

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

LUCIANE CAMPOS

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO DE
TRABALHADORES DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

ITAJAÍ
2005

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

LUCIANE CAMPOS

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO DE
TRABALHADORES DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção de créditos e título de Mestre em Saúde, na
Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Educação
Superior em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra Águeda Lenita Pereira Wendhausen

ITAJAÍ
2005

*A meu pai Blei que mesmo não estando
mais entre nós está sempre presente e
vivo no meu coração.*

*A minha mãe Edí, eterna mestra nas
letras e na vida.*

AGRADECIMENTOS

À minha amiga e orientadora Águeda L. Pereira Wendhausen, grande incentivadora deste trabalho, que sempre esteve presente e disponível para me orientar com paciência e dedicação,

Aos trabalhadores da equipe de Saúde da Família, participantes desta pesquisa pela acolhida, apoio e disposição durante todo o trabalho,

Aos professores e colegas do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde, em especial às amigas Karen e Mara por todas as experiências compartilhadas no decorrer desta caminhada,

À Fátima, Rosângela e Ivana pela amizade, companheirismo e mútuo apoio ao longo de nosso trabalho,

Ao Marcelo que sempre soube me apoiar a compreender ao longo desta caminhada em todos os momentos.

*Nosso medo mais profundo
não é o de sermos inadequados.
Nosso medo mais profundo
é que somos poderosos além de qualquer medida.
É a nossa luz, não as nossas trevas,
o que mais nos apavora.
Nós nos perguntamos:
Quem sou eu para ser Brilhante,
Maravilhoso, Talentoso e Fabuloso?
Na realidade, quem é você para não ser?
Você é filho do Universo.
Você se fazer de pequeno não ajuda o mundo.
Não há iluminação em se encolher,
para que os outros não se sintam inseguros
quando estão perto de você
Nascemos para manifestar
a glória do Universo que está dentro de nós.
Não está apenas em um de nós: está em todos nós.
E conforme deixamos nossa própria luz brilhar,
inconscientemente damos às outras pessoas
permissão para fazer o mesmo.
E conforme nos libertamos do nosso medo,
nossa presença, automaticamente, libera os outros.*

Nelson Mandela

CAMPOS, L. **Concepções e práticas de participação de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho), Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção primária a partir de uma atenção centrada na família entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Na Estratégia de Saúde da Família a conquista da saúde é vista como um direito legítimo de cidadania e fundamento básico da democracia. Nesta estratégia a participação de toda a comunidade é imprescindível, em parceria com a equipe de saúde da família, no diagnóstico, definição de prioridades, no acompanhamento e avaliação de todo trabalho feito. Na prática, o que se pode observar é que a incorporação da participação na ESF não é uma tarefa simples, pois depende da interação de fatores histórico-político e sócio-econômico-cultural relacionados aos gestores, comunidade e trabalhadores de saúde. Neste contexto o trabalhador de saúde tem papel fundamental no sentido de criar o ambiente e as condições necessárias para a participação. Assim, elegemos como foco desta pesquisa a questão de como uma equipe ligada à ESF pensa e pratica a participação em saúde em seu dia a dia. Para tanto, implementamos esta pesquisa do tipo participante para a qual utilizamos uma metodologia problematizadora baseada em Bordenave e Pereira (1982), tendo como instrumentos entrevistas, grupo focal e grupos de discussão. O objetivo foi implementar um processo de discussão, com membros da equipe participante da pesquisa acerca do tema participação em saúde. Observamos que as concepções e práticas desta equipe eram bastante medicalizadas, sendo que este foi considerado um importante fator limitante da participação. Durante o processo de trabalho alguns participantes perceberam a importância da participação. Este fato foi positivo, pois pode representar o início de um processo de auto-avaliação do trabalhador de saúde e de busca por um melhor entendimento da questão participação em saúde.

Palavras Chave: Promoção da Saúde, Participação Comunitária, Programa Saúde da Família.

CAMPOS, L. **Conceptions and practices of workers in the family's health strategy about participation.** 2005. Dissertation (Master's degree), Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

ABSTRACT

The Family's Health Strategy (FHS) is presented as a proposition of restructuring of the primary attention from a family-oriented attention. In the strategy of Family's Health the achievement of health is seen as a legitimate citizenship right and a basic foundation of democracy. On this strategy the participation of all of the community is necessary, along with the Family's Health team, diagnosing, defining priorities, and evaluating all the work. In Practice what may be observed is the incorporation in FSH is not an easy task, it depends on the interaction of historical-political and social-economical-cultural factors related to the managers, community and professionals. In this context the professional has a fundamental role to create the environment and the necessary conditions to the participation. Therefore we implemented this participant research, for which we used a problematizing methodology based in Bordenave & Pereira (1982), using interviews, focal groups and discussion groups as instruments. The objective was to implement a discussion process, with the participating members of the research about the theme: participation in health. We observed that the conceptions and practices of this team were much medicalized. This was considered an important limitation factor to the participation in health. Throughout the processing of this work some professionals realized the importance of participation. This was a positive fact; and it may be the beginning of a self-evaluation process of the professional, and of search for a better understanding about participation in health.

Keywords: health promotion, community participation, Family's Health Program

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	15
2.1 GERAIS:.....	15
2.2 ESPECÍFICOS:	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
3.2 A PROMOÇÃO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ELEMENTOS DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS	26
3.3 PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE: EM BUSCA DA EQUIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS.....	32
3.3.1 <i>Democracia: Algumas Noções</i>	33
3.3.2 <i>As Raízes da Participação no Brasil e no Mundo</i>	35
3.3.3 <i>Concepções de Participação</i>	44
3.3.4 <i>A Participação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família</i>	51
3.3.5 <i>O Papel dos Trabalhadores de Saúde Frente à Participação</i>	58
4 MARCO CONCEITUAL	70
5 METODOLOGIA	77
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	88
6.1 OS ENCONTROS COM O GRUPO	88
6.1.1 <i>Primeiro Encontro: Apresentação da Proposta de Trabalho e Convite à Participação</i>	88
6.1.2 <i>Segundo Encontro: Grupo Focal</i>	89
6.1.3 <i>Terceiro Encontro: Confirmação da Realidade e Pontos Chaves</i>	92
6.1.4 <i>Quarto Encontro: Teorização</i>	96
6.1.5 <i>Quinto Encontro: Teorização</i>	103
6.1.6 <i>Sexto Encontro: Fechamento das Idéias, Devolutiva dos Resultados Preliminares da Pesquisa e Avaliação do Trabalho</i>	107
6.2 DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS DO ESTUDO	111
6.2.1 <i>Concepções de Participação e Práticas Participativas</i>	111
6.2.2 <i>Fatores Limitantes e Fatores Facilitadores da Participação</i>	123
6.2.3 <i>Importância da Participação</i>	142
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152
9 ANEXOS	158
10 APÊNDICES	159

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do início da década de 90, tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no país, redefinindo as responsabilidades e competências de cada nível de governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde. Princípios como a descentralização, universalidade, equidade e participação representam um avanço significativo do setor. Nota-se, porém que a atenção à saúde no SUS continua sendo operacionalizada através de um sistema segmentado e desarticulado e que a participação em saúde ainda não é efetiva.

