para gerar dados. É uma técnica de pesquisa qualitativa, não diretiva. A escolha dessa técnica de pesquisa deu-se pelo objetivo da investigação – conhecer a situação a partir dos envolvidos e da característica do objeto do estudo, ou seja, como atuam os profissionais que compõem a equipe, compreender e mapear sua dinâmica, opiniões e motivação, representações sociais, interações grupais/ participação e potencialidades para o enfrentamento das necessidades mediante a realidade vivenciada.

O grupo focal permite a identificação e o levantamento de opiniões que refletem o grupo em um tempo relativamente curto, no máximo de duas horas, pois neste tempo é possível explorar em profundidade o tema otimizado pela reunião de muitos participantes e pelo confronto de idéias que se estabelece, assim como pela concordância em torno de uma mesma opinião, o que permite conhecer o que o grupo pensa, conhecer suas percepções, expectativas, representações sociais e conceitos.

Sua condução foi feita por um moderador, conforme orienta Guareschi (1996), que não interferiu, apenas procurou criar uma atmosfera favorável à discussão, através de um clima informal para que houvesse a participação de todos com o máximo de espontaneidade possível. O ponto central dos grupos focais foi o uso explícito da interação grupal a fim de produzir dados e *insights* que seriam difíceis de conseguir fora da interação que se processa dentro de um grupo,

Os grupos focais podem proporcionar esclarecimentos úteis no que diz respeito às normas, padrões e comportamentos dominantes dentro da equipe e freqüentemente, trazer a tona áreas específicas de concordância ou discordância. Permite apreender a dinâmica social por atitudes, opiniões e motivação expressas em interações grupais e explorar as necessidades da equipe. As discussões costumam ser mais produtiva quando os participantes têm muitos pontos em comum, já que a experiência que compartilham servirá como um alicerce significativo para sua interação com o grupo (PEDROSA e TELLES, 2001).

O que os grupos focais possuem de original e de específico, é que seus participantes tentam compreender uma realidade que não é apenas individual, é

certamente comum, social, através não apenas da fala de pessoas individuais, mas através da interação que se processa entre as pessoas. Essa interação faz com que se chegue a um dado mais garantido, mais seguro.

Os dados coletados no grupo focal através da gravação das falas no grupo foram analisados e devolvidos ao grupo na reunião seguinte, a partir do que iniciamos a discussão (intervenção) com o grupo.

Para a etapa de intervenção utilizou-se a metodologia problematizadora de Bordenave e Pereira (2002), pois se entende que esta desperta uma atitude crítico/reflexiva mobilizando de forma intencional e sistematizada.

Esta metodologia está representada por um diagrama denominado Arco de Magueréz ou Método do Arco. Este diagrama apresenta as fases da Metodologia, que são: Observação da Realidade, Ponto Chave, Teorização, Hipóteses de Solução e a Aplicação da Realidade. O método proposto permitiu desenvolver a capacidade de observação da realidade imediata, global e estrutural, detectar recursos, identificar problemas que dificultam a participação social e localizar, juntamente com o grupo, fatores e meios para a melhor utilização de recursos e formas para otimizar ações voltadas a participação social na construção da promoção da saúde.

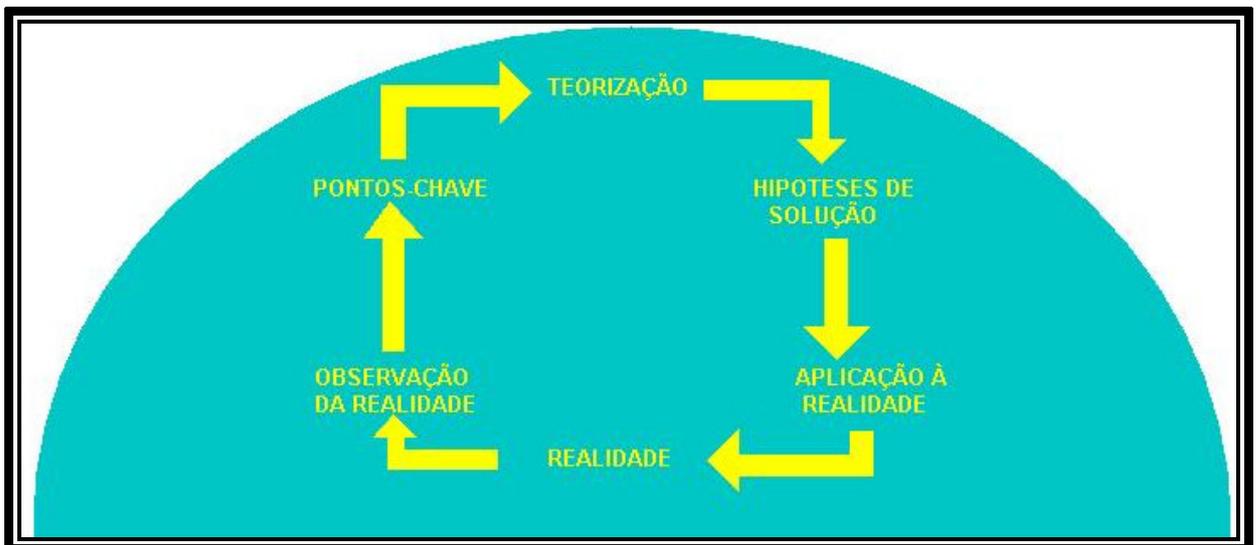


Figura 1: Diagrama do Arco ou Arco de Magueréz.

Fonte: BORDENAVE e PEREIRA (2002).

A **Observação da Realidade** é a fase inicial do Método do Arco. Ao observar a realidade, os participantes expressam suas percepções pessoais, permitindo

assim uma primeira leitura da realidade, a partir deste momento identificamos os pontos chave (BORDENAVE; PEREIRA, 2002). Esta fase aconteceu no *rapport* e no grupo focal (1º e 2º encontro) permanecendo em parte do terceiro encontro.

Os **Pontos Chave** são os fatores determinantes identificados e relacionados ao tema proposto (em nosso caso a participação social) que são levantados para construir um modelo conceitual de tal modo que possa organizar o problema e as relações entre as partes e o todo. Esta etapa constitui uma das razões mais importantes da superioridade deste método, pois os participantes separam o que foi observado e o que é verdadeiramente importante do que é puramente superficial ou contingente, ou seja, as variáveis mais determinantes da situação. Definido o problema é possível entrar na etapa da teorização (IBIDEM).

Na etapa de **Teorização** busca-se analisar o problema à luz da teoria, tendo-se como recurso o material bibliográfico, constantemente pesquisado e a metodologia problematizadora. Os dados e os aspectos são levantados a fim de se chegar a uma resposta para o problema suscitado. Através de leituras, projeção de trabalhos científicos é possível a reflexão sobre o pensar e o agir a luz do que a ciência pode permitir esclarecimento sobre o assunto. Nesta fase a contribuição do pesquisador é fundamental, pois a tarefa de teorizar é sempre difícil, ainda mais quando não se possui o hábito de fazê-lo. O que não se pode perder de vista é o objetivo da ação, que é despertar a reflexão mediante a soma de conhecimentos (BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

Esta fase é bem sucedida quando o participante entende o problema não apenas como situacional, mas o reconhece em seus princípios teóricos. Também chamada operação analítica da inteligência é altamente enriquecedora e permite o crescimento mental de cada um. Esta dinâmica de grupos é muito importante, pois estimula a operação da inteligência, tirando a pessoa do seu egocentrismo. Controlada a realidade com a teorização, Bordenave e Pereira (2002) apontam outra fase que é a **Hipótese de Soluções**.

A etapa de levantamento das **Hipóteses de Soluções** surge da motivação do conhecimento científico somado a prática profissional, vislumbrando novas possibilidades para o problema em estudo. É aqui que devem ser cultivadas a originalidade e a criatividade dos participantes, para deixem sua imaginação livre e se acostumem a pensar de maneira inovadora. Segundo Bordenave e Pereira (2002) a teoria é muito fértil nesta etapa, não tendo amarras situacionais podendo

algumas das hipóteses ser válida a princípio e inviáveis na prática. Sendo assim, os participantes devem confrontar suas hipóteses com os condicionantes e limitantes da realidade vivenciada, o que em grupo é mais fácil de fazer. Outra vantagem desta metodologia é a utilização da realidade para aprender e ao mesmo tempo transformá-la. Identifica-se aí o que Freire (1996) caracteriza como visão libertadora para a transformação social, representada por uma visão consciente do papel como cidadão, seus direitos e deveres perante a sociedade.

Na **Aplicação da Realidade**, etapa seguinte do método do arco é possível a intervenção direta na realidade através da análise reflexiva entre as hipóteses de solução levantadas e as condições efetivas de transformação da realidade, ajudando a promover uma aplicação concreta dos resultados da pesquisa de cujo contexto extraiu-se o problema. Bordenave e Pereira (2002) afirmam que nesta etapa é possível aprender a generalizar o aprendido para utilização em situações diferentes e a discriminar em que circunstâncias não é possível ou conveniente à aplicação sabendo qual escolher. É também através do exercício que aperfeiçoa sua destreza e adquire domínio e competência no manejo das técnicas associadas à solução do problema.

Neste estudo procurou-se seguir todas as etapas preconizadas por Bordenave e Pereira (2002), porém ao deparar com algumas limitações tais como: o pouco tempo para realização dos encontros, decorrente do pouco tempo para realização do próprio mestrado (dois anos); as alterações no funcionamento da Unidade de Saúde, por causa do processo eleitoral municipal de outubro de 2004, fizeram-nos optar por não aplicar a última etapa do método. Outra limitação foi que com o adiamento dos encontros, estes acabaram se realizando em momentos pouco propícios (próximo das festividades de natal e em janeiro, considerado um mês de férias para a maioria das pessoas) o que acarretou “quebra” na continuidade do trabalho com o grupo.

Em relação à análise dos dados, esta foi realizada em dois momentos distintos. O primeiro deu-se logo após cada encontro, quando se transcreveu e organizou os dados, de modo a devolvê-los ao grupo; o segundo se deu após o término completo da coleta de dados, quando se re-organizou o material, e o categorizando-o para melhor apreender-lhe o conteúdo.

Os encontros foram gravados em fita K7 e imediatamente transcritos após o término. Para analisar as falas transcritas utilizou-se o método de análise de

conteúdo de Bardin adaptada por Minayo (1995). Utilizando a proposta de Minayo (1993) iniciou-se com a etapa de pré-análise. Neste momento, realizou-se a **Leitura Flutuante**, o que já se havia feito no momento seguinte a cada encontro; a organização do material ou **Constituição do Corpus**, etapa que ocorreu quando se compilou os dados.

São pertinentes ao método de análise de conteúdo as seguintes operações:

1) busca das unidades de registro, que corresponde ao segmento de conteúdo a ser considerado, e pode ser uma frase (desde que exprima um pensamento completo), uma palavra ou uma afirmação acerca de um assunto; 2) codificação, que “pode ser realizada a partir do recorte, que se refere à escolha das unidades; da numeração, que se refere as regras de contagem; de classificação e agregação, que se volta para a escolha das categorias”; e 3) categorização, que é a operação de classificação de elementos pertencentes a um conjunto (MINAYO,1993).

Esta análise pode ser compreendida a partir da seguinte exemplificação:

UNIDADE DE REGISTRO	CODIFICAÇÃO	SUBCATEGORIA
<i>(participação)</i> “é quando vem a palestra e aceita e recebe orientação. Quando segue direitinho o que o médico e a equipe passa de orientação para a sua saúde, e quando não participa não alcança a cura”. (E2)	“é quando ele vem a palestra e recebe orientação” (E2)	Comparecer ao serviço e aceitar a orientação

Quadro 1: Unidades de Registro, codificação e subcategorias

Após ter utilizado estas operações propostas, tendo transformado em categorias os objetivos do estudo, construí as subcategorias correspondentes. O quadro a seguir ilustra, pois os achados de meu estudo.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Concepções de Participação	<i>Diálogo Comparecer ao Serviço e Aceitar a Prescrição Vontade de Fazer Algo</i>
Práticas de Participação	<i>Fazer Visita Domiciliar Informação Ir a Palestras Participação Manipulada</i>
Fatores Facilitadores da Participação	<i>Compromisso e Responsabilidade Motivação Confiança Envolvimento do Profissional e população, Diferenças Individuais Conselho Local de Saúde</i>
Fatores Limitantes da Participação	<i>Falta de Compromisso Falta de Motivação Atividades Ilícitas na Comunidade Pouca Valorização dos Agentes Comunitários de Saúde Não saber se expressar</i>

Quadro 2: Categorias e subcategorias do estudo.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, vale citar que o projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, tendo sido aprovado em 19 de fevereiro de 2004 (ANEXO 1).

Com o objetivo de garantir os direitos dos informantes, enviou-se uma solicitação ao Secretário Municipal de Saúde, chefia da Unidade de Saúde e individualmente e a cada membro que compõe a ESF forneceu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), que foi devidamente assinado

Capítulo IV

Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Os encontros com os participantes

Para a melhor realização da pesquisa, principalmente na fase de coleta de dados nos encontros com o grupo, contamos com a colaboração permanente de outra pesquisadora, também enfermeira, que participava do mesmo projeto, na mesma localidade, porém seu objeto de estudo eram usuários atendidos pelos trabalhadores de saúde de saúde da família. Houve entre nós muitos momentos de troca em relação aos dados, forma de encaminhar o trabalho, dinâmica dos grupos e ao final realizamos um encontro conjunto entre os trabalhadores e usuários, o qual relatamos neste capítulo.

Para assegurar o anonimato dos participantes, os nomearemos da seguinte maneira: A1, B1, C1, C2, D1, E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, de acordo com as características profissionais.

4.1.1 Primeiro Encontro: *Observação da realidade*

O primeiro encontro aconteceu no dia 12 de novembro de 2005. Foi previamente agendado com a enfermeira da Unidade de Saúde da Família. Neste dia fizemos uma entrevista individual de sensibilização (*rapport*) com o grupo de profissionais. Estavam presentes todos os participantes da pesquisa. Para sua realização utilizei um instrumento de identificação, com algumas perguntas para que pudéssemos conhecer um pouco mais os participantes.

Neste momento iniciei a **Observação da Realidade**, fase inicial do Método do Arco, que aconteceu neste primeiro, no segundo e em parte do terceiro encontro realizado com os participantes. O *rapport* permitiu um primeiro entrosamento entre pesquisadora e pesquisados. Os contatos foram realizados, inicialmente, na sala de trabalho comum a todos os trabalhadores e, posteriormente, logo que percebemos a falta de privacidade, continuamos os trabalhos na sala da enfermeira. Este ambiente

era pouco ventilado, mas permitia privacidade moderada, já que a separação das salas é parcial.

Apresentei-me como pesquisadora e profissional de saúde, destacando o interesse pelo trabalho, o cuidado com o resguardo do anonimato e o respeito pelos participantes, além da importante contribuição individual e coletiva que dariam ao desenvolvimento da pesquisa. Reportei-me a outras questões éticas, deixando claro que a participação era voluntária e que a recusa não implicaria em constrangimentos, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explicitado e oferecido. Todos os participantes assinaram o termo ao término das explicações.

Em seguida iniciei as entrevistas individuais com os participantes. Surpreendi-me positivamente com as respostas a última questão de meu roteiro, em que pedia que se definissem em uma palavra ou frase, os comentários foram muito interessantes. Outro dado que me surpreendeu foi que todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dessa unidade de saúde possuíam o segundo grau completo, o que considerei muito positivo.

Este momento transcorreu em clima amigável e tranqüilo, tanto para entrevistados como para entrevistadora. Houve por parte dos profissionais uma aceitação geral e boa acolhida. Pareceram-me sinceros nas respostas e arriscaria em dizer, “empolgados”, demonstrando uma expectativa maior do que apenas em colaborar com o trabalho.

Em relação ao seu trabalho, afirmaram que gostam do que fazem. A satisfação encontra-se em poder “ajudar o próximo”, poder participar da vida das pessoas, o reconhecimento por parte da comunidade sobre o trabalho prestado, a amizade, a gratidão, o conhecimento adquirido, ver o resultado do trabalho realizado, perceber a aceitação da orientação prestada e “poder avaliar o paciente como um todo”. O que lhes desagrada em seu trabalho é a rotina, a impotência com relação aos problemas identificados, o mau acolhimento por parte da comunidade, dificuldades de relacionamento entre os profissionais e a não aceitação da orientação prescrita pelos usuários.

Utilizaram algumas palavras para se descrever, tais como: “é a curiosidade que me move”, “quem não faz poeira come poeira”, “batalhadora”, “a primeira impressão não é a que fica”, “aquele que desistiu foi vencido por aquele que não estava fazendo”, “guerreira”, “se é fácil não é pra mim”, “impulsiva”, “persistente”.

Ao término desta etapa, compusemos um quadro com o perfil dos trabalhadores e agendamos o próximo encontro. A seguir apresentamos um quadro que sintetiza as características da equipe.

CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	TEMPO QUE ATUA NA EQUIPE
A1	F	45	Superior	1 ano e 3 meses
B1	F	40	Superior	4 anos
C1	F	46	Médio	1 ano
C2	F	46	Médio	1 ano
D1	F	27	Médio	5 meses
E1	M	26	Médio	6 meses
E2	M	22	Médio	2 anos e 3 meses
E3	F	26	Médio	1 ano e 4 meses
E4	F	30	Médio	1 ano e 9 meses
E5	M	22	Médio	7 meses
E6	F	33	Médio	1 ano
E7	F	23	Médio	1 ano e 6 meses

Quadro 3: Perfil dos Participantes do Estudo.

Os participantes deste estudo apresentam o seguinte perfil: nível de escolaridade igual ou superior ao segundo grau; 75% são mulheres, 90% solteiros, faixa etária entre 22 e 46 anos, pouco tempo na equipe de PSF (sendo em média de 5 meses e no máximo 4 anos), destacando-se por uma postura profissional que denota comprometimento com o trabalho.

4.1.2 Segundo Encontro: *Observação da Realidade e Pontos Chave*

Este encontro foi realizado no dia 19 de novembro de 2004, com início previsto para as 13:30 horas, porém por problemas de espaço físico só iniciamos às 14:15 horas. A sala disponibilizada pela unidade de saúde foi a de ginecologia. A

sala era ampla, bem ventilada e iluminada, preparada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) com número suficiente de cadeiras para todos os participantes, totalizando 12 profissionais, mais o moderador e o observador. Esta etapa da pesquisa ainda se constitui na Observação da Realidade. Mas, como veremos adiante, neste encontro também definimos os Pontos Chave, segunda etapa da metodologia.

Iniciamos o trabalho com uma dinâmica de socialização, que se caracterizou em distribuir um cartão com uma foto de um animal a cada participante para que após a interpretação deste, pudesse encontrar seu par. O trabalho foi bem divertido e todos participaram de maneira extrovertida. Antes de dar início aos trabalhos solicitei ao grupo autorização para gravar as falas e me comprometi em manter a ética e o sigilo profissional, respeitando as crenças individuais durante todo o processo da pesquisa.

Após esta dinâmica demos início ao grupo focal com a proposta de iniciar o trabalho de coleta de dados sobre participação. A saída constante da enfermeira atrapalhou o andamento dos trabalhos num primeiro momento, porém, logo foi resolvido o problema, o que nos permitiu permanecer na sala.

À medida que o grupo foi respondendo aos questionamentos feitos por mim sobre as concepções de participação, percebi certa dificuldade que tinham em precisar o que diziam, pois suas falas eram breves como, por exemplo, ao perguntar o que entendiam sobre participação, alguém respondeu: “é interação”; quando tentava aprofundar a questão perguntando, o que significa interação para você, respondia com outra frase tão breve quanto a primeira, exemplo: “é isso que estamos fazendo agora”.

Percebi os profissionais retraídos, mas respeitando a metodologia tentei deixá-los mais à vontade, evitando direcionamento ou pressão individual, contudo estimulando a participação, em forma de questionamentos, retomando colocações anteriormente feitas pelos participantes, etc.

Este momento teve a duração de 1:30 h., o que nos permitiu explorar o tema. Entretanto, o andamento dos trabalhos foi prejudicado pelo fato de me senti muito preocupada para que tudo corresse na mais perfeita ordem: que o gravador não falhasse, que todos tivessem a oportunidade de expressar suas idéias e que posteriormente tivesse condições de transcrever.

Parti para a etapa da eleição dos pontos chave, questionando ao grupo o que

considerava importante, dentro do contexto trabalhado, ou seja, quais as concepções e formas de participação e o que as determina. Como não houve retorno do grupo, entendi que não havia uma boa compreensão do tema e talvez fosse necessário resgatar outros assuntos, anteriores a temática da “participação social”. Impulsionada pela forma prescritiva de agir, fiz algumas sugestões de temas que considerava poderiam contribuir para melhor entendimento do assunto em estudo. Foram eles:

- A Participação Social ao longo da Reforma Sanitária e no Programa Saúde da Família;
- Concepções de participação.

Perguntei ao grupo o que achava da proposta e mediante sua aceitação pensei em teorizar sobre os temas no encontro seguinte.

Encerramos o encontro com a proposta de que nos próximos encontros eu traria material científico sobre os temas acima descritos, para entrar então na fase de Teorização. Finalizamos com um lanche para promover a aproximação do grupo.

4.1.3 Terceiro Encontro: *Confirmação da Realidade, Teorização e Problematização das Palavras-Chave*

Este encontro foi realizado no dia 27 de Novembro de 2004, os trabalhos estavam agendados para 13:30 horas, porém só iniciaram as 14:40 horas, pois a equipe estava reunida para tratar assuntos referentes ao chamamento da Promotoria Pública sobre o não atendimento das pessoas que não eram moradores daquele bairro.

A reunião realizou-se no consultório médico, sala esta muito pequena e pouco iluminada. Estava muito quente neste dia, mas a meu pedido evitamos ligar o ar condicionado devido ao barulho que interferiria na gravação. Assim abrimos as janelas, já que o compressor odontológico, que estava ligado, também dificultaria a gravação e posteriormente a transcrição. A sala era inadequada, pois se localizava no centro da Unidade de Saúde e o barulho externo também se tornou um problema.

Retomei a condução dos trabalhos, de forma a melhor identificar os pontos-chave, conforme indicam Bordenave e Pereira (2002). Assim, organizei todos os

relatos da segunda reunião, agrupando-os por similaridade e os trouxe neste dia para que pudessem entrar em contato com o que concebem e praticam em relação à participação, de modo a confirmar a realidade observada e identificar questões que merecem mais atenção

Em dois cartazes de cores diferentes coloquei conceitos de participação e em outro as formas de participação descritas pelo grupo. Li o que constava nos cartazes e solicitei que confirmassem se havia divergências ou se correspondia à realidade apresentada. Com o objetivo de buscar mais informações distribui pequenos papéis e canetas coloridas, para que em dupla, pudessem repensar o que haviam dito e se desejavam complementar, registrando outro pensamento relativo ao tema. Para esta reflexão foram estipulados 15 minutos, embora tenham sido ultrapassados dez minutos. A partir deste momento as duplas iniciaram a apresentação de suas falas e após as colocações, fixaram no cartaz suas falas completando o cartaz que havia trazido.

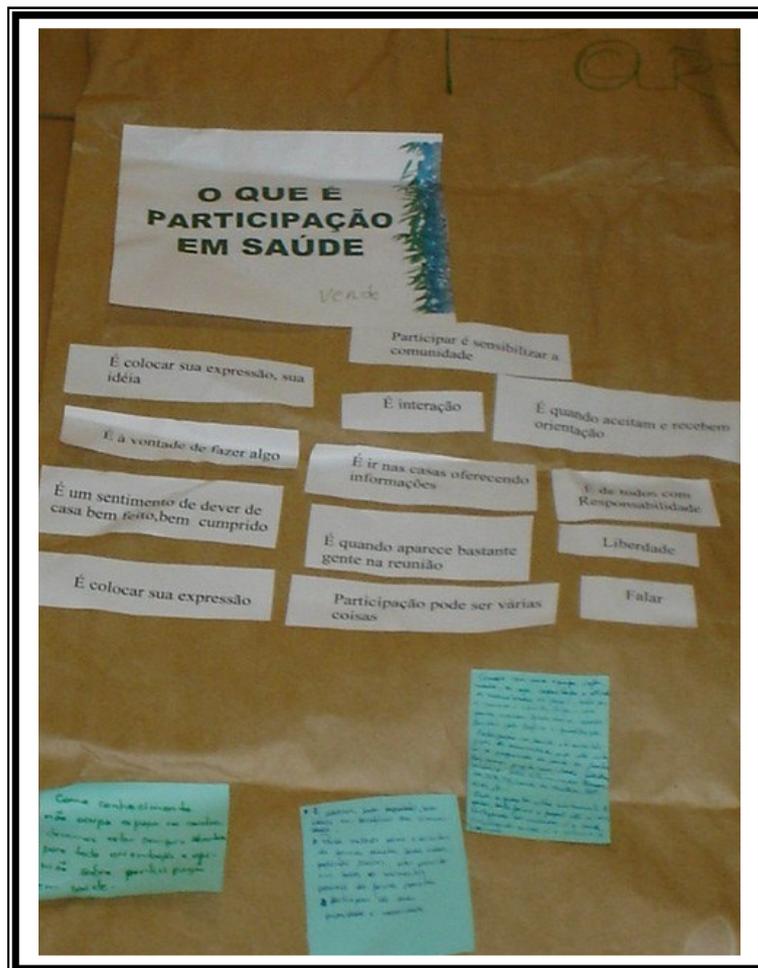


Figura 2: Cartaz conceitos de participação.

Abrimos para discussão sobre as colocações feitas pelos trabalhadores. Foi um momento muito agradável, pois o grupo demonstrou mais uma vez entusiasmo, interesse, comprometimento, descontração e participação. Pude constatar que o grupo confirmou as concepções e práticas participativas descritas na segunda reunião.

Após este momento propus ao grupo lermos um texto sobre a história do Movimento da Reforma Sanitária/SUS. Esta leitura caracterizou o início da fase de teorização. Este texto extraído do livro “Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS” Brasil (1994), intitula-se “Construindo o projeto de mudança: o movimento pela democratização da saúde no Brasil e o que é Reforma Sanitária”. Foi possível perceber que o conteúdo da leitura era novidade para alguns. Isto denotava que a maior parte da equipe não conseguia relacionar o tema da participação com o ideário do SUS e as práticas requeridas.

Encerramos o encontro com uma dinâmica que valoriza a participação social que se desenvolveu da seguinte forma: distribuí um palito de fósforo para cada participante e pedi que tentassem quebrar, depois entreguei dois, três, cinco e assim sucessivamente até que tentassem quebrar vinte palitos, percebendo então que a dificuldade era crescente em quebrar quando os palitos estavam em maior quantidade. Um profissional fez a interpretação dizendo que o significado era de que “a união faz a força”.

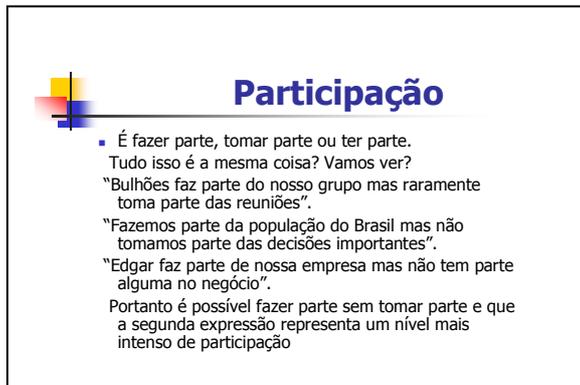
O encontro foi encerrado com agradecimento à presença e participação de todos e um lanche de confraternização.

4.1.4 Quarto Encontro: *Teorização e Problematização dos Pontos-Chave*

Este encontro foi realizado no dia 4 de Dezembro de 2004. Iniciamos com atraso de trinta minutos, ocupando novamente a sala do consultório médico. Agradei a presença de todos e a colaboração que vínhamos recebendo.

O tema, conforme acordado no último encontro era relativo às concepções de participação, formas de participação, fatores facilitadores e limitantes. Iniciei com um texto de Bordenave (1994), apresentado na transcrição de pequenos *slides*, já que não dispúnhamos de retro-projetor. A reunião durou aproximadamente uma hora

e quarenta minutos e teve a participação de todos que não se furtaram em fazer e acompanhar as leituras das figuras apresentadas a seguir.



Participação

- É fazer parte, tomar parte ou ter parte. Tudo isso é a mesma coisa? Vamos ver?
 - "Bulhões faz parte do nosso grupo mas raramente toma parte das reuniões".
 - "Fazemos parte da população do Brasil mas não tomamos parte das decisões importantes".
 - "Edgar faz parte de nossa empresa mas não tem parte alguma no negócio".
- Portanto é possível fazer parte sem tomar parte e que a segunda expressão representa um nível mais intenso de participação

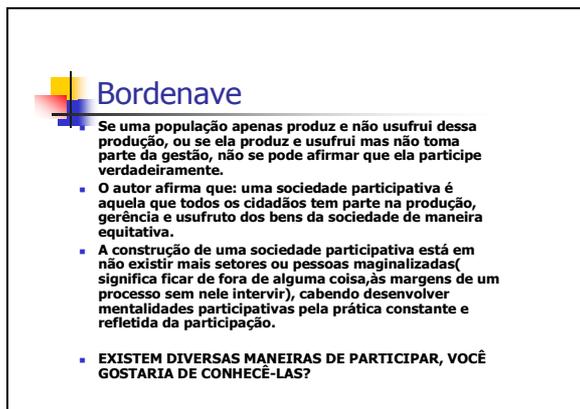
Figura 3: Participação



Micro e Macroparticipação, O que é isso?

- Microparticipação:** é a associação voluntária de 2 ou mais pessoas numa atividade comum na qual elas não pretendem unicamente tirar benefícios pessoais e imediatos (A. Meister)
- Macroparticipação/p. macrosocial:** Compreende a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade- a história da sociedade.
- A participação social:** é o processo mediante o qual as diversas camadas sociais têm parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada (Sátira Bezerra Ammann).

Figura 4: Micro e Macroparticipação

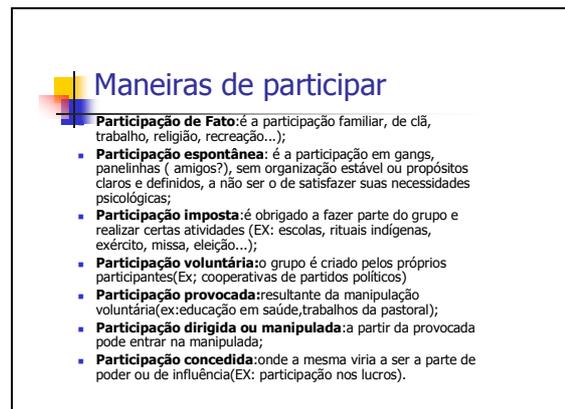


Bordenave

Se uma população apenas produz e não usufrui dessa produção, ou se ela produz e usufrui mas não toma parte da gestão, não se pode afirmar que ela participe verdadeiramente.

- O autor afirma que: uma sociedade participativa é aquela que todos os cidadãos tem parte na produção, gerência e usufruto dos bens da sociedade de maneira equitativa.
- A construção de uma sociedade participativa está em não existir mais setores ou pessoas marginalizadas (significa ficar de fora de alguma coisa, às margens de um processo sem nele intervir), cabendo desenvolver mentalidades participativas pela prática constante e refletida da participação.
- EXISTEM DIVERSAS MANEIRAS DE PARTICIPAR, VOCÊ GOSTARIA DE CONHECÊ-LAS?

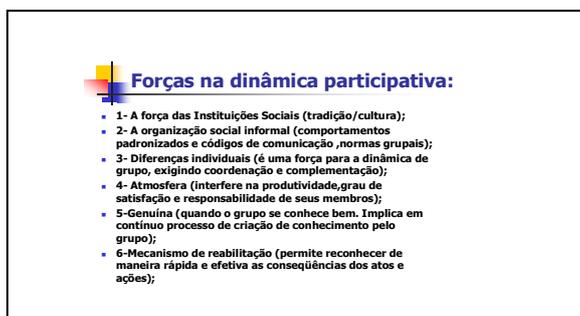
Figura 5: Participar segundo Bordenave



Maneiras de participar

- Participação de Fato:** é a participação familiar, de clã, trabalho, religião, recreação...;
- Participação espontânea:** é a participação em gangs, panelinhas (amigos?), sem organização estável ou propósitos claros e definidos, a não ser o de satisfazer suas necessidades psicológicas;
- Participação imposta:** é obrigado a fazer parte do grupo e realizar certas atividades (EX: escolas, rituais indígenas, exército, missa, eleição...);
- Participação voluntária:** o grupo é criado pelos próprios participantes (EX: cooperativas de partidos políticos)
- Participação provocada:** resultante da manipulação voluntária (ex: educação em saúde, trabalhos da pastoral);
- Participação dirigida ou manipulada:** a partir da provocada pode entrar na manipulada;
- Participação concedida:** onde a mesma viria a ser a parte de poder ou de influência (EX: participação nos lucros).

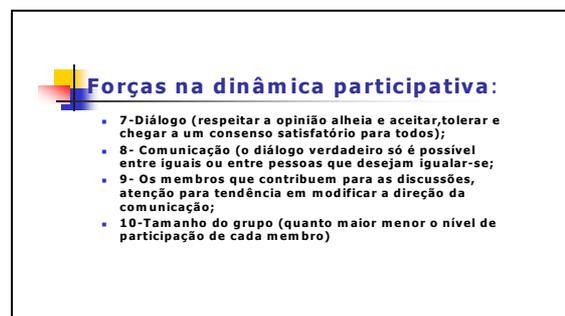
Figura 6: Maneiras de participar



Forças na dinâmica participativa:

- 1- A força das Instituições Sociais (tradição/cultura);
- 2- A organização social informal (comportamentos padronizados e códigos de comunicação ,normas grupais);
- 3- Diferenças individuais (é uma força para a dinâmica de grupo, exigindo coordenação e complementação);
- 4- Atmosfera (interfere na produtividade, grau de satisfação e responsabilidade de seus membros);
- 5- Genuína (quando o grupo se conhece bem. Implica em contínuo processo de criação de conhecimento pelo grupo);
- 6- Mecanismo de reabilitação (permite reconhecer de maneira rápida e efetiva as conseqüências dos atos e ações);

Figura 7: Forças na dinâmica participativa



Forças na dinâmica participativa:

- 7- Diálogo (respeitar a opinião alheia e aceitar, tolerar e chegar a um consenso satisfatório para todos);
- 8- Comunicação (o diálogo verdadeiro só é possível entre iguais ou entre pessoas que desejam igualar-se);
- 9- Os membros que contribuem para as discussões, atenção para tendência em modificar a direção da comunicação;
- 10- Tamanho do grupo (quanto maior menor o nível de participação de cada membro)

Figura 8: Forças na dinâmica participativa

Percebi que o grupo neste dia estava um pouco desmotivado, mas consegui entender o porque. Com o desenrolar dos trabalhos, houve relatos dos participantes em relação à falta de recursos financeiros e ao relacionamento entre os membros da equipe, que vinha se distanciando a cada dia, pois não estavam conseguindo aceitar as divergências de opiniões, inibindo por vezes o diálogo entre os trabalhadores. Os enfermeiros disseram que os recursos financeiros recebidos eram incompatíveis com o importante trabalho por eles desenvolvido. Vários depoimentos surgiram valorizando e descrevendo a importância do trabalho que fazem estes profissionais.

Neste momento propus discutirmos a temática da motivação para o trabalho na próxima reunião, a fim de garantir o bom andamento, não só da pesquisa, como também lhes proporcionar instrumentos para a reflexão sobre o assunto de forma a contribuir com o trabalho desenvolvido por esta equipe, com o que o grupo concordou. Considerei este um novo Ponto Chave que emergiu neste encontro.

A acolhida do grupo como nas outras vezes foi boa. Finalizamos com um lanche de confraternização.

4.1.5 Quinto Encontro: *Teorização e problematização dos pontos chave*

Em 11 de Dezembro de 2004 realizamos o 5º encontro, que teve início às 14:00 horas. Cumprimentamos a todos e agradei a presença e colaboração.

Neste encontro o assunto em pauta era a Motivação para o Trabalho. Selecionei para este dia, frases que representavam reflexões de vários autores sobre esta temática, reforçando ao grupo que não são palavras minhas, mas de autores consagrados e que as destaquei por achar importante para aquele momento.

A dinâmica se constituiu em distribuir para cada participante um ou dois papéis com frases de vários autores os quais havia consultado. Cada bilhete tinha um número que garantia uma seqüência no raciocínio. As leituras eram feitas conforme a numeração e discutidas imediatamente. Foi um momento privilegiado em que os participantes demonstraram não só interesse e aproveitamento como a possibilidade reflexão para o trabalho e crescimento cultural. Embora descrevendo como difíceis e complexos todos os participantes estavam motivados, até porque alguns também estavam tendo o privilégio de estar participando paralelamente de

um curso sobre motivação.