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

Assim, o desafio que se impõe na atualidade, com relação ao setor saúde, é materializar em práticas as conquistas do plano jurídico-institucional do SUS de modo a concretizar suas propostas.

Para tanto, o Programa de Saúde da Família (PSF), mais adiante considerado uma estratégia pelo Ministério da Saúde (Estratégia de Saúde da Família - ESF), apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção primária a partir de uma atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social.

De acordo com Sousa (1999), a ESF foge da concepção usual dos programas tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, pois não se trata de uma intervenção pontual no tempo e no espaço e, tampouco, de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetiva a integração e a organização das atividades, com o propósito de estabelecer um enfrentamento dos problemas de saúde da população, com vistas a mudanças radicais no sistema.

Na proposta da ESF, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), a conquista da saúde é vista como um direito legítimo de cidadania e fundamento básico da democracia. Sendo

assim, a participação de toda a comunidade é imprescindível - em parceria com a Equipe de Saúde da Família - no diagnóstico, definição de prioridades e no acompanhamento e avaliação de todo trabalho feito. Para tanto, é fundamental a atuação dos diversos fóruns de participação como conselhos locais, igrejas, associações e os vários tipos de organizações não governamentais (ONGs) dentre outras entidades e, também, que a Equipe de Saúde da Família entenda a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia.

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

No entender de Mendes (1999) a participação social significa fundamentalmente uma forma de redistribuição dos poderes técnico-administrativo e político, representando o exercício da capacidade organizativa concreta da população enquanto sociedade civil, tendo em vista o controle sobre as atividades públicas.

Assim, a partir do rompimento das barreiras que segregam o usuário do serviço de saúde à condição de mero espectador, o cliente deixará de apenas acumular informações impostas recuperando o poder de decisão sobre seu corpo e tornando-se responsável pela manutenção de sua saúde. Neste contexto, no que se refere ao tema Cidadania e Saúde, a questão da participação não pode ser negligenciada ou relegada a um segundo plano.

Faz-se importante questionar se a partir das conquistas alcançadas com o SUS e mais recentemente da implantação da ESF, a participação em saúde constitui-se em uma realidade, uma utopia, algo desconhecido ou um incômodo para gestores, trabalhadores de saúde e/ou a população.

Como fato concreto temos a participação social, mecanismo de tomada do poder decisório e exercício de cidadania, instituída a partir de propostas nascidas no Movimento da Reforma Sanitária, que responde a uma série de reivindicações de movimentos populares, de intelectuais e trabalhadores de saúde.

Em adição, temos a concepção de participação, seja ela institucionalizada ou não, como importante estratégia de Promoção e Educação em Saúde. Esta concepção implica em uma visão

ampliada do processo saúde-doença e no desenvolvimento de uma consciência crítica de observação das relações sociais que se estabelecem entre os diferentes indivíduos.

A partir de minhas observações pessoais, como profissional de saúde, percebo que, algumas vezes, o gestor e/ou trabalhador de saúde não têm clareza da importância da participação. Isto ocorre, pois não a relaciona com a Promoção e Educação em Saúde, além de não conseguir desvincular o processo participativo de uma significação estigmatizada de controle e fiscalização de suas atividades.

Por outro lado, em situações onde o trabalhador de saúde e/ou o gestor tem consciência da importância da participação em saúde, nos deparamos com situações em que acreditam que a comunidade não tem capacidade de organização e vêem isto como causa da pouca ou nenhuma existência de outras formas de participação, que não as institucionais.

Em ambas as situações apresentadas, o trabalhador de saúde interessado em contribuir para a melhoria das condições de saúde de sua comunidade sente-se, muitas vezes, desanimado ao se deparar com realidades as quais, sozinho, não consegue modificar e frustrado com a baixa adesão popular.

Cabem aqui novas indagações. Quais seriam as concepções e entendimento sobre participação em saúde dos trabalhadores da ESF? Quais as formas participação que estes trabalhadores vivenciam em sua realidade? É esta a participação que trabalhadores de saúde, gestores e comunidade buscam? Como estaria acontecendo este processo nas Unidades Básicas de Saúde?

Muito tem se escrito sobre a participação em saúde ratificando sua necessidade e importância. Contudo o que observamos na prática é que as dificuldades para a efetivação do princípio da participação em saúde nas diferentes realidades e contextos são inúmeras, o que acaba por reduzi-la a uma dimensão menor do que a que possui.

Pelo exposto, elegemos como foco desta pesquisa a questão de como a equipe ligada à ESF pensa e pratica a participação em saúde. A opção metodológica pelos princípios da pesquisa participante decorre de suas possibilidades enquanto exercício de um modo de trabalhar em si participativo em que a partir da interação pesquisador-pesquisados constrói-se um processo, ao mesmo tempo educativo e investigativo.

Com esta pesquisa esperamos contribuir, não só para o conhecimento acerca da temática da participação em saúde, mas também para incentivar novas práticas participativas e fortalecer

as já existentes, contribuindo para uma melhoria da realidade na qual pretendemos intervir com este trabalho.

Capítulo 2

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Gerais:

- Implementar um processo de discussão, com trabalhadores de uma Equipe de Saúde da Família localizada no sul do Brasil, acerca do tema participação em saúde.

2.2 Específicos:

- Investigar como a Equipe de Saúde da Família compreende e pratica participação em saúde com os usuários de sua área de atuação;
- Investigar os fatores facilitadores e limitadores da participação nesta Unidade de Saúde da Família;
- Promover o exercício de uma prática educativo-participativa utilizando uma metodologia problematizadora de modo a contribuir na capacitação da Equipe de Saúde da Família, a partir de suas necessidades, para as práticas participativas.

Capítulo 3

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Histórico das Políticas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde

A atual Constituição Brasileira (1988) coloca a saúde como sendo um dos direitos fundamentais do cidadão e um dever do Estado. Assim, as questões relativas à saúde têm concentrado cada vez mais a atenção dos mais variados segmentos da sociedade, que não raramente a conceituam como sinônimo de ausência de doenças.

Para Roncalli (2003) a saúde de uma população é influenciada pela forma como são estabelecidas as relações entre Estado e Sociedade. Neste contexto a ação do Estado é feita por intermédio das políticas públicas, dentre elas as políticas de saúde. De acordo com Valla (1998) o termo políticas públicas refere-se à participação do Estado na montagem da infra-estrutura necessária para as atividades produtivas da nação.

O Sistema Único de Saúde (SUS), atual modelo de prestação de serviços de saúde no Brasil, resulta de um conjunto histórico de embates políticos e ideológicos do Movimento Sanitário, intensificado nas décadas de 70 e 80, que coincide com as lutas pelo processo de redemocratização do País.

Acreditamos que a busca de referências históricas para o processo de formulação das políticas de saúde culminando com a criação do SUS e a elaboração da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma estratégia de consolidação destas propostas, possa contribuir para um melhor entendimento do significado de cidadania e participação em saúde, bem como sua inter-relação com a promoção da saúde.