Conceituamos motivação, fatores que estimulam a motivação, valores motivacionais, relações interpessoais, ética, recompensas econômicas, transformações profissionais e pessoais, complexidade do mundo atual, tais como:

A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas. A confiança é um fator fundamental no sucesso de uma ação. Se um indivíduo acredita que vai alcançar um objetivo qualquer, fará um esforço especial para alcançá-lo, mas, se, pelo contrário, não acredita que possa conseguir, não fará nada. Estas crenças ou expectativas podem ter uma origem infantil distante ou ser recente nos indivíduos. A educação não pode modificar muita das condições objetivas, mas pode conseguir mudar a maneira como os indivíduos encaram as condições objetivas (BRICEÑO-LEON,1996).

Freire (1996) fala da relação “homem-realidade, homem-mundo, implicando a transformação do mundo. Logo, a importância da participação social na promoção da saúde, condiciona ação-reflexão para o verdadeiro compromisso social”.

Vasconcelos (1997) diz que é preciso tomar consciência da realidade complexa do mundo atual e saber aprender de forma coletiva/participativa para entender e contribuir com a complexidade da globalidade.

Este encontro foi o mais longo, com duração de duas horas e certamente o mais envolvente. Como todos os outros encontros, este foi gravado e transcrito. Vale registrar que todo material utilizado foi disponibilizado a todos os participantes em forma de cópias individuais. Procurei ao final da reunião combinar novo tema para o próximo encontro e sugeri “PSF”, em virtude de ter percebido que há dúvidas com relação à participação social, princípio básico ao trabalho do PSF. Expliquei aos participantes que tentarei resgatar esta temática desde seu conceito, práticas e funções dos profissionais. A equipe concordou, e convidei a todos para um lanche.

4.1.6 Sexto Encontro: *Teorização e problematização das palavras chave*

No dia 27 de Dezembro de 2004, iniciamos a reunião as 14:00 horas na sala do consultório médico. Por motivo de férias havia neste dia apenas oito participantes, contudo este fato não inviabilizou o encontro, até porque os

profissionais que ali estavam encontravam-se muito motivados e interessados.

A apresentação do tema foi Programa Saúde da Família (PSF), conforme acordado na reunião anterior. Em forma de transparência e com a ajuda de um retro-projetor iniciamos a apresentação do tema. Para que todos pudessem usufruir o conteúdo, foi distribuída uma cópia do material para todos os profissionais presentes e disponibilizadas mais cópias para ser distribuída posteriormente aos ausentes, conforme descrição abaixo:

PSF : Programa Saúde da Família

- O PSF é um programa que pretende mudanças positivas em relação a aplicabilidade dos princípios e diretrizes do SUS (universalidade, equidade da atenção e da integralidade das ações).
- Busca um novo diferencial de relação entre profissionais de saúde e população, para a reestruturação de seus serviços, na atenção das necessidades da população.

Figura 9: PSF: programa Saúde da Família

PSF- ESF

- É uma estratégia para a reorganização da atenção básica, com uma concepção centrada na Promoção da qualidade de vida. Logo, esta proposta deseja substituir o modelo anterior. Acima de tudo, um modelo voltado à permanente defesa da vida do cidadão.
- Neste modelo torna-se URGENTE:
 - nova relação entre profissionais e comunidade;
 - ações humanizadas e competentes;
 - atitude interdisciplinar e intersetorial.

Figura 10: PSF – ESF

ESF

- A família precisa ser abordada de forma integral e articulada, sem que se perca de vista, o estado de equilíbrio individual de seus membros. Logo, o papel do profissional de saúde é de aliar-se a Família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la.
- Cabe, então, o exercício de uma nova prática, com base em outra racionalidade, partindo de uma premissa solidária e construída de forma DEMOCRÁTICA e PARTICIPATIVA, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento.

Figura 11: ESF

ESF

- É preciso entender que dentro desta nova perspectiva é necessário desenvolver um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: Programação; Execução; Avaliação.

Figura 12: ESF

USF: Unidade Saúde da Família

- Não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes, que por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral. Estas atividades não se restringem a atividades individuais mas coletivas que precisam ser desenvolvidas de modo a atender as necessidades humanas (hábito, costumes, domicílio, animais, lixo, esgoto...).
- Esta unidade jamais deve perder de vista o usuário : falamos de referência e contra-referência

Figura 13: USF

PSF:ESF

- É importante lembrar que:Um dos mais importantes pressupostos tecnológicos na atenção básica é a Educação Permanente, ou seja, a permanente revisão de saberes e práticas, onde o indivíduo, família e comunidade são as bases de uma nova abordagem.

Figura 14: ESF

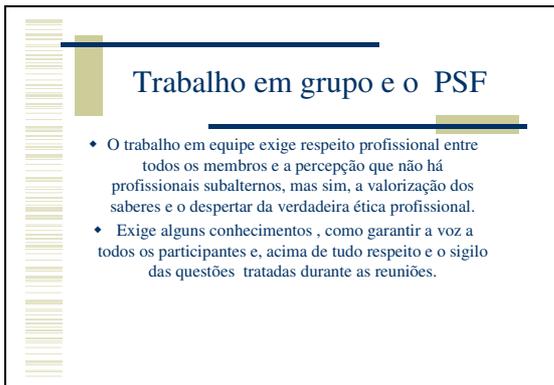


Figura 15: Trabalho em grupo e o PSF

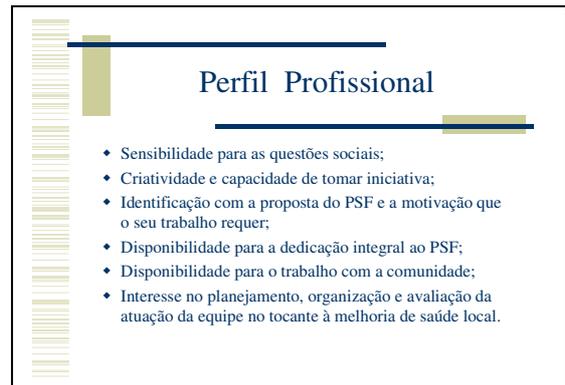


Figura 16: Perfil Profissional

O tema foi apresentado, discutido e exemplificado não apenas por nós pesquisadoras, mas também pelos profissionais. Houve manifestação que não estão trabalhando dentro do modelo proposto pelo PSF, mas ao mesmo tempo a demonstração do interesse em efetivar esta proposta. Nesta etapa perceberam a importância do diálogo entre as partes, equipe e comunidade e a possibilidade da troca de saberes, necessária ao entendimento das diversidades em saúde e a verdadeira proposta do trabalho no PSF.

Aproveitamos o entusiasmo e o momento de reflexão para avançar no processo de participação e perguntamos ao grupo se gostariam de uma reunião com a comunidade para que pudessemos partilhar idéias e oportunizar a etapa seguinte descrita por Bordenave (1994), que é Hipóteses de Soluções, tendo em vista que ficou em nós a sensação que ainda era preciso explorar mais o assunto do PSF, principalmente no que se refere às atribuições dos trabalhadores. Sendo assim seria possível construir esta etapa como usuários e equipe. A idéia lançada pela pesquisadora que estava trabalhando com os usuários, pois sentia mediante relatos dos participantes de seu grupo, a necessidade de estarmos juntos discutindo alguns temas relativos ao PSF e sua aplicabilidade. A idéia foi aceita sem restrições e a enfermeira agendou o próximo encontro para dia seis de janeiro do próximo ano.

Antes de finalizarmos o encontro fiz a leitura das mensagens de felicitações do Novo Ano e entreguei uma mensagem com um verso que tinha a seguinte mensagem:

Sonhar Sozinho é desejar mudanças.

A dois é saber que o caminho está correto.

Em grupo é a certeza de que a união torna possível a realização de um sonho.

Obrigado por nos ajudar a realizar este sonho (autor desconhecido).

Este encontro foi finalizado com um lanche de confraternização.

4.1.7 Sétimo Encontro: *Hipótese de Soluções*

O sétimo encontro foi realizado no dia 06 de janeiro de 2005, das 15:40 às 17:45 horas. Este encontro foi realizado em um auditório do Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC), anexo à unidade de saúde. Contou com a participação da equipe de trabalhadores e com o grupo de usuários que faziam parte da pesquisa sobre o mesmo tema, já referida anteriormente. Além dos participantes dos dois estudos estavam presentes a enfermeira do Programa de Saúde da Mulher da unidade de saúde e a médica de uma outra equipe do Programa Saúde da Família, que demonstrou interesse em participar porque sua equipe divide espaço no mesmo local.

Esta etapa foi muito importante para nós pesquisadores porque tivemos a oportunidade de reunir membros da comunidade com os profissionais de saúde, para que compartilhassem o que havíamos discutido em separado com cada grupo. Este momento da pesquisa envolvia ainda alguns aspectos da etapa de teorização e a do levantamento das Hipóteses de Solução.



Figura 17: Fotografia do 7º Encontro.

Este encontro foi coordenado por mim e pela colega de mestrado que estava realizando a pesquisa com a comunidade discutindo o tema da participação na visão do usuário.

Iniciamos o encontro explicando que o objetivo principal da pesquisa participante é que os participantes do grupo sejam os atores das ações que podem transformar a realidade. Nesta metodologia a comunidade se estuda a si mesma e usa este conhecimento e as novas percepções de si mesma para transformar sua realidade (BORDENAVE, 1994).

Utilizando um retro-projetor explicitamos as atribuições básicas de uma equipe de saúde da família de acordo com o Ministério da Saúde (2000), ressaltando que é condição mínima para a implantação da equipe que a comunidade participe desde o início do projeto, conhecendo seu papel, objetivos e que a partir daí o trabalho seja realizado em conjunto equipe/comunidade.

O grupo de trabalhadores iniciou uma breve discussão sobre o tema apresentado. Neste momento observamos que os usuários ficaram um pouco inibidos em expressar sua opinião na presença da equipe. Mais tarde com o

transcorrer do encontro, este quadro se modificou, usuários e equipe de trabalhadores se mostraram à vontade e participantes na construção de propostas que pudesse promover maior interação entre os dois grupos com vistas à promoção da saúde. Em seguida equipe e usuários, procuraram juntos levantar alternativas para efetivar as soluções apontadas. Surgiram as seguintes propostas:

- necessidade de criação de um conselho local de saúde;
- importância da identificação de lideranças por micro-área para representar a comunidade;
- participação dos usuários no planejamento e avaliação das atividades da equipe de saúde da família;
- necessidade de divulgação do trabalho da equipe de saúde da família para a comunidade, através de reuniões e folhetos explicativos.

Terminamos a reunião discutindo com a equipe a próxima etapa que seria a Aplicação à Realidade. Esta etapa possibilita a intervenção direta na realidade, ajudando a promover uma aplicação concreta dos resultados da pesquisa. Assumimos o compromisso de:

- enviar uma cópia deste trabalho a Secretária Municipal de Saúde divulgando suas propostas e contribuições;
- divulgar este estudo em reuniões com a equipe, com o objetivo de promover a discussão e reflexão acerca da temática aqui abordada;
- divulgar este estudo em eventos;
- contribuir com esclarecimentos normativos para a implantação de um Conselho Local de Saúde (CLS).

Este foi um momento muito importante e produtivo, pois comunidade e equipe se mostraram interessados pela implantação do Conselho Local de Saúde, considerando-a estratégia de expressão participativa e exercício da cidadania, como se percebe no seguinte depoimento:

“Acho que podemos iniciar implantando o CLS neste bairro e depois estender para os demais bairros”. (B1)

4.2 Reflexões metodológicas sobre a aplicação da metodologia problematizadora

Na fase inicial da Observação da Realidade pude perceber que o *rapport* transcorreu em clima agradável e favorável tanto para entrevistadora como para entrevistados, podendo atingir o objetivo da mesma conforme orientação de Lüdke e André (1986). Percebo hoje que, por inexperiência e apreensão, elaborei mais perguntas do que necessariamente deveria fazê-lo neste primeiro contato, mas fiquei receosa que a conversa se extinguisse e eu não tivesse mais perguntas para aproveitar o todo que este momento poderia me permitir.

Ainda na etapa da Observação da Realidade, durante o Grupo Focal, estava ainda mais apreensiva, pois esta foi a minha primeira experiência em realizar este tipo de trabalho. Foi interessante, mas me faltou habilidade em avançar, já que as respostas dos participantes eram muito sucintas, não dando a clareza que, hoje percebo. A pesquisa precisaria ter e gerando no decorrer do trabalho dificuldades na codificação e categorização dos dados. Mesmo assim, acredito ter alcançado o objetivo desta etapa que era levantar a realidade.

Devido à falta de experiência a etapa mais difícil foi destacar os Pontos Chave, mas reconheço que deveria ter um conhecimento mais elaborado da técnica descrita por Bordenave e Pereira (2002). Percebo hoje, que minha prática bancária, de “levar tudo pronto” e da própria prática dos participantes de receber “tudo pronto”, me fez interferir em demasia na identificação dos pontos chave. Diante do silêncio dos participantes eu rapidamente fiz algumas sugestões que foram imediatamente acatadas. Outra questão é que me precipitei demais em definir os Pontos Chave, o que poderia ter realizado um pouco mais adiante, quando o grupo poderia estar mais integrado e maduro para isso.

A Etapa de Teorização permitiu um crescimento de ambas as partes, trabalhadores da Equipe Saúde da Família e pesquisadora. Como pesquisadora já me sentia mais à vontade, apesar de reconhecer nas palavras de Bordenave e Pereira (2002), que esta é uma tarefa muito difícil. Já havia um bom entrosamento entre trabalhadores e pesquisadora, fazendo com que nos sentíssemos muito à vontade para comentar as nossas dificuldades, anseios e falta de conhecimento. Acredito que mesmo em meio a tantas dificuldades conseguimos alcançar a proposta

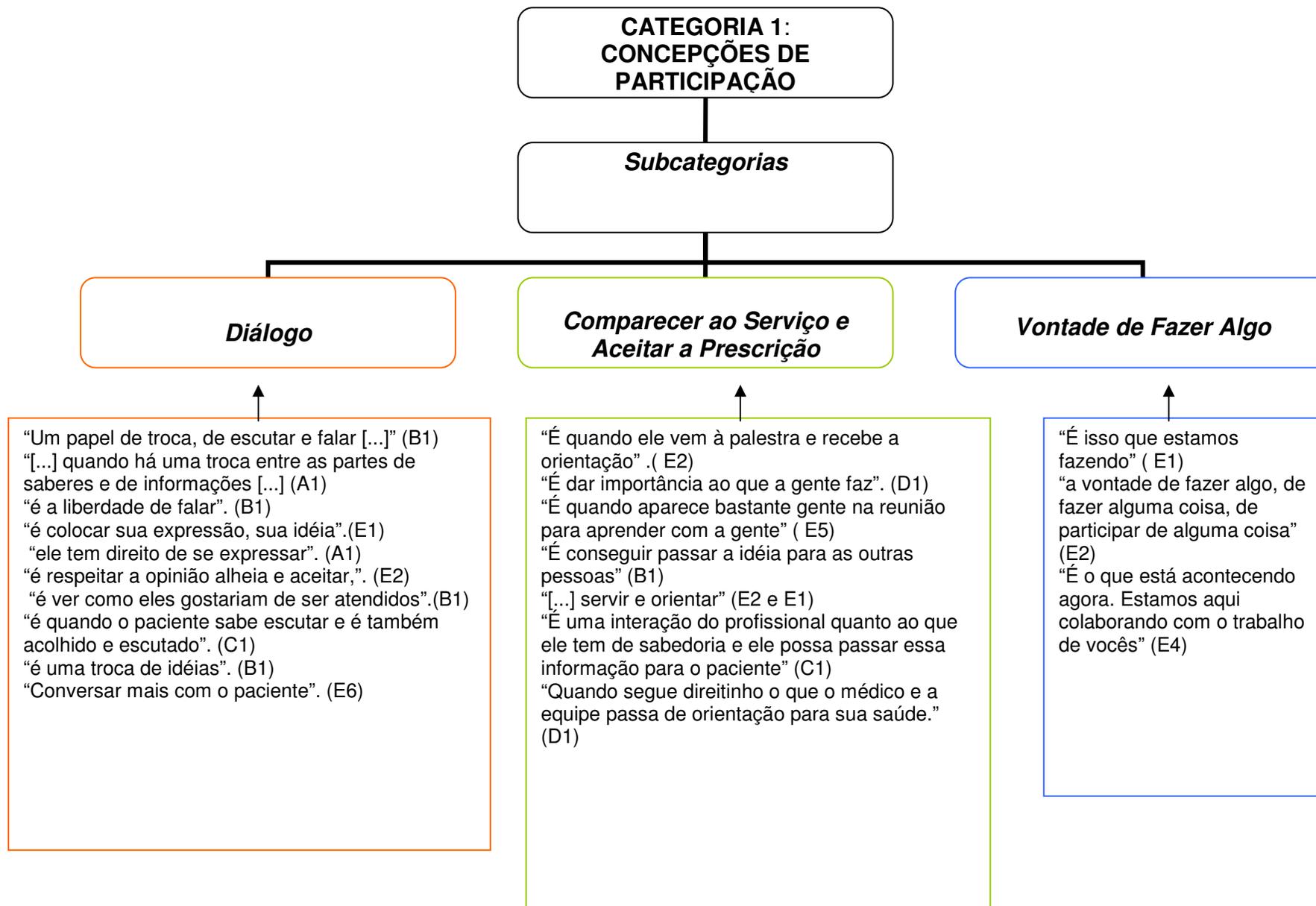
metodológica, pois foi possível entender e refletir sobre os problemas identificados e a partir deles propor soluções mediante princípios teóricos e situacionais.

Percebi em todos os participantes desse processo o repensar e o reconhecimento de possibilidades para a transformação da realidade, e o desenvolvimento por parte dos trabalhadores e usuários de competências para realizar ações que efetivamente envolvam trabalhadores/instituição e usuários na qualificação da Participação Social.

4.3 As categorias do estudo

Após a transcrição dos encontros foi possível construir o discurso dos participantes do estudo, do qual resultaram as categorias e subcategorias, já referenciadas no capítulo da metodologia, no quadro 1.

Iniciamos a discussão pela Categoria Concepções de Participação.



Quadro 4: Categoria 1 - Concepções de participação, subcategorias correspondentes e alguns exemplos de unidades de registro.

A participação em saúde é vista como ponto primordial para a promoção da saúde, dentro da perspectiva do SUS. Entendemos que a partir dela, podemos encontrar uma diversidade de pontos de vista que vão contribuir para que as ações de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, fiquem mais próximas das necessidades sociais. Para que isto aconteça um dos elementos é o diálogo.

O **Diálogo** foi uma das subcategorias identificadas como **CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**. As falas a ela relacionadas surgem na fase de Observação da Realidade, no desenvolvimento do grupo focal e foi um dos primeiros elementos apontados pelos participantes do grupo. Segundo alguns participantes a participação é,

“um papel de troca, de escutar e falar [...]”. (B1)

“quando o paciente sabe escutar e é também acolhido e escutado”. (C1).

Segundo Bordenave (1994) o diálogo é a maior força para a participação, não significa apenas conversa, significa se colocar no lugar do outro para compreender seu ponto de vista; respeitar a opinião alheia; aceitar a vitória da maioria; por em comum as experiências vividas sejam boas ou ruins; partilhar a informação disponível; tolerar longas discussões para chegar a um consenso satisfatório para todos.

Freire (2001) nos fala, se reportando ao diálogo, como uma relação de intercomunicação. Ele gera a crítica e a problematização já que ambos os parceiros podem perguntar: "por quê?". Quem dialoga, dialoga com alguém e sobre algo. Há duas dimensões constitutivas desta palavra: ação e reflexão. Sua verdadeira prática permite a transformação. A ação e a reflexão são frutos do diálogo e este perde seu significado quando a ação não permite a reflexão.

O **diálogo** não é só uma das formas pelas quais se pode exprimir o discurso humano, mas a sua forma própria e privilegiada, é um conversar, um discutir, um perguntar e um responder entre as pessoas associadas pelo interesse comum. O diálogo implica em tolerância e respeito. Não apenas resignação diante da existência de outros pontos de vista, mas reconhecimento de sua igual legitimidade e boa vontade de entendê-los nas suas razões. (BORDENAVE, 1994).

Concordo com Briceño-Leon (1996) quando afirma que o **diálogo** é um processo participativo e que não é possível participar sem que haja envolvimento da

comunidade e dos moradores em todos os momentos, inclusive desde o início, no planejamento das ações. Um programa dialógico e participativo em saúde envolve todos (instituição e usuário) atuando por igual, embora com papéis diferentes. Não há um que sabe as verdades absolutas. Uma comunicação participativa e dialógica não pode basear-se na predominância de nenhum dos dois extremos. Todos participam, os trabalhadores/instituição e o usuário, colocando seus saberes e suas vontades. O que se tem de buscar então é dialogar e intercambiar, e tentar confrontar os saberes sem dominação e sem submissão.

Nessa perspectiva é muito importante a negociação entre seus membros, contando que cada modalidade de participação implique de algum modo em um processo de negociação, ou seja, de **diálogo** e de compromisso entre as partes (BRICEÑO-LEON, 1996). Segundo Freire (2001) onde há **diálogo** tende a haver comunicação, conhecimento, educação e troca de saberes. A comunicação é a base da educação, principalmente porque o homem é um ser social, sujeito que se forma e se transforma permanentemente nas suas relações. A comunicação é, portanto parte da própria natureza humana, e a partir destas relações o conhecimento é produzido, como fruto da interação participativa entre as pessoas, em determinada situação. As pessoas só interagem criativamente quando buscam resolver seus problemas e conflitos comuns. A ação educativa é justamente a capacidade de tornar mais claros os conflitos e estimular as pessoas a assumir o desafio de superá-los, sendo, portanto o indivíduo o próprio sujeito de seu aprendizado, mobilizando suas experiências e potencialidades.

Freire (2001) assume ideologicamente que as práticas educativas (e acrescentaria, práticas participativas) se dão pelo **diálogo** e que só podem acontecer entre homens iguais. O usuário não pode ser colocado em situação inferior ou negativa, mas é preciso reconhecer que todos têm saberes, experiências e capacidades. É no **diálogo** horizontal e democrático, entre iguais, que se encontram e essa comunicação se concretiza para poder transformar uma sociedade. Não se trata de conflitos entre superiores e inferiores, nem se trata de impor, substituir ou transferir, se trata de interagir. Segundo suas palavras “não há nem pode haver invasão cultural dialógica, não há manipulação nem conquistas dialógicas: estes são termos que se excluem” (FREIRE, 2001 p.12).

Além da troca de saberes, outra dimensão do **diálogo** apontada pelos participantes foi a de:

Ter “[...] liberdade de falar”. (B1)

“[...] colocar sua expressão, sua idéia”. (E1)

Ter o [...] “direito de se expressar”. (A1)

De fato uma das dimensões da participação apontadas por Teixeira (2001) é participação como expressão, caracterizada por marcar presença fortalecendo e aprofundando a democracia. Esse processo permite a inserção do indivíduo no contexto social, expressando suas idéias e necessidades de forma organizada, visualizando inicialmente sua ótica individual e lhe permitindo gradativamente avançar no processo participativo. Porém mediante os interesses, aspirações, valores e recursos de poder, nasce outra relação que se caracteriza em uma relação de poder, entre os próprios atores, modificando atitudes e exigindo determinados procedimentos e comportamentos racionais.

Na etapa metodológica da **Observação da Realidade**, mais especificamente no grupo focal, constatamos que o grupo percebe a importância do diálogo e possui clareza conceitual sobre o mesmo, entretanto contraditoriamente alguns participantes afirmam que participar é **Comparecer ao serviço e aceitar a prescrição**. Esta constatação se reforça nas palavras de dois agentes comunitários de saúde:

“É quando ele vem à palestra e recebe a orientação” (E2).

“É dar importância ao que a gente faz” (D1).

“É quando segue direitinho o que o médico e a equipe passa de orientação para sua saúde” (D1)

As falas expressam a relação entre usuário e serviço, que muitas vezes acontece de forma autoritária, caracterizando uma lógica própria de poder de racionalidade técnico-burocrata, substituindo a autonomia e potencializando somente a ação institucional.

Como podemos observar nas falas dos trabalhadores há uma ação prescritiva

que coloca o usuário numa posição de passividade de receptor e o trabalhador de saúde, de autoridade que “despeja” seu saber para o “bem” do usuário. Esta relação desigual em que um dá e o outro recebe conspira contra a participação, porque somente um ouve e somente o outro fala, descaracterizando o *diálogo*.

Segundo Valla (1998) o problema é que normalmente a fala do trabalhador é tão prescritiva que não leva em consideração a realidade do usuário, o que impede a verdadeira relação de troca, necessária a uma ação que se pretende terapêutico-participativa.

Historicamente os trabalhadores têm uma atitude prescritiva que nasce com a própria história da saúde. O modelo biomédico centrado na consulta, exames e prescrição, expressam a medicalização da sociedade, ainda está muito presente em nossa cultura, não só no comportamento da população, mas de forma muito enfática no dos profissionais de saúde. Este modelo que foi hegemônico ao longo do século XX permanece arraigado até hoje nos profissionais, instituições e nas aspirações da própria população, sendo conseqüência do desenvolvimento econômico do país submetido a uma lógica de produção econômica capitalista (VALLA, 1998).

Porém, segundo o autor acima, com a inoperância deste sistema, uma nova autonomia com base na sociedade, remete para a construção do mundo, com um novo tipo de consciência social, estimulado pelas relações entre os indivíduos no seu cotidiano. As políticas neoliberais no Brasil e a conseqüente crise no setor saúde fizeram com que houvesse uma reorganização das ações neste setor, estimulando reflexões e proposições capazes de redimensionar as ações em saúde. Percebeu-se, então, que para que os serviços pudessem contemplar as necessidades sociais das populações, era preciso levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que através delas soluções espontâneas floresçam para juntos poderem dar conta da complexidade do setor saúde. Após muitas lutas, mas com base nessa premissa é que nasce um novo modelo assistencial pautado no ideário do Sistema Único de Saúde.

A implantação do Programa Saúde da Família traz um desafio para os profissionais de saúde, pois para que esta atinja seu objetivo, que é a promoção da saúde, é necessário romper a lógica do modelo biomédico, criando vínculos, relações de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários. É preciso resgatar nos profissionais, técnicos e planejadores esta nova relação, que permita uma construção de igualdade entre as várias categorias, descobrindo uma

“ponte” que una as desigualdades e redimensione um eixo que permita a troca de informações valorizando a cultura científica com o conhecimento resultante das experiências de vida da sociedade e valorizando o diálogo como forma de comunicação e construção de uma sociedade melhor (VALLA ,1998).

Reportando-nos novamente ao **diálogo**, ele pode nas palavras de Freire (2001), mudar a História, tornando-a mais humana. Isto implica em engajamento das pessoas para superar as divergências sociais, culturais e políticas. Ele encontra o seu fundamento na vontade comum dos interlocutores de estabelecerem um conjunto, cada um levando a sua experiência e, examinando o que eles acham que pode e deve ser considerado como verdade. O **diálogo** é impossível entre pessoas que tenham fins diferentes. Se as partes se reunissem com a consciência clara de querer construir, em conjunto, a solução de um problema que tem diante de si, e se elas julgassem importante o apelo da História, então, levariam mais em conta as opiniões que se chocam, porque elas poderiam contribuir à aproximação da verdade (IBIDEM).

Como profissional de saúde, me identifico com os trabalhadores que atuam nesta Unidade de Saúde, pois embora apontem o **diálogo** como fundamental, não conseguem relacioná-lo à sua prática no cotidiano dos serviços. Assim, não se distanciam do modelo biomédico descrito por Valla (1998). Ao mesmo tempo percebemos que os trabalhadores têm uma vontade que se entrelaça nas expressões de Freire (2001), quando percebem como fator facilitador da participação o Diálogo, muito embora suas falas e ações ainda expressem que a efetivação deste, as trocas e a percepção de igualdade entre as partes é ainda uma prática muito distante e difícil que precisa ser trabalhada, dinamizada e aproximada do seu dia a dia, dando um novo perfil a esta equipe de trabalhadores.

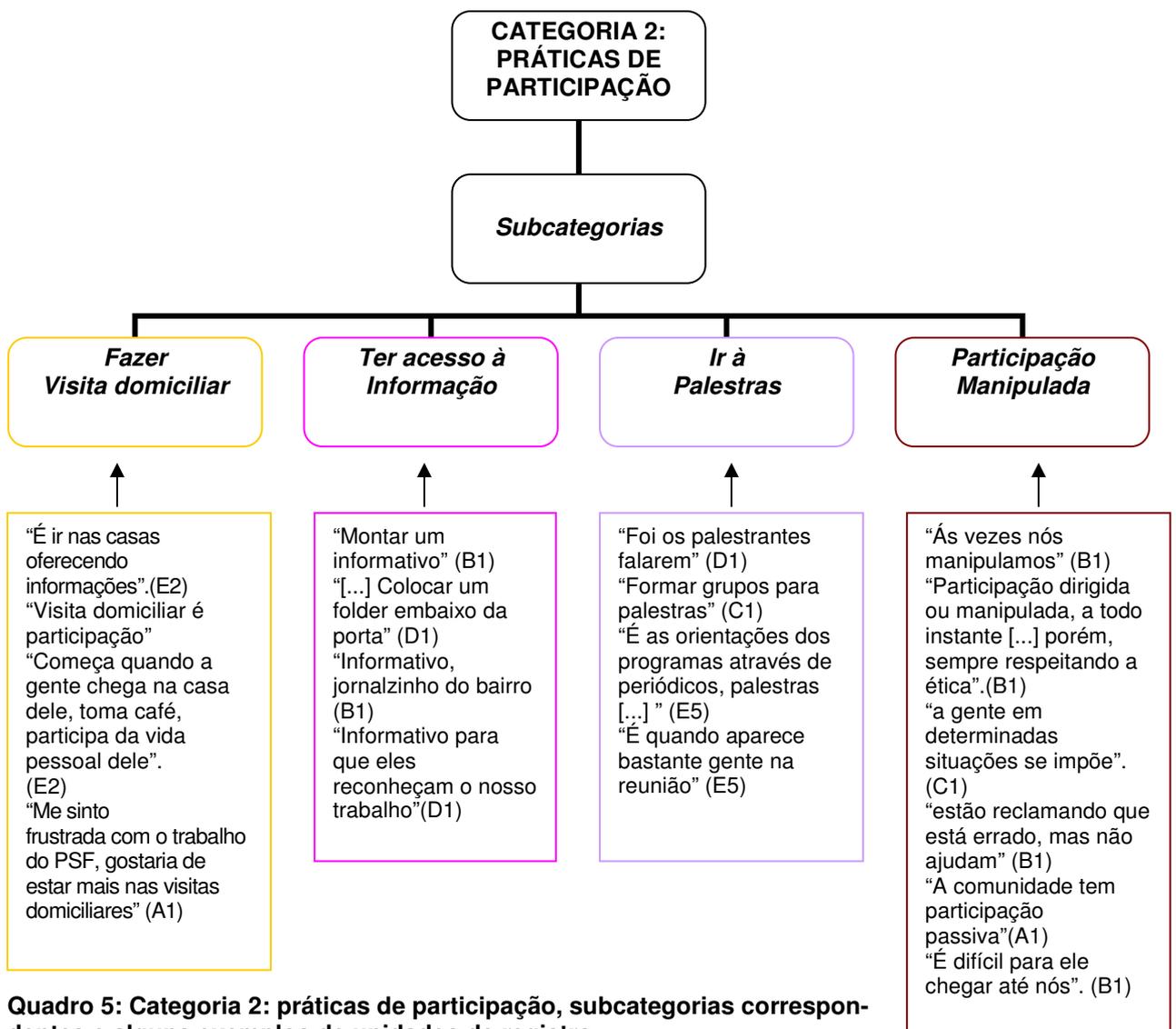
Ainda na categoria **CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**, identificamos a subcategoria **Vontade de Fazer Algo**, expressa no exemplo a seguir:

“[...] vontade de fazer algo, de fazer alguma coisa, de participar de alguma coisa”

(E2)

Esta subcategoria aparece na etapa metodológica de **Observação da Realidade** e pode denotar entre os participantes espírito gregário, uma forma de ir ao encontro do cidadão permitindo a integralidade da assistência através de uma abordagem dos aspectos sociais, culturais e individuais, reconhecendo-o dentro do

seu contexto social e assim ampliando a compreensão da equipe a respeito do “usuário” nos seus processos de saúde-doença. Pode, ainda, representar espírito transformador, pretendendo compreender a dinâmica da participação social e desta forma as duas percepções se complementaríamos quando o profissional de saúde passa a representar um agente de mudança, de transformação da realidade a qual está vivenciando. O que me faz refletir desta forma é que os profissionais de saúde descrevem que se percebem fora do modelo do PSF, mas dispostos a partilhar conhecimentos e a se comprometer com a sociedade, reconhecendo que a prática construtiva da participação social só existe verdadeiramente através da integração entre comunidade/instituição e profissionais. Esta visão pode ser mais explicitada quando falarmos mais adiante das categorias **FATORES FACILITADORES E LIMITANTES DA PARTICIPAÇÃO**.



Quadro 5: Categoria 2: práticas de participação, subcategorias correspondentes e alguns exemplos de unidades de registro.

Nas categorias PRÁTICAS PARTICIPATIVAS (Fig. 2) a **Visita Domiciliar** é uma das subcategorias que se apresenta de forma muito expressiva como uma modalidade de participação para este grupo de trabalhadores. Esta subcategoria emergiu ainda na etapa de Observação da Realidade e o grupo refere-se a ela como uma importante prática de participação, de interação com a identidade cultural dessa população, conforme cita um Agente Comunitário de Saúde,

“A visita domiciliar é uma forma de participação” (E2).

Segundo Ministério da Saúde (2000) a **Visita Domiciliar** garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. Esta pode ter a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente aquelas que enfrentam situação de risco, bem como atender às pessoas doentes que estão acamadas ou tem qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a Unidade de Saúde da Família. Penso que mesmo colocada como prática inovadora, a visita domiciliar pode, ter ainda um “olhar” distante do pretendido, ou seja, servir como mais uma forma de “controle” dos profissionais sobre a vida das famílias que propriamente um espaço participativo. É neste sentido, que o PSF busca uma mudança de modelo assistencial, que precisa repensar a visita domiciliar e valorizar a forma de penetrar no universo familiar, não perdendo de vista a integração comunicativa, o entrelaçamento dos saberes, e a oportunidade de obter formas de expressão individual e coletiva e de valorização dos conhecimentos.

Assim, a **Visita Domiciliar** não deve ser vista apenas como uma prática institucionalizada e normativa dos trabalhadores PSF, imposta, vinculada a questões do próprio financiamento do programa, e nem tão pouco pode ser vista de forma negativa quando não respeita os preceitos do SUS, pois, no mínimo, ela ainda pode significar, uma forma de dinamizar e aproximar os profissionais da comunidade. Sendo assim, pode provocar atitudes que mesmo não sendo percebidas como participativas pela equipe, pode despertar entre trabalhador e usuário a comunicação e a troca de informação, que se constituem em formas de participação social. Segundo Oliveira (1996) a participação institucional é uma forma de participação política, que pode ser ampliada em seu conceito e magnitude.

A **Visita Domiciliar** é certamente um canal para a participação que deve ser melhor aproveitado e aprimorado para se desenvolver através de mecanismos que

resgatem a motivação para o trabalhador, além da autonomia, a independência e liberdade dos atores sociais, contemplando assim, as especificidades de cada família. Para que esta ação seja bem sucedida é preciso que o profissional desprenda-se de seus estereótipos, analise criticamente suas concepções, valores e atitudes, buscando a compreensão do outro. Isto é construir um processo que requer caminhar no ritmo de cada família, respeitando sua diversidade cultural, social, prioridades complexas, que determinam seu cotidiano (BORDENAVE, 1994).

Apesar de a visita ser percebida pelo grupo de trabalhadores como importante Prática de Participação, para mim como pesquisadora ficou a sensação de que nas práticas, na verdade, havia muito mais um caráter prescritivo/normativo do que propriamente uma verdadeira ação participativa, que é um dos objetivos do PSF. Neste sentido seria importante que os profissionais percebessem que a visita é interação, inclusão, envolvimento, reconhecimento e valorização das várias culturas, isto sim pode ser considerado como elemento imprescindível à atividade participativa.