Como ponto de partida podemos tomar o surgimento da Previdência Social, marco este que se insere em um processo de modificação da postura liberal do Estado Brasileiro frente à problemática trabalhista e social. De acordo com Cunha e Cunha (1998) em 1923 são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Neste mesmo ano é promulgada a Lei Eloy Chaves que é considerada o marco inicial da Previdência Social. As CAPs eram organizadas por empresas de natureza civil e privada e financiadas com recursos dos empregados e empregadores a quem competia à administração dos recursos sendo que ao poder público cabia apenas a resolução de conflitos. Neste sistema a assistência médica era atribuída às CAPs através da organização de serviços próprios. Quanto às ações de saúde coletiva, este período foi marcado

pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920 e o surgimento do sanitarismo campanhista nascido da reforma Carlos Chagas, que teve seu auge no período que vai de 1930 a 1945 (CUNHA; CUNHA, 1998).

A quebra da bolsa de Nova York (1929), as profundas mudanças que ocorreram no País a partir da revolução de 1930 e a crise interna do café provocaram o deslocamento do pólo econômico da zona rural para os empreendimentos industriais nos centros urbanos, levando ao surgimento de um novo contingente formado por trabalhadores assalariados. Nesta época o Estado assumiu um papel fortemente interventor sobre a sociedade condizente com o fato de o País estar sob o domínio de uma ditadura. Assim caracterizado, o Estado antecipa-se aos conflitos que possam por ventura surgir entre a nascente classe operária e a classe patronal e em 1933 transforma as CAPs nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados agora não mais por empresas, mas por categorias de trabalhadores e, diferentemente das CAPs, com forte peso estatal em sua gestão e também no financiamento, em conjunto com um esforço ativo para o corte das despesas médicas e maior preocupação em acumular reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços (BRASIL, 2002; CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001; CUNHA; CUNHA, 1998).

Com o fim do Estado Novo, o País passa por um período de aceleração do processo de urbanização e industrialização. As ações da previdência são caracterizadas pelo crescimento dos gastos e elevação das despesas levando à diminuição de saldos e ao esgotamento das reservas, bem como a déficits orçamentários. Neste período é promulgada a Constituição de 1946 na qual a assistência sanitária é incorporada à Previdência Social (CUNHA; CUNHA, 1998).

Em 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que uniformiza os direitos dos segurados de diferentes institutos levando ao agravamento das dificuldades financeiras na Previdência Social (CUNHA; CUNHA, 1998).

O golpe de 1964 e a instauração do regime autoritário de governo trazem conseqüências imediatas para as políticas de saúde no Brasil e levam a um esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da Previdência. Em 1966 ocorre a fusão de vários IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que excluiu por completo a participação dos trabalhadores na gestão previdenciária e centralizou as decisões, aumentando o poder regulador do Estado sobre a sociedade (CORREIA, 2000; MENDES, 1999).

Em relação à assistência médica o Estado mantém a mesma política assistencialista do regime anterior e amplia a cobertura da previdência a trabalhadores rurais (1971), trabalhadores domésticos (1972) e autônomos (1973), incrementando os gastos que, no caso da assistência médica, chegam a representar 30% dos gastos totais do INPS. A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada em detrimento às medidas de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo (CUNHA; CUNHA, 1998).

A lógica da prestação de assistência à saúde do INPS propicia uma política de saúde que privilegia a compra de serviços das grandes corporações médicas privadas e a contratação de serviços terceirizados levando ao desenvolvimento do complexo previdenciário médico-industrial e possibilitando o superfaturamento por parte dos serviços contratados em detrimento ao atendimento médico prestado (CARVALHO; GOULART, 1998; CUNHA; CUNHA, 1998).

A falta de controle sobre os serviços contratados criou condições para que, em 1974, a corrupção atingisse níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro da Previdência. Sendo assim, são definidos mecanismos de enfrentamento da crise com o objetivo de controlar as distorções do modelo vigente e criar condições que possibilitassem a continuidade da expansão sem alterar substancialmente o modelo vigente. Merece destaque a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, bem como a gestão administrativa, financeira e patrimonial da Previdência (CUNHA; CUNHA 1998).

Integrando o SINPAS, de modo a separar em órgãos diferentes a prestação de benefícios e a prestação de assistência médica, foram criados o Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), sendo que este último mantém a estratégia de compra de serviços do setor privado (CORREIA, 2000; CUNHA; CUNHA, 1998).

Este modelo excludente provocou uma capitalização crescente do setor privado. A precariedade do sistema na saúde e em toda a área social provoca a insatisfação, cada vez maior, e a intensificação, no período de 1974 a 1979, de movimentos sociais e pressões internacionais comprometendo a legitimidade do regime. Neste período há uma preocupação maior em minimizar os efeitos das políticas excludentes com uma expansão na cobertura dos serviços (MENDES, 1999).

Inserido no contexto do fracasso do “milagre econômico”, das lutas políticas e do processo de abertura política, no final da década de 70, e aliado ao crescimento da insatisfação popular que refletiu politicamente na vitória da oposição nas eleições parlamentares de 1974 surge e amplia-se o Movimento pela Reforma Sanitária. Este movimento incorporou lideranças políticas, sindicais e populares, profissionais e intelectuais da área da saúde coletiva, na busca de alterações no modelo de saúde vigente (RONCALLI, 2003).

Um dos marcos significativos para o Movimento pela Reforma Sanitária é a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata em 1978, cujos países participantes reconhecem a atenção primária e a participação em saúde como estratégias para a conquista da meta “saúde para todos no ano 2000”. Neste evento percebe-se uma coincidência entre as propostas internacionais e a necessidade interna de estabelecer medidas de atenção primária à saúde, bem como desenvolver e expandir a cobertura para contingentes populacionais excluídos até então (CUNHA; CUNHA, 1998; RONCALLI, 2003).

Em meio a estas discussões são criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que participam ativamente do processo de sistematização das propostas de mudança como a universalização e a descentralização da saúde. Acontecem também, os primeiros encontros de secretarias municipais que fomentam um crescente movimento pela municipalização da saúde (CUNHA, CUNHA, 1998; RONCALLI, 2003).

De acordo com Cunha e Cunha (1998) o início da década de 80 no Brasil é marcado por um quadro político, social e econômico de profunda crise representada por uma crise fiscal, um processo inflacionário sem controle, a quebra da coesão interna do regime vigente, bem como de um crescimento dos movimentos oposicionistas. Iniciam-se então os movimentos pela redemocratização do País.

Em 1980, como uma tentativa de reação à crise no setor saúde, os Ministérios da Saúde e Previdência Social apresentam o anteprojeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), como uma proposta de um plano alternativo que incorpora propostas de hierarquização, participação, integração dos serviços, regionalização e extensão da cobertura, oriundas do Movimento da Reforma Sanitária e também das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir da Conferência de Alma Ata. Este fato torna-se importante, pois pela primeira vez discutia-se, nacionalmente, uma proposta que incorporava, entre seus

elementos centrais, a noção de participação no setor saúde. A discussão desse projeto fez eclodir uma divisão profunda entre a equipe responsável e alguns setores interessados na questão. Isto origina versões diferentes do Prev-Saúde e faz com que o projeto seja abandonado mesmo antes de sua implementação (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001; CORTES, 2002; CUNHA, CUNHA, 1998).

Em seguida, em 1981, é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que era composto por representantes de ministérios, representantes da sociedade civil e por parte dos prestadores de serviços de saúde. Este órgão nasce com a preocupação de racionalizar despesas e controlar gastos e, para este fim formula, em 1982, o texto que dá origem ao “Plano CONASP” (Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social). Este documento recupera as propostas antes apresentadas pelo Prev-Saúde, que são colocadas em prática através da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Os princípios que norteavam as AIS diziam respeito à universalidade no atendimento, integralidade e equidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, descentralização das ações e do poder de decisão através da participação da sociedade civil e controle pelos usuários e por fim, o planejamento e controle efetivo pelo setor público sobre o conjunto do sistema (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001; CUNHA; CUNHA, 2001; ROCCALLI, 2003).

A criação das AIS se constitui em um evento importante, pois dá origem ao primeiro esboço concreto rumo à institucionalização da participação em saúde e certamente, representou uma das primeiras experiências de um sistema mais integrado e articulado (CUNHA e CUNHA, 1998; RONCALLI, 2003).

Neste mesmo período cresce o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil que tem como ponto alto a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, com a ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviço em saúde. Este evento representou um marco na formulação das propostas de reestruturação do sistema consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira que no ano seguinte seriam apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte. A 8ª CNS foi um evento inédito que reuniu cerca de cinco mil participantes com expressiva representação do usuário ainda que não proporcional a outras representações. Foi também singular, pois as propostas apresentadas no relatório final do evento como, por exemplo, o conceito ampliado de saúde, foram incorporadas à Constituição de 1988 (RONCALLI, 2003).

De acordo com Valla (1998), a participação em saúde assumiu um papel importante nas formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no sentido de construção e fortalecimento das propostas de reorientação do setor de saúde, sendo que as discussões deste processo resultaram na consagração institucional de *saúde como direito de todos e dever do Estado*, que mais tarde originou a Lei Orgânica da Saúde de 1990.

No decorrer do processo de elaboração da Constituição Federal foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como estratégia de transição em direção ao SUS. Na verdade, o SUDS pode ser percebido como a estadualização da saúde que teve como maior ganho a incorporação dos governos estaduais na disputa por recursos da previdência, mas em alguns casos, levou à diminuição de investimentos estaduais e a apropriação de recursos federais para outras ações, possibilitando também a negociação clientelista com os municípios (CUNHA; CUNHA, 1998).

Com a incorporação de boa parte das propostas da 8ª CNS, a Constituição Federal de 1988 cria Sistema Integrado de Saúde (SUS), pautado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da população (controle social).

De acordo com Polignano (2005) o texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando a saúde como um dos direitos da cidadania. Esta visão refletia o momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar na qual a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo Movimento das Diretas Já a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Em busca da efetiva implantação do SUS seguiu-se um processo de elaboração e aprovação de leis de regulamentação deste sistema denominadas *Leis Orgânicas da Saúde* (leis 8.080 e 8.142), que detalharam princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema. Estas leis foram objeto de muita disputa política tendo sido concluídas em dezembro de 1990 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

Para um detalhamento no sentido de tornar clara a operacionalização do sistema de saúde regulamentado pelas Leis Orgânicas foram implementadas a partir de 1991 as Normas

Operacionais Básicas (NOBs) que refletem, pelo menos em tese, a intenção do Estado em cumprir a constituição (RONCALLI, 2003).

De acordo com Levcovitz, Lima e Machado (2001) as NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Ressalta-se, em especial, que os critérios e mecanismos de repasse/transferência dos recursos federais para as instâncias estaduais e municipais são peças importantes da política de saúde, pois atuam como definidores da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no sistema de saúde.

Contudo, segundo os autores, uma série de outras variáveis relevantes para a consolidação do SUS não constitui objeto específico de regulação pelas NOBs, como a questão das fontes de financiamento do sistema e das relações público-privadas na saúde. Por este motivo é importante ter clareza sobre estes limites do campo de regulação pelas NOBs para não incorrer em equívocos na interpretação sobre sua importância e efeitos, ou pretender que esse tipo de instrumento dê conta dos diversos problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro.

A primeira NOB foi editada pelo presidente do INAMPS através da resolução nº 273, de 17 de julho de 1991 e institui que o repasse aos estados e municípios seria feito de acordo com a produção. Esta NOB foi considerada um retrocesso na política de descentralização e no processo de financiamento na medida em que enfatizava atividades curativas, pois a tabela de pagamento não previa remuneração para ações de promoção e prevenção e transformava estados e municípios, pela lógica de pagamento por produção, em meros prestadores de serviços cerceando suas prerrogativas de gestão (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; RONCALLI, 2003).

A partir de 1993, levando-se em conta a criação do SUS e o fato do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto. Também neste ano em decorrência dos péssimos resultados da política econômica, da falta de uma base de apoio parlamentar, e de uma série de escândalos envolvendo corrupção, o Presidente Fernando Collor de Mello sofreu um processo de Impeachment, que gerou uma grande mobilização popular e culminou com a perda do seu mandato, o que levou vice-presidente Itamar Franco a assumir a Presidência da República (POLIGNANO, 2005).

Neste contexto de grande mobilização nacional, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde com o tema “Municipalização da Saúde, Condição Indispensável para a Efetiva Implantação do SUS”. A partir deste evento, foi divulgado pelo Conselho Nacional de Saúde o Documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” que depois de discutido pelos vários atores envolvidos direta ou indiretamente com a saúde ganhou uma nova versão e constituiu-se na NOB 01/93 aprovada e publicada em 20 de maio de 1993 através da Portaria do Ministério da Saúde nº 545. Nesta norma foram criados critérios e categorias diferenciadas para a habilitação dos municípios e, segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial ou semiplena), haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; POLIGNANO, 2005; RONCALLI, 2003).

Na prática a gestão semiplena foi a única modalidade que representou de fato a descentralização com autonomia para os municípios na organização do sistema de saúde que ao mesmo tempo assumiam maior responsabilidade no resultado de suas ações. Nesta condição foram habilitados apenas 3% dos municípios que eram em sua maioria de médio a grande porte respondendo por 18% da população (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; OLIVEIRA Jr., 1998).

Polignano (2005) relata que em 1994, o então Ministro da Previdência Antônio Brito, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, alegando por esta razão não ter recursos suficientes para repassar ao setor saúde, determinou que a partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seriam destinados somente para custear a Previdência Social. Neste contexto, ocorrem as eleições presidenciais culminando com a eleição de Fernando Henrique Cardoso que assume a presidência da república em 1995 e promove a manutenção de um modelo de governo neoliberal, atrelado à ideologia da globalização e da redução o do tamanho do Estado, o que agrava a crise de financiamento do setor saúde. Assim, na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde - Adib Jatene - propõe a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que foi aprovada no Congresso Nacional em 1996, passando a vigorar a partir de 1997. A CPMF teria vigência pelo período de um ano e os recursos arrecadados somente poderiam ser aplicados na área de saúde. Contraditoriamente no

final de 1996, o setor econômico do governo deduziu, dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde, os valores previstos com a arrecadação da CPMF.

Esta crise com relação ao financiamento do SUS dificultou a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o País tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina suplementar o que implica numa diminuição de leitos disponíveis para o SUS. Os Hospitais Universitários, último reduto da assistência médica hospitalar de excelência no SUS, também entram em crise. Em 1997 os Hospitais Universitários do País são induzidos pelo próprio governo à privatização como solução para resolver a crise financeira do setor. O motivo da crise foi o baixo valor pago pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos (POLIGNANO, 2005).