Entretanto, mesmo que a prática da participação possa estar equivocada, é preciso valorizar um aspecto observado na atitude da equipe e expresso por um profissional de saúde:

“Me sinto frustrada com o trabalho do PSF, gostaria de estar mais nas visitas domiciliares” (A1).

A visita como elemento valorizado pela equipe permite-nos constatar que a equipe é sensível à necessidade de contato com a comunidade, o que pode ser um bom começo.

Constato que esta equipe se desnudou e se expressou de forma muito sincera, declarando suas fragilidades e percebendo que precisa encontrar meios mais adequados para que seu trabalho esteja mais consoante com a ESF. Não é fácil reconhecer e verbalizar que é preciso mudar atitudes. Sendo assim, considero este um grande passo para se atingir um dos mais importantes preceitos do SUS/PSF que é a prática participativa.

Foi dentro desta perspectiva, que se fortaleceu outra subcategoria já mencionada desde o 2º encontro, identificada na etapa de observação da realidade, denominada **Acesso à Informação**. Houve o despertar sobre o verdadeiro valor da

informação, a partir do 3º encontro, quando trabalhamos os princípios do SUS/PSF como forma de mobilização comunitária para a participação e, como forma de avaliação das ações desenvolvidas e possibilidade de gerar soluções para o melhor desenvolvimento de ações para a promoção da saúde. As falas a seguir exemplificam a preocupação dos participantes com a questão da **Informação**:

“Montar um informativo [...] chamar a comunidade para criar esta parceria com a comunidade” (B1).

“[...] Colocar um folder embaixo da porta, para que as pessoas se interessem do nosso trabalho” (D1).

“Informativo para que eles reconheçam o nosso trabalho e até fazer uma pesquisa de avaliação dos serviços” (D1).

A inexistência de informações nos serviços de saúde denota a debilidade da prática participativa, das ações avaliativas e da fragilidade dos mecanismos estratégicos do PSF. Porém, avançar nesta perspectiva caracteriza compreensão e conscientização do uso do conhecimento como uma possibilidade de transformação social.

A participação segundo Bordenave (1994) é mais genuína e produtiva quando o grupo conhece a si mesmo e mantém-se bem informado sobre o que acontece dentro e fora de seu espaço de atuação. A qualidade da participação fundamenta-se na informação veraz e oportuna. Isto implica um contínuo processo de criação de conhecimento pelo grupo, tanto sobre si mesmo como sobre seu ambiente, um processo que requer a abertura de canais de informativos confiáveis e desobstruídos.

Neste grupo emergiu a intenção de criar um informativo que sirva de canal de comunicação e de aproximação com a comunidade, possibilitando inclusive a avaliação das ações desenvolvidas pelo grupo, para possivelmente, implementar ações que venham ao encontro das necessidades e anseios dos usuários.

O Acesso à Informação como contínuo processo de criação do conhecimento passa a ser uma força atuante da participação. Bordenave (1994)

considera que sua realimentação, o seu reconhecimento e a sua força coletiva pode nos fornecer um caráter imediatista de nossa cultura. Partindo desse princípio reconheço que esta seria uma estratégia eficaz desde que a comunidade, não seja um receptor passivo de informação, mas seja partícipe desta construção e reconstrução do conhecimento. Neste sentido, a informação seria um componente do processo educativo, ou seja, seria o reflexo em longo prazo, da realimentação dos conhecimentos.

Sendo assim, a informação deve ser vista dentro de um contexto de comunicação, interação, formação, educação e nunca de forma isolada, possibilitando a discussão para gerar comprometimento, envolvimento e desenvolvimento a todos os envolvidos e responsáveis pelas ações em saúde (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

Para Vecchia (2004) o conhecimento vai além do saber elaborado pelas ciências, artes, religiões... Seu ponto de partida reside na realidade social, econômica e cultural, e como resultado surge a consciência crítica que exige uma ação de transformação social.

O interesse expresso pelo grupo de trabalhadores mais que apenas a intenção de informar, parece conter o desejo de aproximação com a comunidade. Entretanto, parecem conviver com este desejo de avançar, algumas práticas bastante conservadoras como, por exemplo, quando se refere a ***Ir às Palestras*** como uma PRÁTICA PARTICIPATIVA, o que para nós se constituiu em outra subcategoria, cujas falas estão mais presentes no grupo focal ou segundo encontro. As falas a seguir refletem o que acima descrevi:

Uma forma de participação [...] “Foi os palestrantes falarem” (D1).

Uma forma de participação [...] “É as orientações dos programas através de periódicos, palestras [...]” (E5).

Uma forma de participação [...] “É quando aparece bastante gente na reunião” (E5).

A palestra comumente é vista como uma forma de repasse de conhecimentos. Wendhausen e Saupe (2003) em estudo sobre as práticas de educação em saúde de profissionais do PSF afirmam que o repasse de

conhecimentos ainda está muito presente em seu cotidiano. A transmissão de conhecimentos é uma característica da educação bancária. O profissional do PSF, ao afirmar que educação acontece através das palestras pode não estar levando em consideração os saberes das classes populares. Este posicionamento revela uma concepção mecanicista e fragmentada do ser humano.

Zitkoski (2000) considera que estas práticas requerem a conservação das “verdades” e a não produção de “novas verdades” e a desmobilização do questionamento problematizador, dialético e dialógico. Em contrapartida a proposta do PSF é mais direcionada a um tipo de educação libertadora, emancipatória. Freire (2001) o idealizador dessa forma de educação enfatiza o debate, a análise dos problemas, propiciando as condições para a verdadeira participação.

Assim sendo, o papel dos trabalhadores de saúde deve ser de um contínuo desafio para uma postura essencialmente dialógica e crítica do mundo circulante, promovendo a compreensão dos fenômenos que cercam a sua vida cotidiana (MEDEIROS, 2003).

Segundo Demo (1999, p.8) aprender implica em fenômeno admirável, contudo nossos métodos é que são problemáticos. Ele os chama de “Ditadura do método” ou seja, ainda diz, “enfiar a ferro e fogo” a realidade a luz da nossa mensuração, imaginando que só é real o que sabemos mensurar. Deixando claro, a limitação do nosso conhecimento acerca do nosso próprio “eu”, distante da realidade em que vivemos. Logo, quando agimos dessa forma, não representamos a realidade, mas a captamos dentro dos nossos limites receptores e assim a descrevemos.

Reconhecemos que este é um desafio que precisa ser desenvolvido com a equipe do estudo, já que o grupo demonstra estar sensibilizado em desenvolver ações participativas. Contudo é preciso ter clareza que nem tudo pode ser resolvido de forma “linearmente simplificada”, mas somada ao conhecimento científico, pois segundo Demo (1999, p.9-10) “o conhecimento talvez seja a coisa mais poderosa que o ser humano jamais inventou, mas nem por isso deve deixar de reconhecer suas limitações”.

No terceiro encontro, na fase de teorização, ao discutirmos sobre os preceitos do SUS, PSF e a importância da participação social para sua efetivação, os participantes identificaram em suas práticas a existência de uma **Participação Manipulada**, como atestada nos depoimentos de um dos participantes:

“Às vezes nós manipulamos as pessoas” (B1).

“[...] a gente em determinadas situações se impõe, para o bem da pessoa, para manter o sigilo ou para facilitar o trabalho [...]” (C1).

Esta expressão foi confirmada por grande parte do grupo, através de movimentos afirmativos, sorrisos e meias palavras como “é, é verdade”. Isso nos faz refletir sobre a necessidade de continuar com os nossos encontros, discutindo mais sobre esta temática.

Segundo Bordenave (1994) desde o começo da humanidade existe uma infinidade de formas de participação e dentre elas a **participação manipulada**, provocada ou também conhecida como participação dirigida. Esta não se caracteriza como uma iniciativa voluntária do grupo, mas provocada por agentes externos que ajudam outros a realizarem seus objetivos ou os manipulam a fim de atingir seus próprios objetivos previamente estabelecidos. Como exemplo, podemos destacar a participação institucionalizada em educação em saúde.

Em uma sociedade como a nossa em que historicamente as questões sociais, como a políticas da saúde, foram sempre discutidas e definidas com mínima ou nenhuma participação popular, é de se supor que esta não seja uma atitude surpreendente do grupo em pesquisa. É importante que se incorporem ações para transformar os atores envolvidos nesse processo a fim de efetivar mudanças nas suas práticas participativas.

A Constituição de 1988 nos insere nesta condição de igualdade, considerando este um inegável avanço na questão dos direitos sociais, que não se resume ao acesso a assistência médica, mas o direito de intervir no processo saúde-doença. Para Baquero (2001) existe uma assimetria entre os direitos formalmente definidos e a prática cotidiana. Segundo o mesmo autor, os setores sociais parecem ter-se acostumado a um estado de subordinação, onde predomina a hierarquia social e a relação com o Estado continua a se dar preponderantemente em termos de clientelismo e paternalismo, e não via o cumprimento de direitos e obrigações.

“Estão reclamando que está errado o que fazemos, mas não ajudam a gente a buscar uma solução [...] é fácil dizer que está errado o difícil é modificar” (B1).

As falas dos participantes fazem-nos refletir sobre a necessidade de horizontalizar medidas de inserção do indivíduo, trabalhador e usuário, guardando

estreita relação entre Estado e Sociedade para que se permita o diálogo e compreendam suas responsabilidades. Carvalho (1995) aponta para um outro ângulo da relação entre estes atores que também nos possibilita outra avaliação, marcada por um duplo viés, pois a exclusão social e o caráter clientelista e privatista do Estado, direcionam o indivíduo a ser mais um controlador do Estado do que propriamente um colaborador.

Acredito que a equipe de trabalhadores reconhece que a ajuda da comunidade é importante, porém, não conseguem efetivar a participação social, pois estabelecem uma relação assimétrica que não permite ao outro se colocar como sujeito. A comunidade por sua vez assume o que Carvalho (1995) descreveu acima, deixando de “interferir” na prática da equipe, seja por se reconhecer apenas como crítico do sistema ou por falta de conhecimento, iniciativa, comodidade ou até mesmo não se reconhecendo como cidadão com seus direitos. Tanto isso é verdade que os próprios trabalhadores também reconhecem que já levam com “tudo pronto” para a comunidade.

“A comunidade tem participação passiva, pois estão concordando com uma rotina que nós estabelecemos” (A1).

e reconhecem que é [...] “ muito difícil para eles chegarem até nós, do que nós a eles” (B1).

Os próprios trabalhadores reconhecem que para os usuários é muito difícil intervir e opinar nos serviços de saúde, pois para isso é preciso ter certo conhecimento. Conhecimento este que, por direito deve ser repassado à população através dos representantes institucionais/trabalhadores. Assim por exemplo, quando definem ou criam um serviço, de certa forma estão manipulando a comunidade, pois não lhes permitiram participar do processo de construção e implementação. Esta prática inibe o exercício da cidadania, marca as desigualdades e tendência a comunicação, modificando a direção da mesma, conspirando decisivamente contra a participação.

Integrar conhecimentos, nos espaços de trabalho, de formação, de produção de conhecimento e de construção da cidadania não é uma tarefa fácil, e geralmente sua compreensão é lenta, necessitando esforço contínuo para que todos os espaços possíveis possam construir a idéia de troca de conhecimento (ALMEIDA e MISHIMA, 2001). O desafio está colocado e esperamos que se confirme com a percepção de que

trabalhar em PSF requer mais do que vontade de fazer algo, mas uma preparação que envolve o conhecimento do SUS, sua história, seus princípios e o entendimento da sua principal estratégia de atuação que é o PSF.

Retomando as formas de participação trazidas no capítulo da **Revisão de Literatura**, poderíamos concluir que as concepções de participação encontradas neste grupo estão mais próximas do que Briceño-León (1996) aponta como participação passiva, caracterizada por aceitar passivamente os programas institucionalizados pelo Ministério da Saúde.

Um dos pontos a considerar é a visita domiciliar, que embora seja valorizada pelos trabalhadores, parece ter um caráter pouco participativo. Talvez os trabalhadores é que se sintam participando da vida dos usuários, mas podemos questionar se estes se sentem partícipes dos serviços efetivamente. Minha reflexão se baseia no fato de que a palavra “informação” se repete em vários encontros por alguns trabalhadores e parece possuir uma conotação de que esta informação deve ser “passada” ao usuário pela equipe de saúde, como no exemplo já utilizado:

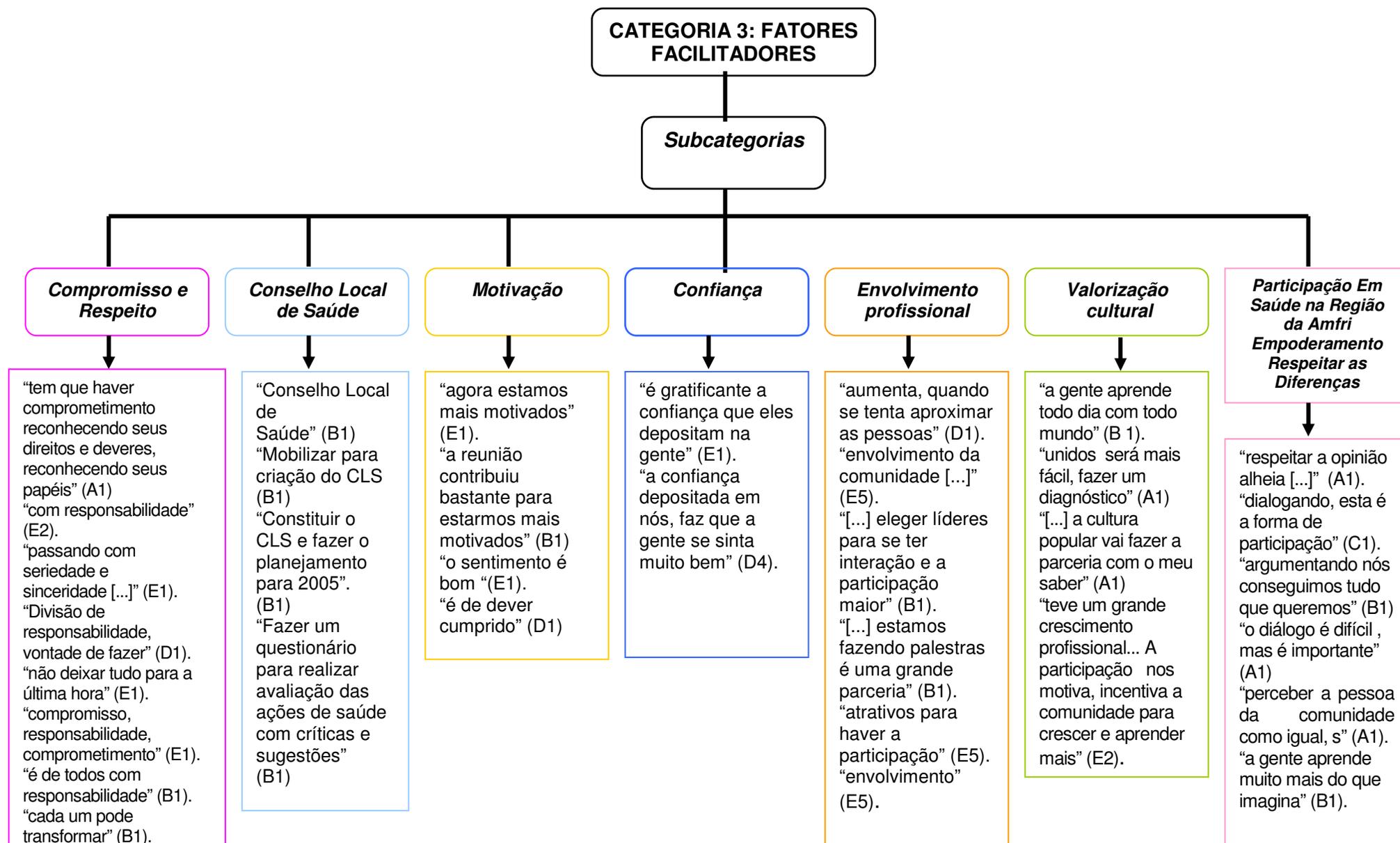
“É ir às casas oferecendo informações” (E2).

Nesta forma de participação mesmo sendo difícil considerar a aceitação como forma de participação propriamente dita, devemos reconhecer que existe uma diferença de conduta importante entre a negação e a aceitação de uma ação em saúde (BRICEÑO-LEON,1996).

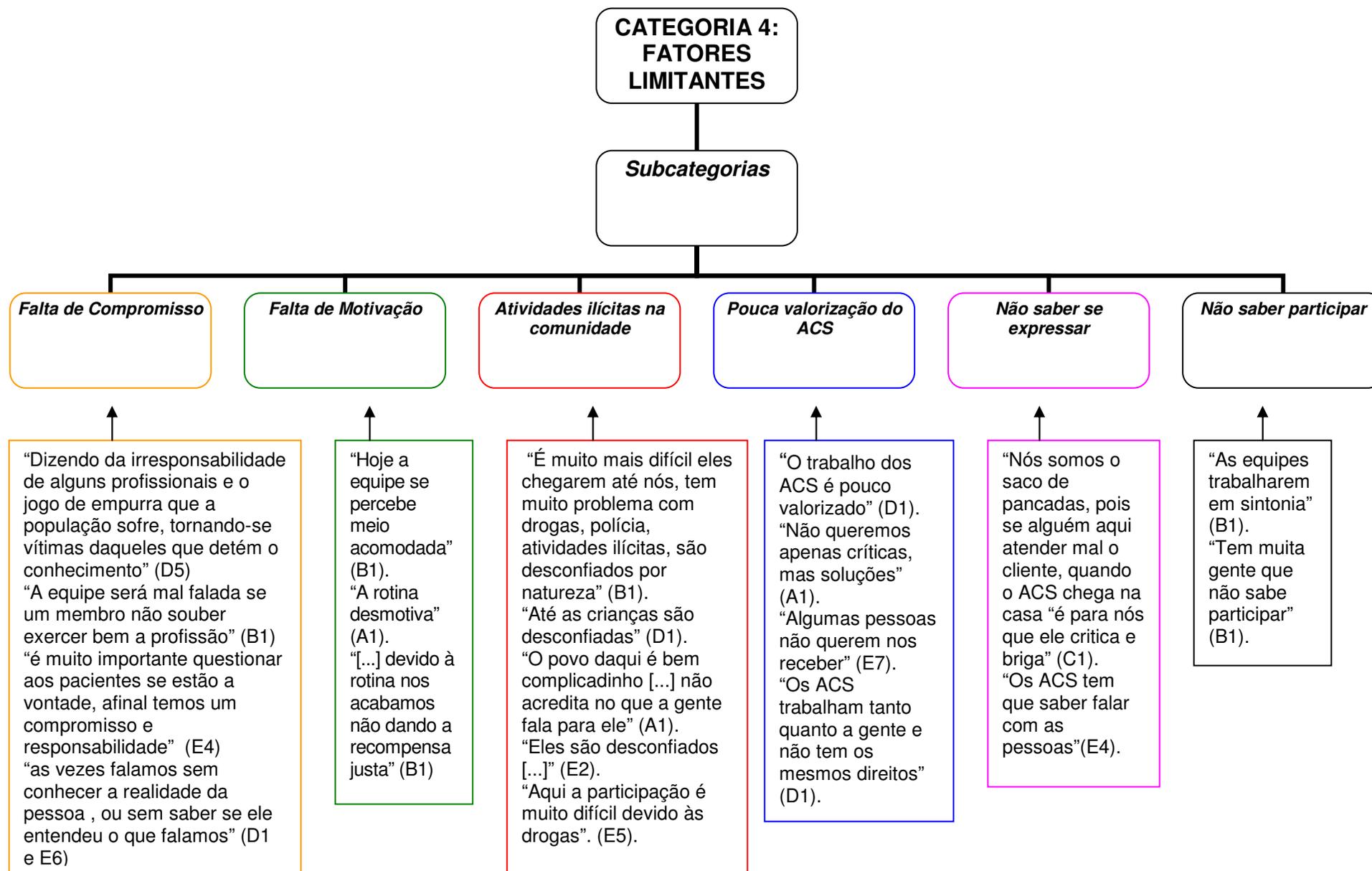
Já para Demo (1999) a participação é conquista e não pode ser entendida como algo estático, pois é um processo infundável e em constante mudança, caracterizando-se pela socialização do saber, das decisões e do planejamento das metas.