Diante deste quadro surge a proposta de uma nova norma operacional do SUS, a NOB 01/96 publicada através da Portaria do Ministério da saúde nº 2203 de 06 de novembro de 1996. Com a NOB 01/96 passam a existir duas modalidades de gestão municipal, a plena da atenção básica e a plena do sistema. As principais mudanças previstas nesta norma dizem respeito principalmente à forma de repasse financeiro com transferência regular e automática possibilitando a autonomia dos estados e municípios, bem como à criação da modalidade de pagamento com base populacional na forma do Piso Assistencial Básico (PAB). Este fundo consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade municipal e é definido pela multiplicação de um valor per-capita nacional pela população de cada município e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde dos municípios. Além disto, o município poderá receber incentivos para o desenvolvimento de determinadas ações de saúde. As ações de saúde que fornecem incentivo são: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Estratégia de Saúde da Família (ESF); assistência farmacêutica básica; Programa de combate as Carências Nutricionais; ações básicas de vigilância sanitária; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental. A partir destes incentivos percebe-se claramente a intenção da NOB/96 de fortalecer a implantação do PSF e PACS (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; POLIGNANO, 2005; RONCALLI, 2003).

Ao final do ano 2000, a habilitação nas condições previstas pela NOB 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do País. Contudo, tornam-se evidentes diversos problemas relacionados à heterogeneidade dos municípios, sendo alguns pequenos demais para gerirem em seu território um sistema completo, outros são pólos de atração regional. Esta situação ocorre também nos estados, principalmente nas divisas, o que demanda a necessidade de que a rede de serviços se organize em ambos os lados da demarcação político administrativa atendendo a populações de dois estados. Para enfrentar estes problemas foi proposta em janeiro de 2001, através da Portaria nº 95 do Ministério da Saúde a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Esta representa um importante passo no processo de implantação do SUS e se organiza através da proposição de três estratégias articuladas: a regionalização e organização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a revisão dos critérios de habilitação de estados e municípios (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

3.2 A Promoção e a Educação em Saúde Como Elementos de Consolidação do SUS

No que concerne às propostas do SUS, o incentivo à auto-responsabilidade e a participação da comunidade no planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção à saúde são condições indispensáveis para que ocorra a otimização da assistência à saúde no Brasil. Estes requisitos constituem-se também, em recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS.

Assim, na medida em que o SUS foca a participação da população como um de seus princípios básicos, este se constitui, então, em um espaço fundamental de promoção do empoderamento.

De acordo com Carvalho (2004) o empoderamento é um conceito complexo que toma emprestadas noções de distintos campos de conhecimento. É uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico.

Para Vasconcelos (2004) o empoderamento significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à relações de opressão, discriminação e dominação social. Ainda segundo o autor, trata-se de um termo multifacetado, que contou com a contribuição essencial de Paulo Freire para sua formulação original. Um dos aspectos fundamentais do empoderamento diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. O trabalho comunitário, que busca o empoderamento, contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que este promove, evidenciadas pelo caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais e essencialmente confere poder ao sujeito social envolvido.

Em uma dimensão mais abrangente levada às práticas de saúde, o conceito do empoderamento implica em que os indivíduos ampliem o controle sobre as próprias vidas através da participação, na busca de transformações em sua realidade social e política. Neste contexto a participação em saúde relaciona-se intimamente com a Promoção à Saúde, pois se constitui em um instrumento de capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre suas vidas e conseqüentemente sobre os determinantes do processo saúde-doença. Sendo assim, é importante aprofundar a discussão com relação à Promoção à Saúde e de como a participação pode ser um mecanismo importante na busca por um novo modelo de atenção à saúde mais condizente com as necessidades reais da população.

As discussões mais sistemáticas acerca do tema Promoção à Saúde foram iniciadas na década de 70. As duas manifestações de maior importância no cenário político internacional consideradas como marcos referenciais no estudo da Promoção à Saúde foram a Carta de Otawa, relatório final da I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde realizada no Canadá em 1986, e a Carta de Adelaide, fruto da II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, sediada na Austrália em 1998 (AKERMAN, *et al.*, 2002; ALVES; ARRATIA; SILVA, 1996; MELLO *et al.*, 1998).

Segundo a Carta de Otawa a Promoção à Saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social um indivíduo ou grupo deve ser

capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente (WHO, 1986).

Este documento foi uma resposta à necessidade crescente de uma nova concepção sanitária, que pudesse responder à complexidade emergente dos problemas de saúde, cujo entendimento não é possível através do enfoque estritamente biologicista e higiênico-preventivista, sem levar em conta a determinação social da doença e sua relação com questões como as condições e modos de vida das populações (ALVES, 2003).

Para Mello *et al.* (1998) a Carta de Otawa não somente retomou as propostas de “saúde para todos no ano 2000” da Conferência de Alma Ata, como também formalizou uma declaração de princípios que leva a uma nova visão de saúde pública em que a população, no exercício da cidadania, é convidada a atuar e **participar**¹ ativamente das políticas do setor saúde. Este documento define cinco pontos básicos interdependentes para o alcance de seus objetivos que são:

- a) O desenvolvimento de políticas saudáveis pelo setor público;
- b) O **reforço à ação comunitária**¹;
- c) O desenvolvimento de habilidades pessoais;
- d) A preocupação com o meio ambiente;
- e) A reorientação dos serviços de saúde.

Estas ações têm uma dimensão social transformadora e questionadora que se apóia no desenvolvimento individual e coletivo e ajuda mútua, destacando a participação em saúde como condição fundamental para a implementação e consolidação da Promoção à Saúde, bem como para a ruptura dos paradigmas tradicionais da área da saúde. Sendo assim, são indispensáveis, no contexto da Promoção à Saúde, a interdisciplinaridade e a participação de todos os setores (trabalhadores em saúde, gestores e comunidade), no sentido de compartilhar decisões e responsabilidades (MELLO *et al.*, 1998).

Para Alves, Arratia e Silva (1996) a Carta de Adelaide (1988) ratifica as posições das Conferências de Alma Ata e Otawa, trazendo como recomendação *saúde como direito humano e justiça humana*, que se constituiu em um aspecto inovador, porém desafiador para os países que assinaram as recomendações. Esta conferência aprofundou as discussões sobre a visão holística

¹ Grifo nosso.

da saúde, contribuindo para o avanço em temas como a interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e interinstitucionalidade.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Brasileira de 1998, através da Lei Orgânica da Saúde (1990), contribuíram para dar uma visão da dimensão político ideológica e sócio cultural das mudanças necessárias e esperadas no quadro sanitário brasileiro. Essa visão passou a ser enfatizada nas lutas coletivas/comunitárias (ao invés de individuais/corporativas), dando ênfase à promoção de saúde em detrimento à prevenção de doenças.

Outro evento que, segundo os autores citados merece destaque, por ampliar as discussões e as propostas com relação à promoção da saúde, foi a reunião ocorrida na Espanha em 1988, em que os países da América Central analisaram a Carta de Otawa e as implicações de adequar as propostas nela contidas às realidades dos países participantes do evento. As principais conclusões deste evento enfatizaram que a melhoria da qualidade de vida se dará no momento em que a promoção da saúde for algo real, o que implica na melhoria da infra-estrutura básica global, na participação em saúde efetivando o controle social, na criação de cidades saudáveis e na atuação interdisciplinar.