Observo que neste tipo de participação não há troca de informações e experiências, portanto, não há transformação das práticas de saúde.

Concordo com Freire (1987), que o indivíduo seria o próprio sujeito do seu aprendizado, mobilizando suas experiências e potencialidades. Tanto o conhecimento como a consciência crítica, não seriam “coisas que se transfere”. Assim, a educação não poderia ser reduzida a um ato de transferência de algo pronto,daquele que sabe para aquele que não sabe, como se fosse um conjunto de instruções, um mero instrumento de difusão de um saber pronto e acabado.



Quadro 6: Categoria 3: fatores facilitadores da participação, subcategorias correspondentes e alguns exemplos de unidades de registro.



Quadro 7: Categoria 4: Fatores limitantes da participação, subcategorias correspondentes e alguns exemplos de unidades de registro.

Nas categorias **FATORES FACILITADORES** e **LIMITANTES DA PARTICIPAÇÃO** faremos uma abordagem simultânea das subcategorias, por considerar que se encontram interligadas nas falas dos trabalhadores. Dentre as subcategorias identificadas optamos por trabalhar de forma simultânea com as seguintes:

FATORES LIMITANTES:	FATORES FACILITADORES
<i>Falta de Compromisso</i>	<i>Compromisso e Responsabilidade</i>
<i>Falta de Motivação</i>	<i>Motivação</i>
<i>Atividades Ilícitas na comunidade</i>	<i>Confiança</i>
<i>Pouca Valorização dos Agentes Comunitários de Saúde</i> <i>Não saber se expressar</i>	<i>Envolvimento Profissional</i>
<i>Não saber Participar</i>	<i>Valorização Cultural</i> <i>Respeitar as Diferenças Individuais</i>
<i>Não possuir um Conselho Local de Saúde</i>	<i>Conselho Local de Saúde</i>

Quadro 8: Subcategorias identificadas nas categorias: Fatores Facilitadores e Fatores Limitantes.

Apesar de a participação social ser uma necessidade básica, o homem não nasce sabendo participar. A participação é uma habilidade que se aprende e se aperfeiçoa. Isto é, as diversas forças e operações que constituem a dinâmica da participação devem ser compreendidas pelas pessoas. Sendo assim, é possível compreender que temos algumas facilidades e limitações com relação a nossa prática, que precisam ser identificadas para posteriormente serem trabalhadas. Essa compreensão em identificar os **FATORES FACILITADORES** e **FATORES LIMITANTES** da nossa ação, emerge nas várias etapas metodológicas do processo de discussão com o grupo de trabalhadores e nos possibilitam construir as várias subcategorias. Na fase de observação da realidade identificamos como **FATOR FACILITADOR** a subcategoria ***Compromisso e Responsabilidade*** e como **FATOR LIMITANTE** a ***Falta de compromisso***. Algumas falas ilustram esta percepção:

“participação deve acontecer com responsabilidade” (E2).

“o nosso compromisso é [...] “o pouco que a gente sabe passando com seriedade e sinceridade [...]” (E1).

“o compromisso também está “em não deixar tudo para a última hora” (E1).

“o compromisso [...] “é de todos com responsabilidade” (B1).

“cada um pode transformar” (E4).

Identifico nestas falas a mesma compreensão que Freire (2001) tem ao descrever sobre compromisso. Para ele **compromisso** seria uma palavra “oca”, uma abstração, se não envolvesse a decisão lúcida e profunda de quem o assume, sentindo a necessidade de uma maior penetração no próprio conceito do compromisso. Para assumir um ato de compromisso, sua primeira condição está em ser capaz de agir e refletir, tendo consciência de seu pertencimento a esse mundo. Considerando esta premissa seu “estar no mundo” lhe permite transpor limites. Esta capacidade de atuar, operar, transformar a realidade de acordo com as finalidades propostas pelo homem, a qual está associada a sua capacidade de refletir, é que lhe permite exercer verdadeiramente o compromisso social. O compromisso com o mundo deve ser humanizado, para que haja humanização do homem, considerando-o responsável pela própria história. Este compromisso não pode realizar-se através do “palavrório”, ele só existe no engajamento com a realidade. O verdadeiro compromisso é sempre solidário, não pode reduzir-se a falsa generosidade, nem tampouco ser um ato unilateral, mas um processo dinâmico envolvendo as partes interessadas.

Analisando o compromisso profissional com a sociedade, teremos que reconhecer que antes de ser profissional, é homem, e sendo assim, deve ser comprometido por si só. Além disso, devemos reconhecer que quanto mais nos capacitamos como profissional, mais ampliamos nossas experiências e utilizamo-nos do patrimônio cultural, que é patrimônio de todos e ao qual a todos deve servir, assim, mais aumenta a nossa responsabilidade com os homens (FREIRE, 2001).

Esta não é, portanto, uma via de mão única, todos temos responsabilidades e compromissos sociais e os nossos trabalhadores demonstram ter este entendimento

sobre o compromisso e a responsabilidade que cada indivíduo tem com a sociedade em que vive. Esta afirmativa se reflete nas palavras a seguir:

“tem que haver comprometimento entre as partes, reconhecendo seus direitos e deveres, reconhecendo seus papéis”. (E4).

“para trabalhar na saúde é preciso “compromisso, responsabilidade e comprometimento”. (B1).

Assim como identifica que o compromisso é um fator facilitador, o grupo constata que a **Falta de Compromisso** e **Respeito** são **FATORES LIMITANTES** para a participação social. Percebemos no 2º encontro, ainda na etapa de observação da realidade, mais especificamente no Grupo Focal, que os participantes vivenciaram situações de desrespeito e **Falta de Compromisso** com membros da comunidade, como expressam os depoimentos que seguem:

“é muito importante questionar aos pacientes se estão a vontade, se estão entendendo, afinal temos um compromisso, responsabilidade e comprometimento com esta população, e isso nem sempre é respeitado” (E5)

“as vezes falamos sem conhecer a realidade da pessoa , ou sem saber se ele entendeu o que falamos” (D1 e E6)

Este é, portanto um desafio que o próprio grupo reconhece como fator que limita, e até distancia a comunidade da equipe/instituição, já que é preciso que haja entre as partes envolvidas horizontalidade, como apontado por Carvalho (1995). Esta horizontalidade, não se expressa apenas em atitudes, mas e principalmente em palavras que se ditam de forma simplificada e adequada à realidade daquele cidadão, criam um vínculo de confiança e de interlocução permanente.

Outra subcategoria identificada dentro da categoria **FATORES FACILITADORES**, que surge a partir do terceiro encontro é a **Motivação**, quando discutíamos, na fase de teorização, os conceitos de participação.

O compromisso é considerado, muito mais expressivo ao ser humano, pois é intrínseco ao ser social. Contudo compreendemos que um trabalhador motivado

pode ser impulsionador de atitudes mais arrojadas, criativas e mobilizadoras, confirmando o envolvimento com a sociedade e as ações de participação social.

“agora estamos mais motivados” (E1).

Esta fala nos remete ao 4º encontro, fase de teorização, na qual os trabalhadores expressaram certa insatisfação com os colegas de trabalho e com a pouca valorização do Agente Comunitário de Saúde, já que nem mesmo é reconhecido como categoria profissional. Este é considerado um fator desmotivador e gerador de alta rotatividade desses trabalhadores. Foi neste momento que percebemos a necessidade de trabalhar a motivação para o trabalho, considerando-o também como um Ponto Chave e assim o fizemos no 5º encontro.

Entretanto, apesar disso o grupo demonstrou querer continuar o trabalho do PSF, apesar de já termos percebido que seria preciso trabalhar mais esta perspectiva. Sendo assim, aproveitamos este momento de “impulso” do grupo e discutimos algumas questões. Sentimos que esta parada para reflexão foi importante fator motivador. Conforme a fala do agente Comunitário de Saúde anteriormente citado “agora estamos mais motivados”, para dar continuidade a nossa proposta de trabalho e discutir quais são as atribuições dos trabalhadores do PSF e como poderiam melhor contribuir com o desenvolvimento do seu trabalho.

No 6º encontro, fase de teorização, trabalhamos as atribuições dos trabalhadores do PSF e dentre elas destacamos algumas, tais como: conhecer a realidade das famílias; identificar problemas de saúde nessa população; elaborar de forma participativa o planejamento das ações em saúde; programar e reestruturar o processo de trabalho; executar ações de vigilância Epidemiológica e vigilância Sanitária; atuar no controle das doenças infecto-contagiosas; valorizar a relação usuário família, estabelecendo vínculo de confiança e troca de saberes; prestar assistência integral para a promoção da saúde; desenvolver processos educativos voltados à troca de experiências; promover ações intersetoriais; contribuir para a promoção da qualidade de vida e do meio ambiente; reconhecer o direito à cidadania entre os cidadãos e incentivar a formação dos Conselhos Locais de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Após identificar tamanha diversidade de atribuições e sua complexidade, me questiono: como este trabalhador está sendo olhado como ser humano, envolvido

com problemas pessoais, sociais, culturais, econômicos, psicológicos? Pergunto-me se diante de tanta diversidade este profissional consegue também se reconhecer como cidadão, empoderado em seus direitos. Percebo que é preciso reconhecê-lo em sua essência e trabalhar neles as necessidades e expectativas individuais e coletivas, preparando-os para este exercício profissional que não é simples, mas complexo e integral; ou seja, este indivíduo, precisa estar preparado para se envolver e envolver as pessoas.

Sob este olhar percebo que é necessário desencadear um trabalho paralelo com estes trabalhadores, motivando-os a continuar neste caminho, não apenas por compromisso social, mas por algo que lhe dê prazer, estímulo, firme crença, bem-estar e paixão. Este ser humano também precisa ser reconhecido e recompensado no seu desempenho profissional, seja através de palavras, atos ou atitudes. O filósofo Boff (1999) em seu livro *Saber e Cuidar*, nos revela que “tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver”, e os profissionais de saúde não podem ser vistos de forma diferente. Na mesma obra ele nos fala do cuidado com o corpo e com o espírito. Fala do novo “*ethos*”, da nova ótica comum e compreensível a todos e capaz de inspirar valores e atitudes fundamentais a manutenção da vida da humanidade.

Bordenave (1994) se refere a **motivação** como “atmosfera geral” de um grupo, a qual afeta tanto na produtividade como no grau de satisfação e de responsabilidade de seus membros.

Assim percebo os trabalhadores de saúde dessa equipe de PSF, estão necessitando de motivação, para poder dar conta da proposta de trabalho ao qual se engajaram e que acreditam.

“a reunião contribuiu bastante para estarmos mais motivados”. (B1).

Creio que a reunião, mencionada pelo Agente Comunitário de Saúde, é motivadora porque oportunizou que fossem ouvidos, pudessem expressar suas opiniões, anseios, medos e preocupações. Entendo que é preciso que sejam valorizados para ter condições de valorizar outras pessoas. Também é possível que esta reunião a qual se referem, deu-lhes a possibilidade de expressar o que sentem de positivo em relação ao seu trabalho. Os depoimentos a seguir são exemplos disso:

“O sentimento é bom” (E6 e E1)

“É de dever cumprido” (D1)

“É gratificante, a confiança que depositam na gente” (E1).

Ao se sentirem gratificados como o trabalho, identifiquei uma nova subcategoria dentro da categoria **FATORES FACILITADORES**, que é a **Confiança**. Descrevem-na durante vários encontros. Ao mesmo tempo identificam outra subcategoria dentro dos **FATORES LIMITANTES**, que são as **Atividades Ilícitas** na comunidade.

Vários foram os depoimentos de que há **atividades ilícitas** comunidade, relacionadas com drogas, tráfico, prostituição entre outras, as quais dificultavam muito a aproximação das pessoas da comunidade com os trabalhadores da Unidade de Saúde. Sendo assim, estas pessoas desconfiadas pela própria condição de vida não reconhecem os trabalhadores e não se permitem laços de confiança. De forma bastante enfática podemos observar alguns relatos dos participantes tais como:

“É muito mais difícil eles (comunidade) chegarem até nós, tem muito problema aqui com drogas, polícia, atividades ilícitas, logo são desconfiados por natureza” (B1).

“Até as crianças são desconfiadas” (D1).

“O povo daqui é bem complicadinho[...] não acredita no que a gente fala para ele” (A1).

“Eles são desconfiados [...]” (E2).

“Aqui a participação é muito difícil devido às drogas” (E5).

A discriminação, o medo, a ansiedade, se constituem como obstáculos para o enfrentamento de algumas situações que vivenciamos no dia a dia, ultrapassando muitas vezes dimensões físicas, sociais e culturais. Por serem abrangentes podem conter elementos de dominação e de resistência, de conflito ou de conformismo

(MINAYO,1995). Tomando como referencial Arrosi (2004) no Brasil, assim como na comunidade/equipe em estudo, o impacto que fatores sociais como emprego, educação e processos migratórios causam pode ser muito expressivos, alterando sobremaneira a conduta social de um indivíduo. Em um estudo sobre participação em municípios no Rio de Janeiro, Gerchman (2004) também identificou a interferência do tráfico de drogas nas decisões de conselhos de saúde. Mesmo relativizando as diferentes realidades deveríamos nos atentar para esta questão nesta comunidade.

Além desta questão mais específica relacionada ao tráfico de drogas presentes na comunidade apontada pelos trabalhadores, acreditamos que existem outros fatores que minam a confiança das pessoas no sistema de saúde como os apontados por Santos e Gerchman (2004). Os autores denunciam fragilidade institucional do setor público nos anos 90. Apesar da grande inventividade e inovação do setor, colocam que o caráter universalista do SUS parece desacreditado especialmente nos grandes centros urbanos, onde a percepção de contraste entre qualidade do sistema público e privado, favorecendo os planos de saúde e caracterizando a clientela do SUS como um produto de consumo de circuitos inferiores. A tecnologia vista hoje nos planos de cuidados básicos, reforçam o que acima está descrito.

Segundo Santos e Gerchman (2004) o discurso do Movimento Sanitário, muitas vezes se mostra ao encontro de interesses empresariais, propiciando a expansão do mercado privado e de elite, vislumbrando o SUS como forma de garantir financiamentos em saúde principalmente aos seus colégios eleitorais. Nesse panorama os hospitais públicos que servem as classes econômicas menos favorecidas, se distanciam da eficácia, apontando para uma atual posição de baixa capacidade de articulação entre as unidades de saúde e o acesso restrito a instância de maior resolutividade.

Este impacto se expressa em uma combinação limitante, gerando descontentamento, descrédito e afastamento, conforme nos foi relatado nos encontros com os usuários do outro grupo de pesquisa, nos quais participei como observadora e relatora. Relatos mais graves foram feitos por alguns usuários que nos deixam perplexos quando descrevem o “descaso” o “constrangimento” e até mesmo os “maus tratos” a que se submetem quando necessitam de serviços de saúde de maior complexidade. Sendo assim, o afastamento deste usuário dos

serviços, pode ser explicado não apenas por seus envolvimento em questões ilícitas, mas também por perceberem e vivenciarem a exclusão no sistema de saúde. Concordando com Santos e Gerchman (2004), penso ser este um momento que também sirva de reflexão para despertar outra “revolução” de políticas públicas mais comprometidas com a equidade.

Por outro lado, não podemos deixar de considerar que desajustes familiares freqüentes decorrentes de questões como promiscuidade, tráfico e drogas, podem interferir na questão da confiança. Logo, o PSF como programa que contempla ações voltadas para o contexto familiar em busca da promoção da saúde, tem que se instrumentalizar para trabalhar com o indivíduo/família/comunidade, envolvidos com essas condições de vida. É preciso desenvolver entre as partes (trabalhadores/sociedade) uma relação de compreensão, “cumplicidade” e interatividade, conquistando assim a confiança através do sigilo. A partir daí essa parceria pode permitir a possibilidade de se estabelecer uma comunicação (PEREIRA, 2003). Esta equipe precisa estar preparada para distanciar-se dos pré-conceitos, medos, valores e se permita trabalhar em parceria com a comunidade.

Vivemos numa sociedade em transição, fechada, quando sofre pressão de determinado fator externo, o qual se espalha, mas não se abre. É assim que percebo esta comunidade, referida por muitos trabalhadores como desconfiada, descrente das condutas prescritivas e afastada do contexto social. Segundo Freire (2001) para que consigamos a participação social com vistas à promoção da saúde, é preciso procurar uma nova escala de valores que oportunize aos envolvidos incorporar nova percepção, e se permitir avançar numa consciência criadora, comunicativa e, portanto, democrática. Sugere que as convicções devem ser aprofundadas, porém nunca impostas aos demais, e que através do diálogo se tratará de convencer com amor e com partilha o poder, as decisões, planejamentos, ações e finalmente teremos refletido a participação social.

Estas **Atividades Ilícitas**, descritas com muita ênfase no terceiro encontro, se traduz como **Fator Limitador** da participação social e mediante as explicações citadas anteriormente, compreendemos que este não é um processo de fácil resolução. Mas, ainda citando Freire (1996, p.37), “não podemos ficar de braços cruzados”, mesmo porque isto não demonstra compromisso. Acredito, assim como Boff (1999, p.27) num novo “*ethos*”, ou seja, uma “modelação da casa humana [...] suplantando a desesperança imobilizadora e a resignação amarga”. Criando um novo

sentido ético e moral, propiciando uma nova razão para a humanidade.

Para conseguirmos alcançar tão importante meta, é preciso **Envolvimento Profissional**, outra subcategoria identificada em toda etapa de teorização, dentro da categoria **Fatores Facilitadores**. Contudo é preciso que todos os profissionais estejam envolvidos nesse processo e ao mesmo tempo se sintam valorizados, empenhados e motivados. Porém na percepção do grupo de trabalhadores, não há valorização dos Agentes Comunitários de Saúde, e esta Pouca **Valorização dos A.C.S.** passa a ser uma subcategoria dos **Fatores Limitantes** identificada pelo grupo.

“O trabalho dos ACS é pouco valorizado” (D1).

Um Agente Comunitário de Saúde declara:

“Algumas pessoas não querem nos receber” (E7).

Reportando-nos a história do SUS e do PSF, relembramos algumas das atividades preconizadas aos Agentes Comunitários de Saúde. Conforme Ministério da Saúde (2000) o ACS funciona como elo de ligação entre equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre os dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. Na Unidade de Saúde da Família ele desenvolve atividades de programação e de supervisão de suas atividades. Mas o seu trabalho cotidiano é junto aos domicílios de sua área de abrangência.

Muito embora possamos identificar nas descrições do Ministério da Saúde a importância das atividades desenvolvidas por esses trabalhadores, temos que admitir que a grande maioria da população ainda reconhece o modelo biomédico, como única forma de promover da saúde. O modelo biomédico, centrado na consulta médica, exames e medicação ainda estão muito presente na cultura, não apenas da população, mas também na dos profissionais de saúde. Este fato não ficou claro nas reuniões com os profissionais dessa Unidade de Saúde, mas sabemos que a inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde tem sido foco de discussão que remonta à conquista do Sistema Único de Saúde na história das políticas públicas de saúde (CHIESA e FRACOLI, 2004). Reconheço que a nossa própria formação

profissional está pautada na valorização da cultura científica, dificultando e ao mesmo tempo influenciando a população quanto a maior valorização do conhecimento científico dos profissionais que se apresentam com uma formação profissional mais aprofundada na área da saúde e desta forma influenciando a população quanto a não valorização das ações desses trabalhadores da saúde.

Outra observação que fazemos é que embora se constate a importância das atribuições dos A.C.S., ainda hoje esses trabalhadores do PSF, não são reconhecidos como categoria profissional e, portanto, não tem os mesmos direitos que os demais trabalhadores possuem, fato este relatado pela Técnica de Enfermagem, que causa desmotivação em todos os trabalhadores dessa equipe de saúde.

“Os ACS trabalham tanto quanto a gente e não tem os mesmos direitos” (D1)

Para que haja a valorização da comunidade com relação a esse trabalhador de saúde é preciso que se discuta de forma continuada o modelo de assistência que se pretende e as formas como se devem desenvolver os trabalhos do PSF e dos ACS. Assim, comunidade e equipe compreenderão a importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, valorizando-o e colaborando com o seu desempenho, conferindo-lhes informações fidedignas e lhes permitindo se envolver com a comunidade para poder ser mais um agente para a promoção da saúde.

Além desta problemática, através dos relatos dos participantes identificamos a grande rotatividade destes trabalhadores. Este hoje já é considerado um problema nacional na área da saúde. A partir do momento que capacitamos tais trabalhadores para exercer suas funções, nos deparamos com sua evasão, em virtude de uma melhor oferta de serviços e melhores condições de trabalho. Esta condição de vínculo pouco duradouro pode representar a exposição de particularidades individuais perante uma diversidade muito grande de trabalhadores, que ao saírem daquele contexto, não tem mais o compromisso em manter o “sigilo” com esta comunidade. Sendo assim, questões éticas nos fazem repensar o quão grave é este afastamento. Ao mesmo tempo, compreendemos a condição da sociedade em negar sua entrada no contexto familiar. Reforçando o que foi dito, ao final desta pesquisa constatamos que a equipe com a qual fizemos o trabalho grupal já não é a mesma, pois vários trabalhadores foram substituídos.

É preciso, portanto, rever com urgência esta premissa, a fim de oferecer melhores condições de trabalho a estas pessoas e regulamentar o mais breve possível suas condições de trabalho. Outra condição importante que podemos destacar é que, em virtude dessa rotatividade, muitas vezes, pessoas sem conhecimento sobre os princípios do SUS, diretrizes do PSF e desconhecimento de suas próprias atribuições, começam a trabalhar sem ter o conhecimento mínimo gerando descontentamento na população.

Na sexta reunião emerge outra subcategoria que é o ***Não saber se expressar***, como um dos Fatores Limitadores da participação social. Um dos agentes comunitário manifestou sua insatisfação quando se reportou a forma com que alguns colegas chegam nas casas, sem a menor delicadeza, e muitas vezes sem se identificar, considerando que a pessoa tem que recebê-lo. Como afirma em seu depoimento:

“Os ACS tem que saber falar com as pessoas” (E1) [...] sendo assim a comunidade também vai nos receber bem.

Essas mesmas palavras foram referidas por uma usuária na última reunião na qual estavam presentes a equipe de trabalhadores e o grupo de usuários do outro estudo. Este fato deixa claro que a forma como se expressa o ACS, pode interferir sobremaneira no relacionamento entre equipe e comunidade, na visita domiciliar e no trabalho participativo como um todo. E no entendimento de alguns trabalhadores:

“A participação pode aumentar, quando se tenta aproximar as pessoas”
(D1).

“A participação aumenta quando há “envolvimento da comunidade [...]”
(E5).

“Ter interação maior com eles e a partir daí uma participação maior”
(B1).

O ***Envolvimento Profissional*** é mais uma das subcategorias identificadas dentro da categoria **FATORES FACILITADORES** da participação. Este discurso

esteve presente desde a etapa de observação da realidade é mencionada em várias etapas da teorização.

Para Demo (1999) o envolvimento não significa apenas interação, integração e compromisso, mas pode ir além, e significar “cultura democrática”. Conceitualmente democracia significa cultura de um povo, ou seja, marca característica de sua organização e sobrevivência. A cultura democrática está comprometida com certos pressupostos de igualdade e de equalização de oportunidades. Trata-se de uma cultura, ou seja, de uma situação construída como valor comum ou modo de vida.

Não sei se podemos considerar nesta equipe a presença destas características descritas por Demo com relação à participação social, mas se interpretarmos este envolvimento como integração, acredito que esta perspectiva confere maior fidelidade ao que o grupo expressou durante os encontros. Integrar significa unir, conceber a unidade, e para alcançar a unidade é preciso reconhecer e valorizar as forças sociais. Estas se traduzem em intersectorialidade, princípio este do Sistema Único de Saúde.

Almeida e Carvalho(2002) dizia que “uma verdadeira viagem de descoberta não é a de pesquisar novas terras, mas de ter um novo olhar”, esta é a proposta da intersectorialidade, se permitir novos olhares, novos conhecimentos e oportunizar a mais valiosa compreensão da participação social, que é a troca de saberes. Para que aconteça verdadeiramente este processo, é importante que o Envolvimento Profissional, contemple ações interdisciplinares, que possibilitem troca, cooperação e policompetência. Se este é o caráter do Envolvimento Profissional, penso que avançamos no processo de compreensão do verdadeiro papel da Equipe de Saúde da Família.

Na categoria **Fatores Limitadores** da participação social, identificamos ainda outra subcategoria que é ***Não saber Participar***. Será que realmente as pessoas não participam porque não sabem participar ou não sabem se expressar? Que concepção é esta? Será que só se pode participar quando se tem capacidade intelectual para fazê-lo? Ou ainda me remeto a condição de descrença quanto a resolutividade do sistema de saúde. Precisamos refletir sobre esta compreensão dessa equipe de PSF.

“Tem muita gente que não sabe participar” (B1)

Segundo Bordenave (1994), para entender participação talvez seja mais fácil compreender o seu contrário, a não participação, isto é, o fenômeno da marginalidade, que significa ficar de fora de alguma coisa, às margens de um processo sem nele intervir. Segundo sua ótica, a pobreza, a ignorância e a alienação são consideradas fatores marginais, porque não conseguem atingir os setores “intelectuais” da sociedade. Outra característica marginal é o analfabetismo, as instruções básicas e os costumes “primitivos”. Esta maneira de entender a marginalidade como “atraso autoprovocado”, nos faz repensar em desenvolver estratégias educativas e “integradoras”, adaptando os indivíduos e integrando-os às condições exigidas pela modernização da sociedade. Sendo assim, naturalmente surge uma nova abordagem dos processos educativos que, de um caráter meramente integrador, passa a ter um caráter conscientizador e libertador, conferindo-lhes condições para exercer a participação.

Na concepção de Freire (1996) estamos todos nos educando a todo instante, pois somos seres inacabados, incompletos e a sabedoria parte da ignorância, não existindo ignorantes absolutos, portanto devemos estar atentos para possibilidade deles (comunidade) saberem muito mais do que nós. Por isso não podemos nos colocar na posição de ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possui outro saber relativo.

Mediante as sabias palavras de Paulo Freire, é possível compreender que a **Valorização Cultural**, outra subcategoria destacada como **Fatores Facilitadores** só acontece quando percebemos, o quanto ainda precisamos aprender, e **Respeitar as Diferenças**, outra subcategoria encontrada como **Fatores Limitadores**.

As culturas são constituídas pelo conjunto dos saberes, fazeres, regras, normas, proibições, estratégias, crenças, idéias, valores, mitos que se transmite de geração em geração, se reproduz em cada indivíduo, controla a existência da sociedade e mantém a complexidade psicológica e social. Elas integram não apenas os saberes e técnicas, mas também idéias, costumes, alimentos e indivíduos. As assimilações entre as culturas são enriquecedoras, ao contrário da desintegração de uma ou várias culturas que se caracteriza na perda de toda a humanidade, cuja diversidade cultural constitui um dos mais preciosos tesouros (MORIN, 2001). Pretendendo ter melhor compreensão do processo saúde-doença é necessário integrar as diversas culturas para dar conta de melhor compreender os desafios que

a complexidade que vida humana nos confronta. O pensamento de Morin (2001) nos aponta no sentido da **Valorização Cultural** do pensamento democrático e da participação social.

Muito embora a **Valorização Cultural** seja considerada pela equipe como um fator que favorece a participação e contribui para a compreensão do processo saúde-doença, é ainda uma característica que precisa ser desenvolvida, pois sua prática não consegue dar conta de envolver a comunidade. Este singular envolvimento comunitário existente entre equipe e usuários se traduz em necessidade de aprender a **Valorizar as Diferenças**, já que percebem e relatam ser muito difícil considerar o usuário como igual:

“Muitas vezes não conseguimos perceber a pessoa da comunidade como igual, porque os conhecimentos são diferentes” (A1)

Muito embora esta seja uma colocação da médica da equipe, percebo que outros trabalhadores também têm esta dificuldade de não se perceberem como iguais, até porque a maioria deles tem um nível de escolaridade acima da média populacional e assim podem se considerar mais “sábios” ou dotados de “mais conhecimentos” do que a maioria dos indivíduos dessa comunidade. Esta interpretação não reflete igualmente a todos os trabalhadores, pois a enfermeira destaca em uma das suas falas que:

“a gente aprende [com a comunidade...] muito mais do que imagina”
(B1).

Este, portanto, é o desafio do século XX, não mais fragmentar os saberes, é preciso reformar o pensamento dentro do ideário participativo. O conhecimento torna-se pertinente quando é capaz de situar toda informação em seu contexto e, se possível, no conjunto global no qual se insere. O conhecimento deve mobilizar não apenas uma cultura diversificada, mas a atitude geral para propor e resolver problemas. Quanto mais potente for essa atitude geral, maior será sua aptidão para estimular o emprego da inteligência e tratar os problemas específicos (ALMEIDA e CARVALHO, 2002).

Outra subcategoria encontrada na categoria **FATORES FACILITADORES** da participação é o **Conselho Local de Saúde**, que emerge no momento final dos

encontros (7º encontro), quando, foram mencionados os Conselhos Locais de Saúde como uma estratégia para aumentar a participação do usuário, apontando-o como uma das soluções para melhorar as práticas participativas. Isto é representativo na medida em que neste encontro conseguimos reunir usuários e trabalhadores/instituição, para tratar de assuntos que pudessem melhorar não apenas a participação, mas esclarecer dados ainda desconhecidos aos dois grupos acerca do PSF.

A necessidade de criar um conselho local aparece para os trabalhadores desde o 5º encontro quando ao falarmos sobre PSF, um de seus representantes reconheceu e citou que não estavam trabalhando dentro da perspectiva deste novo modelo assistencial. Neste momento a equipe se calou como que confirmasse o que ele havia dito. Contudo, ainda não reconheciam o Conselho Local de Saúde como alternativa de participação. No 7º encontro quando foi mencionado o **Conselho Local de Saúde**, ficou claro aos trabalhadores e usuários que esta seria uma estratégia, para impulsionar as mudanças pretendidas ao modelo preconizado pelo Programa Saúde da Família.

Esta não foi apenas uma frase isolada, mas se tornou um “eco” entre os participantes, demonstrando haver um interesse especial. Após os esclarecimentos, este passou a ser identificado como forma não apenas de troca, mas de integração entre a equipe de trabalhadores e os usuários. Houve de imediato, o interesse dos dois grupos em instituí-lo, fato que se expressa nas seguintes falas:

Precisamos nos “mobilizar para criação do CLS” (B1).

Vamos “fazer um questionário para realizar avaliação das ações de saúde com críticas e sugestões” (D1).

O Sistema Único de Saúde imprimiu mudanças no aprofundamento do processo de participação da comunidade e um campo vasto de possibilidades para a participação popular, dentre eles destacamos os Conselhos de Saúde.

Os Conselhos Gestores, segundo Wendhausen (2002), são importantes órgãos de participação da sociedade. Para Teixeira (2001) a expressão máxima da participação cidadã ou comunitária está pautada nos Conselhos de Saúde, considerados espaços que permitem a parceria com a comunidade e a atuação

compatível com os interesses do conjunto da sociedade, despertando debate público fruto da negociação dos atores envolvidos. Segundo Ministério da Saúde (2001) esta conquista democrática tem o objetivo de assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda população, de forma a valorizar a intersetorialidade, a integralidade e a equidade com objetivo na melhoria qualidade de vida.

Segundo Carvalho (1995) os Conselhos estão representados nas Esferas Nacional, Estadual, Municipal e estes podem possibilitar a instituição dos **Conselhos Locais de Saúde**. A formação dos últimos se diferencia dos demais Conselhos por garantir maior representatividade de usuários e oportunizam a comunidade e profissionais discutirem os determinantes sociais do processo saúde-doença e a busca de soluções para os problemas de saúde de forma mais local e concreta. Mediante Conferência Municipal de Saúde, Brasil (2002) sua composição deverá ser da seguinte forma: 60% de usuários e 40% de profissionais de saúde, com mandato de 2 (dois) anos, coincidindo com os mandatos dos Conselhos Regionais e Conselhos Municipais de Saúde.

A sociedade, porém, muitas vezes se não dá conta em ocupar com qualidade os espaços criados por iniciativa legal e governamental. Carvalho (1995) considera que a falta de transparência e informação para estas políticas inibe o esclarecimento popular e inviabiliza a participação social, tornando as ações em saúde excludentes no que tange ao seu planejamento, execução e avaliação. Entretanto considero que não é somente o desconhecimento que interfere na legitimidade deste órgão. Baseada em minha experiência como gestora, muitas vezes constatei a falta de interesse e o comprometimento por parte dos usuários ou seus representantes com relação às ações de saúde, pois, como já foi dito, a comunidade também pode considerar cômodo receber tudo pronto dos profissionais/instituições.

Constater o desconhecimento de vários trabalhadores sobre a possibilidade da criação de um **Conselho Local de Saúde**, o que pode ter sido um dos fatores que inviabilizou a sua implantação. Porém, não podemos deixar de considerar que esta equipe representa uma instituição (Secretaria Municipal de Saúde) que certamente conhece o papel e a função de um Conselho Local de Saúde e não possui Conselhos Locais de Saúde em nenhum de seus bairros. Percebo então ser necessário incrementar essa discussão a fim de provocar uma reflexão, não apenas com os trabalhadores, mas também com a comunidade a fim de que este espaço

democrático seja julgado como uma das alternativas para incrementar a participação.

Em tempo, vale ressaltar que após o término da pesquisa obtivemos a informação de que o **Conselho Local de Saúde** é uma meta em processo em implantação no município onde realizamos a pesquisa. Acreditamos que o trabalho por nós realizado possa ter alavancado e/ou reforçado esta atitude na comunidade onde estivemos atuando.

Acreditamos que os **Conselhos Locais de Saúde**, considerados espaços de participação social, possam ser a expressão do verdadeiro exercício da cidadania, e um espaço ocupado com qualidade e efetiva participação e não apenas uma base de “luta institucional”, desigual, marcada pela fragilidade de determinados grupos com interesses comuns (CARVALHO,1995). A participação como espaço de representação democrática, deve ser, um mecanismo permanente de inovação e construção, que tem como fundamento aumentar a confiança das pessoas em si mesmas, a responsabilidade, a consciência e o cumprimento dos seus deveres e direitos. Para isso é preciso que tanto profissionais como comunidade, estejam informados e empoderados para fortalecer a democracia (BRICEÑO-LEON 1996).

Mesmo vendo de forma positiva a mobilização dos grupos participantes, é importante levar em consideração a constatação de Vasquez *et al.* (2003), que em um de seus estudos fez uma análise dos níveis de informação e utilização pela população dos mecanismos institucionais diretos de participação em saúde. Os autores apontam não só os Conselhos Municipais de Saúde como os **Conselhos Locais de Saúde**, como órgãos de vaga e inexistente participação e baixa frequência de utilização, deixando claro o desafio em levar à prática as conquistas estabelecidas pelo plano legal. Eu diria ainda que para avançar neste processo participativo é preciso explorar e valorizar as atitudes, mesmo que individuais, viabilizando a participação de modo que o mais importante não sejam as normas, mas a verdadeira expressão do usuário.