Para Bastos; Peres e Ramires (2003) a Promoção à Saúde é basicamente uma atividade no campo social e não um serviço médico. Entretanto, os trabalhadores de saúde têm papel vital no fomento e facilitação desta filosofia.

Dentre as propostas de Promoção à Saúde, contidas na Carta de Otawa, estão ações como: proteção de ambientes naturais e artificiais; conservação dos recursos naturais; condições de vida e trabalho prazerosas e agradáveis; participação efetiva e concreta de toda a comunidade na fixação de prioridades, tomada de decisões e elaboração de estratégias para alcançar melhores níveis de saúde; capacitação das pessoas para o enfrentamento de doenças crônicas, agudas, acidentes e ferimentos; abrir canais de comunicação entre o setor saúde e componentes sociais, políticos, econômicos e o meio ambiente; incentivo a pesquisas em saúde; mudanças na educação profissional e educação continuada, etc. (ALVES; ARRATIA; SILVA, 1996).

O enfoque da Promoção à Saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde/doença no qual os requisitos para a saúde são paz, habitação, educação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Neste enfoque as estratégias de atuação se deslocam do eixo individual para a atuação sobre esses diferentes elementos, o que implica

necessariamente em interdisciplinaridade e intersetorialidade. Neste contexto a intersetorialidade não diz respeito apenas à ação conjunta das diferentes esferas de governo, mas também à busca de parcerias com outros setores não governamentais (ALVES, 2003).

A Promoção à Saúde é ideologicamente uma iniciativa de natureza holística, a qual demanda estratégias articuladas às necessidades sentidas, percebidas e desejadas pela população. Contudo, a implementação destas ações demanda tempo e paciência, pois os resultados deste tipo de atuação são quase sempre visíveis apenas em médio e/ou longo prazo. Experiências de Promoção à Saúde são, por vezes, conflituosas, porém colaboram para rupturas de paradigmas, tanto no aparelho institucional público, quanto com relação à complexidade do conjunto dos sujeitos sociais envolvidos, levando à necessidade de desdobramentos que passam pela construção/reconstrução e transformação (MELLO, 2000).

Para Alves, Arratia e Silva (1996) a participação em saúde é considerada fundamental em todos os estágios de experiências de Promoção à Saúde, seja no planejamento, construção, implementação ou avaliação do programa requerendo ao final, necessariamente, o autodesenvolvimento da comunidade.

Um aspecto importante com relação à Promoção à Saúde, para as autoras, é que nesta forma de abordagem, os problemas de saúde requerem ser compreendidos do ponto de vista de diferentes áreas do conhecimento considerando-se as variáveis: biológica, psico-social, cultural e ambiental do indivíduo. Essa concepção abre novos horizontes de conhecimentos e requer a participação de todos os setores para favorecer e efetivar a Promoção à Saúde.

Um aspecto enfatizado por Bastos; Peres e Ramires (2003) com relação à Promoção à Saúde é que esta tem como meta modificar as normas da sociedade e o ambiente, de forma que esses se tornem mais favoráveis à obtenção da saúde, fazendo com que as escolhas saudáveis se tornem mais fáceis. Para tanto, faz uso do instrumento de transformação social que é a educação, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e o estímulo à criatividade.

Neste contexto as ações educativas devem ser inseridas em todas as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, devendo ocorrer em todo o contato com máxima coerência entre o pensar e o fazer profissional, sempre levando em conta a realidade das pessoas, seu modo de vida, crenças, valores, anseios, como se organizam e solucionam seus problemas, quais seus conceitos de saúde-doença e qualidade de vida.

Para Briceño-Léon (1996), no processo educativo, não há um indivíduo que sabe e outro que não sabe, mas dois indivíduos que sabem coisas diferentes. Assim, na medida em que ambos possuem conhecimento, o processo educativo pode ser definido, então, com sendo um processo de diálogo entre dois ou mais indivíduos que se comprometem mutuamente a escutar e transformar. Ora, sendo então a educação um processo dialógico é por consequência um processo participativo, pois não existe diálogo sem participação. Neste sentido, para o autor, a educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva. Isso significa que a participação não deve significar a dissolução da responsabilidade individual. Pelo contrário, deve estimular o interesse e o compromisso do indivíduo pelo bem estar coletivo.

Continuando, o autor afirma que a educação sendo um processo participativo leva à confrontação de saberes, perspectivas e prioridades de acordo com o contexto do indivíduo. Isto implica em que o trabalhador de saúde, comprometido com a filosofia da Promoção à Saúde e por consequência com a Educação em Saúde, deve adotar uma postura de cuidado e respeito para com as diferenças, buscando o diálogo e o intercâmbio na tentativa de confrontar saberes, evitando posturas que reflitam dominação ou submissão.

Por fim, o autor refere que a partir do momento em que a saúde é considerada um direito e um dever a educação deveria ter como objetivo reforçar a confiança das pessoas em si mesmas, para que, desta forma, se possa alcançar a efetiva participação em saúde. Agindo assim, reforçamos a crença que o indivíduo pode e deve fazer algo para melhorar sua saúde.

Para Vasconcelos (1998) a Educação em Saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde, que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a área da saúde e o pensar e fazer cotidiano da população, no enfrentamento e superação de condições de adoecimento na comunidade. Esse enfrentamento depende do envolvimento da população na busca de novas estratégias e no reforço das posturas de luta e enfrentamento cientificamente respaldadas e apropriadas às condições materiais e sociais em que vivem. Depende, também, da construção e desenvolvimento de serviços e obras públicas adequadas a essas condições. No entanto, o setor saúde tem concentrado seus esforços no desenvolvimento de técnicas medicamentosas, cirúrgicas e eletrônicas, que atuam no processo saúde-doença apenas em nível biológico e são voltadas para o enfrentamento de doenças isoladas. Esse esforço corre paralelo, sem sincronia e até em oposição ao esforço popular de combate aos problemas de saúde. Não tem sido uma preocupação importante, a compreensão dos saberes, das estratégias, dos significados

imaginários e das contradições e passividades do meio popular face às doenças, com o objetivo de possibilitar uma crítica aos procedimentos sanitários tradicionais e a criação de novas formas de abordagem, caminhando assim, para integração entre o agir do setor saúde e o agir popular.

Nesse sentido, para o autor, uma grande parte das práticas de educação popular nos serviços de saúde hoje deveria estar voltada para a superação do fosso cultural existente entre as instituições de saúde e a população, pois um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. Nessas experiências isto é feito a partir de uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo, cada vez mais, a sua diversidade e heterogeneidade. Nessas iniciativas de educação popular em saúde se dá uma grande ênfase à estruturação de instrumentos de ampliação dos canais de interação cultural e de negociação entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de trabalhadores de saúde. Tendo como base estas posturas, tem-se assistido, em alguns locais, à emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração. Assim, a Educação em Saúde deixa de ser uma atividade, a mais realizada nos serviços, para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas ali realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação das pessoas nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade.

3.3 Participação em Saúde: Em Busca da Equidade e Descentralização no SUS

Concordamos com Demo (1999) que a participação é um exercício de democracia. Através dela aprendemos a eleger e deseleger, estabelecer um rodízio de poder, a exigir prestação de contas, a desburocratizar e forçar os mandantes a servirem à comunidade. Assim, acreditamos ser importante primeiramente analisar e sistematizar algumas questões com relação à democracia e cidadania para então, em um segundo momento, partir em busca das raízes da idéia da participação em saúde no Brasil e no mundo.

3.3.1 Democracia: Algumas Noções

De acordo com Gerschman (1995) se pensarmos em democracia apenas como um sistema de governo, acabaremos confirmando as premissas que consideram a democracia como o mais aperfeiçoado dos sistemas políticos. Contudo, o contexto histórico do exercício da democracia a partir de forças políticas e sociais distanciou o que na atualidade se tem como democracia, da caracterização teórica que a define como um sistema formal de igualdades e liberdades que são expressas a partir do direito do voto dos cidadãos livres e iguais. Estes são representados por partidos políticos que competem pela conquista do governo em eleições livres nas quais a decisão é a da maioria sem que isso signifique que a minoria tenha que se sujeitar ao domínio da maioria. Para a autora a vitalidade da idéia de democracia está justamente na sua indefinição teórica e na sua capacidade de adequar-se às transformações históricas, sendo ela uma construção histórico-política e teórica.

A democracia enquanto contraposição às formas de governo autocrático pode ser considerada como um conjunto de regras habitualmente conhecidas, praticadas e aceitas que atribuem a um elevado número de cidadãos o direito de participar, direta ou indiretamente, da tomada de decisões coletivas, sendo que a regra fundamental é de respeitar a vontade da maioria. Além disso, é indispensável que os cidadãos chamados a decidir ou a eleger aqueles que deverão decidir sejam colocados frente a alternativas reais, tendo condições através de seus direitos de decidir entre uma ou outra (BOBBIO, 2004).

Concordamos com Gerschman (1995) que a democracia representa a consolidação de um processo histórico de luta pelo qual os atores sociais conquistam uma efetiva cidadania. Esta, no entender de Demo (1999), é a qualidade social de uma sociedade, organizada de modo a reconhecer que o ser humano e a sociedade são detentores inalienáveis de direitos e deveres e pela qual se pressupõe a igualdade de todos perante a lei. Isso não quer necessariamente dizer que a cidadania represente um consenso definitivo. Ao invés disso, representa uma unidade de contrários, na qual o cidadão é consciente de viver cercado por conflitos de interesse. A partir desta constatação a cidadania fundamenta-se na tomada de consciência das injustiças, descoberta de direitos e deveres e busca de estratégias de reação a estas injustiças de modo a tentar mudar o rumo da história. A participação quer profundamente isso e, portanto pode-se dizer que o cidadão é o homem participante. Para o autor não há democracia sem seu ator principal que é o cidadão.

Para Doniak (2002) a democratização dos organismos governamentais não deveria ser confundida com processos de descentralização administrativa, terceirização dos serviços, apoio à criação de conselhos de desenvolvimento ou de convites esporádicos a organizações da sociedade civil e da economia para participarem de reuniões ou cursos. Estas iniciativas contribuem para a democratização interna dos organismos governamentais. No entanto, as iniciativas fundamentais passam pela vivência cotidiana dos servidores públicos e pelos esforços dos setores populares da sociedade civil e da economia para a superação dos processos de subalternidade em que se encontram sujeitos.

Segundo o autor o exercício da democracia participativa exige um desenvolvimento da informação que, por sua vez, passa pela educação e pela democratização da mídia, enquanto instância dominante de socialização. A informação aos cidadãos não é fundamental somente para orientar o processo de planejamento, mas deve possibilitar a comunicação e o diálogo permanente entre a sociedade política e a sociedade civil. Muitas oportunidades sociais permanecem perdidas porque os cidadãos não têm acesso à informação. A transparência da administração pública depende desse acesso. O governo local que não possui um controle democrático nem mecanismos para criar um clima participativo tende, geralmente, a ser corrupto. O município não pode controlar a si mesmo. São os cidadãos e as comunidades, desde que organizados e informados, além de instituições como, por exemplo, as Câmaras de Vereadores e os Conselhos que garantem a transparência da gestão pública.

Esta afirmação vem ao encontro das reflexões de Bobbio (2004) que afirma que a democracia consiste de um governo público em público, no sentido de contrapor o que é privado e também de se contrapor ao que é secreto. Não que eventualmente não possam existir segredos, mas a regra é o caráter público e o segredo a exceção. Mesmo assim, não se deve fazer a regra valer menos, pois o segredo é justificável apenas em um momento de crise e por um tempo limitado. Assim a democracia é o governo do poder visível.

O autor afirma ainda que mesmo o ideal de democracia direta tendo sido abandonado e substituído pelo ideal da democracia representativa, o caráter público do poder, entendido como não secreto, permaneceu como um dos critérios fundamentais para distinguir o Estado constitucional do Estado absoluto. Isto porque de acordo com Kant (1913 *apud* BOBBIO, 2004) todas as ações relativas ao direito dos outros e que não possam tornar-se públicas são injustas. Desta máxima resulta a exigência da publicidade dos atos do governo que é importante para

permitir aos cidadãos exercer o controle do poder na medida em que estes conhecem os atos daqueles que detém o poder. Além disso, o fato de uma ação governamental ser pública já impõe uma forma de controle na medida em que permite distinguir o lícito do ilícito.

É justamente na necessidade de visibilidade do poder que reside uma das promessas não cumpridas pela democracia real em contraste com a ideal, dentre outras citadas pelo autor, ou seja, a existência do poder invisível. A constatação deste poder invisível pode ser feita na medida em que lembramos de exemplos como associações para o crime, corrupções, lojas maçônicas secretas e porque não citar as relações entre trabalhadores de saúde/instituições e usuários de seus serviços. Para Wolfe (1977, *apud* BOBBIO, 2004) existiria um duplo Estado, duplo no sentido de que ao lado de um Estado visível existiria sempre um Estado invisível.

Para o autor a existência deste poder invisível reforça os mecanismos de dominação dos cidadãos tendo em vista que por tendência toda a forma de dominação necessita subtrair-se ao olhar dos dominados escondendo-se através do segredo e do disfarce.

Este Estado “controlador” na área da saúde se expressa através da história na forma como se dá a assistência e como são conduzidas as políticas. Damaso (1992 *apud* WENDHAUSEN, 2000) afirma que uma das maiores dificuldades nesta área é a forma como as políticas de saúde buscam exercer o controle sobre os determinantes estruturais, causas morfogênicas e psicomédicas das doenças. Tal controle sempre se efetivou às custas da perda da autonomia e autocontrole dos indivíduos ou grupos sobre os condicionantes do processo saúde-doença expropriando seu poder de autocuidado na medida em que os cuidados de saúde passaram a ser da competência de sistemas hetero-organizadores especializados. A isto alguns autores denominam *medicalização*. Esta será tema de maiores reflexões e discussões mais adiante neste trabalho, pois tem relação direta com a possibilidade do usuário exercer poder/participar nas questões relativas à saúde.