Capítulo V

Considerações e Contribuições

5.1 CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES

Este estudo teve como objetivo implementar um processo participativo de discussão com trabalhadores de uma equipe de Saúde da Família acerca da temática da participação social, tentando compreender suas concepções e práticas, fatores facilitadores e limitadores e, por fim, possibilitar à equipe uma discussão sobre o tema, a partir de sua realidade.

Para a implementação da discussão utilizamos a pedagogia problematizadora de Bordenave e Pereira (2002), pois entendemos como uma metodologia que desperta uma atitude crítica e reflexiva, permitindo detectar problemas e soluções reais junto com os participantes.

Foram realizados sete encontros com o grupo os quais transcorreram desde o início de forma agradável e enriquecedora, sendo possível manter um diálogo franco, alicerçado em relações de horizontalidade, trocas de saberes para o enfrentamento das situações de seu cotidiano.

Ao longo dos encontros foi possível construir com o grupo de trabalhadores um processo de interação, reflexão e construção de práticas participativas de acordo com a realidade da população. A motivação se renovou durante todo o processo da pesquisa, sendo possível constatar no grupo o envolvimento, e o compromisso com as práticas requeridas pelo Sistema Único de Saúde.

No desenvolvimento dos encontros qualificamos as categorias propostas nos objetivos do estudo, construindo subcategorias. Em relação às CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO emergiram as subcategorias: ***Diálogo, Comparecer ao Serviço e Aceitar Prescrição, Vontade de Fazer Algo***. Na subcategoria diálogo, foi possível perceber o quanto a equipe o valoriza e reconhece como expressão de participação social, muito embora se percebam distantes desta prática por não conseguirem avançar no seu processo de aplicabilidade, reconhecendo que precisam desenvolver esta potencialidade para alcançar maior interação com a comunidade e assim promover a troca de saberes.

Na categoria PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO construímos as subcategorias: ***Fazer Visita Domiciliar, Informação, Palestra, Participação Manipulada***. Embora a visita domiciliar tenha uma característica prescritiva, observamos um potencial para esta prática, pois a equipe a considera como importante o trabalho de interação e

envolvimento com a comunidade.

Nos FATORES FACILITADORES DA PARTICIPAÇÃO as subcategorias construídas foram: *Compromisso e Responsabilidade, Motivação, Confiança, Envolvimento Profissional e População, Diferenças Individuais e Conselhos Locais de Saúde*. Percebemos que esta equipe reconhece como é difícil trabalhar com as diferenças individuais, contudo percebem que é a partir delas que é possível construir um conhecimento mais aprofundado da realidade individual e coletiva.

Como FATORES LIMITANTES DA PARTICIPAÇÃO, foi possível destacar: *Falta de Compromisso, Falta de Motivação, Atividades Ilícitas, Pouca Valorização do ACS, Não Sabe se Expressar, Não Sabe Participar*.

Analisando as subcategorias identificadas percebemos que a equipe em estudo não consegue viabilizar suas ações dentro da perspectiva da participação social. Contudo, identifica e reconhece que para efetivar ações participativas é preciso remodelar seus objetivos, motivar-se e capacitar-se cotidianamente, haja vista que o grupo parece compreender que esse princípio do SUS é imprescindível para se alcançar a promoção da saúde.

A questão dos recursos humanos representa um nó crítico para a consolidação e ampliação da construção do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família. Há uma grande rotatividade de pessoal e os trabalhadores iniciam suas atividades despreparados para a função que irão desempenhar. É necessário, portanto de que haja qualificação continuada desses trabalhadores a fim de instrumentalizá-los ao exercício de suas funções.

Acreditamos que os Pólos de Educação Permanente em Saúde poderão contribuir não apenas na capacitação para a função específica de cada trabalhador, como também a trabalhar com a dimensão da participação social, valorizando o conhecimento popular e a manutenção da integralidade das ações em saúde. Pensamos ser possível, através de ações como essa, implementar políticas públicas eficientes para atingir níveis de resolutividade eficazes à manutenção da vida.

Avaliamos que para que haja a verdadeira efetivação da SUS/ESF é preciso que os profissionais estejam abertos para a mudança de atitudes e a população busque o empoderamento para participar das ações de planejamento, execução e avaliação das ações em saúde.

Este estudo nos proporcionou um grande crescimento profissional e pessoal. As leituras ampliaram minha visão e me fizeram repensar e refletir sobre minhas

práticas educativo-participativas nas atividades que desenvolvo como profissional de saúde e docente.

Acreditamos que essa pesquisa trouxe uma contribuição significativa, não apenas para pesquisadora e participantes do estudo, como proporcionará aos leitores uma reflexão acerca de suas práticas em saúde e, quiçá, motivação para que incluam a busca da participação como um dos desafios a enfrentar. Há uma expectativa de que os atores envolvidos assumam um compromisso de mudança efetiva nas práticas de saúde do SUS/ESF para que logo possamos vivenciar um novo modelo de saúde.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F. Movimento social e participação: a saúde na esfera pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 1992 p.111-124.

ALMEIDA, M. C. P. e CARVALHO, E. A.; MORIM, E. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 2002.

ALMEIDA, M. C. P., MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface-Comunic. Saúde, Educ.**, v.5, n.9, p.150-3, 2001.

ALMEIDA, M. C. P.; CARVALHO, E. A.; MORRIN, E. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 2000.

ALVES, E. D., ARRATIA, A. e SILVA, D. M. G. V. Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba. 1(2): 2-7. jul./dez. 1996.

ALVES, Z. M. M. B. Aproximações teóricas e conceituais de família e violência no final do séc. XX. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 65-75, maio/ago. 1999.

AKERMAN, M.; MENDES, R. BÓRGUS, C. L.; WESTPHAL, M. F.; BICHR, A.; PEDROSO, L. Avaliação da saúde: foco no “município saudável”. **Revista Saúde Pública**. v. 36, n. 5, São Paulo, out. 2002.

ARROSI, S. **Empoderamento como estratégia de promoção da saúde no campo do envelhecimento**. Disponível em: <<http://www.sbgrij.org.br/artigos/empodera.html>>. Acesso em: dez./2004.

BAQUERO, M. Democracia e prática. Reinventando a sociedade na América Latina: Cultura política, Gênero, Exclusão e Capital Social. **Capital Social na América Latina**. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORDENAVE, J. E. e PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BOUSSO, R. S. E ANGELO, M. A Enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: fev./2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. **Série Histórica do Conselho Nacional de Saúde**: MS, 2002.

_____. _____. Gabinete do Ministério. Secretaria de Políticas de Saúde. **Caderno de Atenção Básica**: Programa Saúde da Família. Brasília-DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS**. Brasília-DF, 1994.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília,-DF, 2002.

_____. _____. Ano I. n. 2, Junho/Julho, 2000.

_____. _____. **Norma Operacional Assistência à Saúde**. NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União. Brasília, 26 jan. 2001.

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

CARTA DE OTAWA. In: **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa: Washington: OMS, 1986.

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

CARVALHO, A. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica de Saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC,1995.

CERQUEIRA, M. T. **Promoción de la salud y educación para la salud**: retos y perspectivas. OPAS, 1997.

CHEISA, A. M.; VERÍSSIMO, M. O. R. Temas de caráter introdutório: a educação em saúde na prática do PSF. **Manual de Enfermagem**. Disponível em <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em jan/ 2003.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, 6 (2):319-128, 2001.

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

DALLARI, S. G. **A Constituição brasileira e o sistema único de saúde**. Aspectos legais do SUS. Projeto Nordeste. Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

DELEUZE, G. **O que é pensar?** disponível em: <<http://www.informarte.net/baildemascaras/deleuze.html>.2005.> Acesso em: dez./2005.

DEMO, P. **Participação é conquista**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

ELSEN, I. Discursos de boas-vindas. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 25 – 28, maio/ago. 1999.

FOUCAULT, M. A microfísica do poder. São Paulo:Vozes, 1982.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

_____. **Educação e Atualidade Brasileira**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 28 ed. São Paulo: Paz e Terra,1987.

GERSCHMAN Sílvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro,20(6): 1670-1681, nov-dez, 2004.

GUARESCHI, P. A. Representações sociais: alguns comentários oportunos. IN: NASCIMENTO, SCHULZE, C. M. (org). **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representações socais**. Florianópolis: Coletâneas da ANPEPP, 1996.

HAGUETE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

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

LENINGER, M. A. Relevant nursing theory: Tran cultural car diversity and universality. In:SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, Florianópolis, 1985, **Anais**. Florianópolis, UFSC, p.232-254.

MAGAJEWSKI, F.R.L. **Contribuições da ergonomia para o desenvolvimento de projetos/atividades de comunicação de informação de saúde: O caso das “salas de situação” no SUS**. Tese (Doutorado) 2002. Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis.

MEDEIROS, M. C. **Refletindo sobre as práticas Educativas de uma Equipe da Estratégia Saúde da Família**. 2003, 180 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MELLO, D. A. *et al.* Promoção a Saúde e Educação: diagnóstico de saneamento através de pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(3): 583, jul-set.1998.

MERTON, R. K. **Teoria y estruturas sociales**. México: Fondo de Cultura econômica, 1965.

MINAYO, M. C. S. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI & JOVCHELOVITCH, S.(ORG). **Textos em representações sociais**. Petrópolis:Vozes,1995.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, repensar o pensamento. 5 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NEDER, C. **Atribuições dos conselhos de saúde e de seus conselheiros**. Projeto Nordeste. Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

OLIVEIRA, F. J. A. Participação popular em saúde: As Dimensões da Cultura. **Saúde em Debate**, Londrina, 52:67-73, set. 1996.

PEDROSA, J. I. S. e TELLES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado) Campinas,1998. 254fls. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

PEREIRA, A. C. *et al.* **Odontologia em saúde**. Porto Alegre: Artmed, 35:39, 2003.

PETRÁGLIA, I.C. **Edgar Morin A educação e a complexidade do ser e do saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

PINTO, C. Empowerment: uma prática de serviço social. In **Política social**. Lisboa: ISCSP, 247:264, 1998.

SANTOS, M. A. B. e GERCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 9 (3):795-8 D6, 2004.

SUANNO, M. V. R. **Novas Tecnologias de informação e Comunicação**: reflexões a partir da teoria Vygotskyana. Disponível em: <www.abed.org.Br/seminário2003/texto16.doc>. Acesso: mar./2005.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Revista Saúde em Debate**, n. 65, CEBES, Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, E. **O local e o global**: limites e desafios da participação. 2. ed. Recife:Cortez, 2001.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1994.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2,p. 7-18. 1998.

VASCONCELOS, E. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

VAZQUEZ, M. L. *et al.* Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.19, n.2,p. 579-591, mar./abr., 2003.

VECCHIA, M. F. D. **A utopia e a viabilidade dos direitos humanos**. Disponível em <<http://www.dhnet.org.br/educar/adunisinis/Marisa.htm>>. Acesso em: Nov./ 2004.

WENDHAUSEN, A. L. P. e BRODERSEN, G. Educação e Saúde: uma perspectiva. **Alcance**, Itajaí, v. 01, n. 5, p. 13-18, jun./1996.

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

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

ZITKOSKI, J. J. **Horizontes da (Re) fundamentação em Educação Popular**: um diálogo entre Freire e Habermas. Frederico Westphalen: URI, 2000.

Apêndices

**APÊNDICE A:
ROTEIRO****Roteiro de Entrevista para o Rapport:**

Data: 12/11/04

Início:14: horas

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Filhos: _____

Profissão: _____

Grau de Instrução: _____

Especialização: _____

A quanto tempo trabalha nesta equipe:

Você gosta do que faz:

O que lhe dá satisfação:

O que lhe desagrada:

Qual a pessoa que você mais gosta:

O que você mais gosta de fazer:

O que lhe dá medo?

O que lhe faz rir?

Qual a pior coisa que você já viu na sua vida?

Qual a pessoa que você mais respeita?

**APÊNDICE B:
ROTEIRO****Roteiro: Grupo Focal**

Dia 19/11/04

Horário Início=14:00 horas

Local=USF

Horário Previsto para Término:15:00 horas

Dinâmica dos animais=20 min

Dinâmica dos palitos= 5 min

Roteiro de questionamentos:

- 1- O que é participação?
- 2- Como vocês percebem a participação?
- 3- O que ou como seria participar na área da saúde?
- 4- Quais as formas de participação que você identifica em sua área de atuação?
- 5- Como você percebe a participação desta comunidade na saúde?
- 6- Como você avalia a participação nesta comunidade?
- 7- O que ajuda a participação em saúde e o que prejudica?
- 8- Você identifica problemas? Quais são?
- 9- Gostaria que fosse diferente? Como gostaria que fosse?
- 10- Como é a sua participação na área da saúde?
- 11- O que você sente quando você participa?
- 12- Gostaria de entender um pouco mais sobre participação? o que gostaria de saber ou trabalhar sobre este tema?

APÊNDICE C:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

“CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO/PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE”

Através deste estamos convidando você para participar de um estudo sobre CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO/ PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE“. Nossos objetivos são investigar como uma equipe de saúde da família compreende e pratica educação/participação com os usuários de sua área de atuação e também implementar um processo de discussão, com membros da equipe acerca do tema educação/participação em saúde nas suas práticas cotidianas. 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 de sua equipe. 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 educação/participação levando a uma maior integração e aproximação entre equipe de saúde da família e comunidade. 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 uma equipe da estratégia de saúde da família sobre educação/participação em saúde”, desenvolvido pela mestranda Ivana Rebelo Rocha Mafra 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.

Itajaí, SC., _____ de _____ de 2005.

Assinatura

Anexos

**ANEXO 1:
CERTIFICADO DA COMISSÃO DE ÉTICA
EM PESQUISA DA UNIVALI**



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO,
EXTENSÃO E CULTURA

Certificado

Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "Avaliando a participação social na região da AMFRI/SC", com a coordenação dos Professores **Águeda Wendhausen, Gladys Brodersen e Carlos Eduardo Máximo**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado através do parecer nº 025/2004 pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.

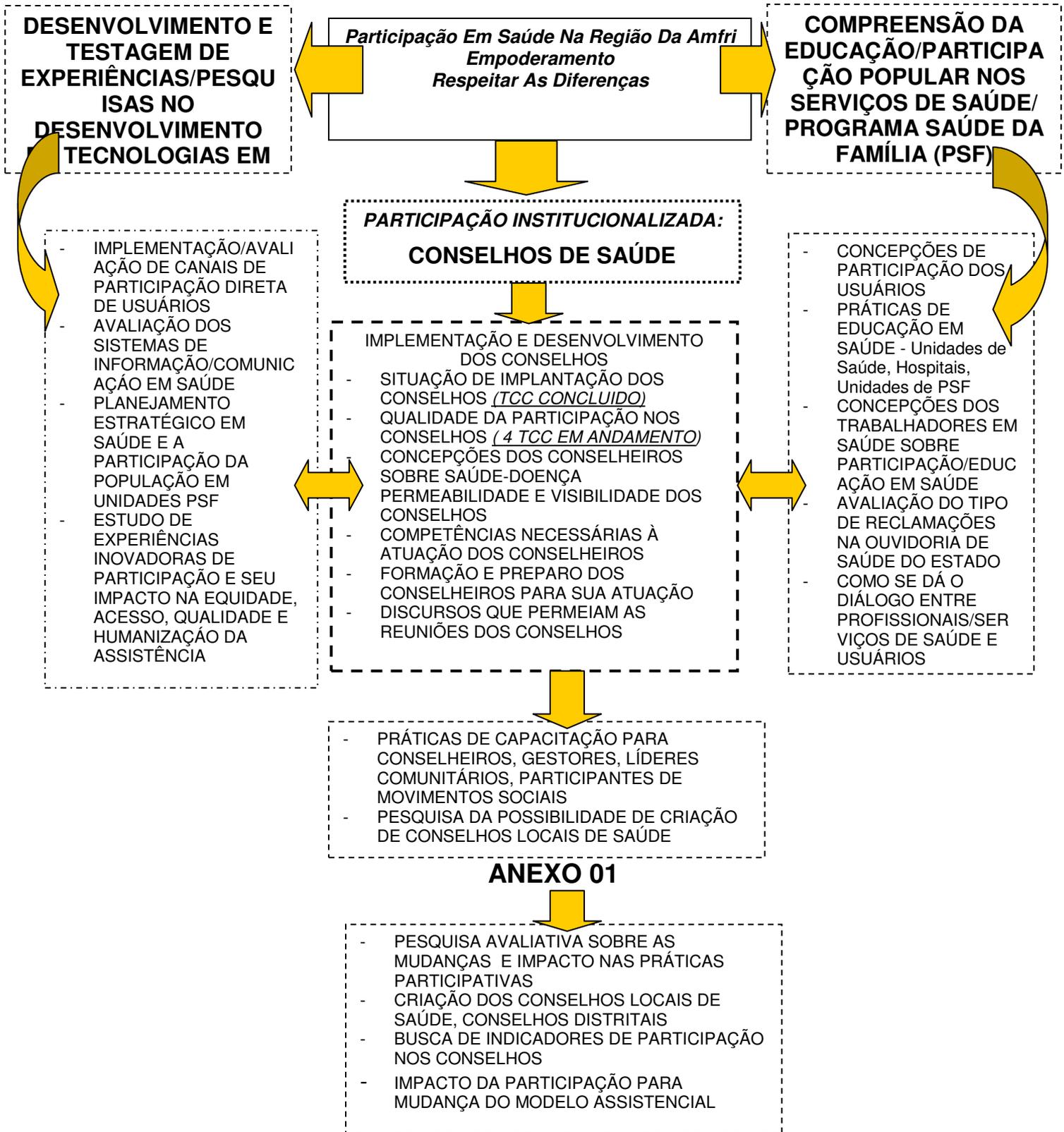
Prof. Dr. Valdir Cechinel Filho
Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura

Itajaí (SC), 19 de fevereiro de 2004.

Prof. Roberto Rogério Moller
Coordenador da CEP/UNIVALI

ANEXO 2:
Esquema gráfico da proposta de projeto integrado de pesquisa que vem sendo desenvolvido pela orientadora deste projeto e no qual o tema da pesquisa se insere.

Esquema gráfico da proposta de projeto integrado de pesquisa que vem sendo desenvolvido pela orientadora deste projeto e no qual o tema da pesquisa se insere.



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](#)