3.3.2 As Raízes da Participação no Brasil e no Mundo

A grande virtude da participação consiste em possibilitar o controle do poder invisível exercido por um Estado controlador e medicalizado. A busca pelo controle do poder do Estado pela população é profundamente enraizada em acontecimentos históricos e conjunturais que no setor saúde culminaram com a implantação do SUS e institucionalização do Controle Social como um de seus princípios fundamentais. Este princípio representa a concretização do processo

de democratização no País e de suas políticas públicas, bem como uma importante estratégia para garantir a equidade, descentralização e municipalização da saúde. Podemos defini-lo como a capacidade de a sociedade organizada intervir nas políticas de saúde, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição e metas e prioridades (BRASIL, 1992).

Em uma perspectiva democrática a lógica do controle social justifica-se, pois sendo a população que paga, por meio de impostos, os serviços públicos então é ela que deve decidir a forma como estes recursos devem ser gastos, de modo a atender os interesses da maioria (CORREIA, 2000).

Ao discutirmos as raízes da participação em saúde no Brasil podemos nos remeter até pelo menos a última década do século XIX, porém o início das discussões mais sistemáticas acerca deste tema pode ser encontrado nos anos 30 e 40 do século XX e têm estreita relação com o surgimento das políticas públicas (VALLA, 1998).

É importante ter em mente que a participação é uma idéia com várias significâncias no mundo contemporâneo. Fala-se em participação política, econômica, empresarial, de agremiações, comunidades e muitas outras idéias e significados ou formas para a participação. Nos últimos quarenta anos, a idéia da participação tem sofrido muitas mudanças por conta das transformações que se deram no Estado e suas relações com a sociedade civil. Assim sendo, a idéia de participação não teve o mesmo significado no início dos anos setenta, durante a ditadura militar, que tem na atualidade. Porém, para Bricenõ-León (1998), seus vários significados têm uma força que se impõe na atualidade como parte de um movimento renovador e quiçá democratizador dos programas de saúde. No dizer de Valla (1998), a ambigüidade do termo não vem apenas das várias interpretações, mas também da tradição autoritária da América Latina e do Brasil que contamina grupos conservadores e progressistas.

Em uma perspectiva mundial, de acordo com Cortes (1996), as origens da criação de novas formas de envolvimento dos cidadãos no processo político, podem ser encontradas, em primeiro lugar na crise de legitimidade política das democracias liberais desde o final dos anos sessenta, quando os processos democráticos serviam basicamente para a legitimação de um sistema e suas iniquidades mais do que para o controle público. Em segundo lugar, no surgimento e ampliação dos *novos movimentos sociais*² no final dos anos sessenta e durante os anos setenta,

² Grifo da autora.

como a Revolução de Maio em Paris (1968) e a ampliação de movimentos e canais participativos (associações de moradores, ecológicas e de consumidores) nos Estados Unidos e alguns países da Europa e da América Latina. E, por fim, em terceiro lugar, na crise da economia mundial durante a década de setenta, representada pelo declínio da atividade econômica e o endividamento público.

De acordo com Carvalho, Martin e Cordoni (2001) no início do século XX, no Brasil, o termo controle social em saúde era entendido como a instituição de medidas sanitárias de controle do Estado sobre a sociedade e era representado pelo “sanitarismo campanhista” período em que, o Estado, através de medidas severas de combate a vetores de doenças e da imunização compulsória da população, adotava intervenções em pessoas e grupos sociais em nome da saúde de todos.

A partir de 1923, com a criação das CAPs, temos o embrião do controle social no Brasil, da forma como o entendemos atualmente. Nestes órgãos os trabalhadores tinham assegurado o direito de serem representados nos Conselhos Administrativos. Em 1933, com a substituição das CAPs pelos IAPs, a representação de empregados e de empregadores assume um papel secundário com relação aos atos da Presidência da República.

Esta tendência de diminuição da participação de empregados e empregadores se intensifica a partir do golpe de 1964 o que mudou a relação com as pressões populares, adotada pelos governos anteriores, que as manipulavam de maneira corporativa e populista de acordo com seus interesses para manter a ordem vigente. Neste momento houve um rompimento da articulação entre Estado e sociedade e o País passou a ser governado por meio de atos institucionais, leis de segurança nacional e decretos, o que caracterizou forte repressão e controle sobre a população. O controle social passou a ser exercido exclusivamente pelo Estado, as possibilidades de participação suprimidas e as pressões populares tratadas com repressão. Nesta época os movimentos populares se retraíram, porém o movimento de resistência esteve sempre presente, ainda que de uma maneira clandestina (CORREIA, 2000).

Com o fim do “milagre econômico” e o agravamento das crises do capitalismo mundial inicia-se no Brasil, a partir de 1979, um período de abertura política em que ressurgem os movimentos populares e sindicais como greves, o movimento pela anistia, o movimento das mulheres, a criação do Partido dos Trabalhadores (PT), dentre outros (CORREIA, 2000).

Segundo Cortes (1996) a necessidade de promover reformas, sentida a partir da crise econômica, não só do Brasil, mas em nível mundial, implicou na necessidade de desenvolver mecanismos participatórios como estratégia para lidar com as dificuldades econômicas. Estas reformas tinham o intuito de racionalizar as estruturas burocráticas estatais que, por sua vez, implicavam na criação de mecanismos participatórios para, ao mesmo tempo em que exerciam pressão, pudessem fiscalizar os segmentos governamentais resistentes à mudança.

Assim, segundo a autora, governos de distintas orientações políticas criam diferentes propostas de participação. Os governos conservadores vêem as pessoas exercendo a participação no papel de consumidores individuais e implementam políticas que partem do princípio do aumento da capacidade de resposta dos serviços, principalmente através de privatizações. Os governos social-democratas enfatizavam a necessidade de reforma das organizações públicas por meio de estratégias não centradas no mercado, aumentando as oportunidades para que os cidadãos expressem suas opiniões. Estas estratégias constituíam-se em alternativas políticas contrastantes para lidar com questões complexas. Enquanto a primeira tinha o objetivo de promover a privatização, a segunda propunha a reforma do setor público, mantendo os ideais de equidade e justiça social.

No Brasil, no final dos anos 70, intensificou-se a mobilização e a organização da sociedade civil brasileira. O novo movimento sindical reivindicava aumentos salariais e maior liberdade opondo-se firmemente à ditadura militar. Ao mesmo tempo sindicatos de trabalhadores rurais e o Movimento dos Sem Terra (MST) exigiam a reforma agrária e a extensão dos benefícios previdenciários aos trabalhadores rurais. Nas cidades, associações de moradores promoviam campanhas exigindo melhores serviços públicos (CORTES 2002).

Podemos também citar os conselhos populares na zona leste de São Paulo que começaram a se organizar no início dos anos 70, unificando-se em 1976 em um só movimento de saúde, somando-se à ação da igreja, a de médicos sanitaristas e a de estudantes de medicina. Este movimento inicia-se a partir dos efeitos do descaso com a saúde sentidos pela população das periferias de São Paulo, simultâneo ao rápido crescimento demográfico que agrava ainda mais a situação. Entre os anos de 1978 a 1982 estes conselhos ganham força e por fim são reconhecidos como interlocutores representantes dos movimentos populares, de forma que o Estado cede às suas reivindicações investindo na melhoria e expansão da rede básica de atendimento. É importante lembrar, ainda das experiências, na década de 80, dos governos municipais do Partido

dos Trabalhadores que criam conselhos como estratégia para democratizar as gestões municipais. A partir destas experiências é estabelecida uma nova relação dos movimentos populares com o Estado (CORREIA, 2000).

A partir dos anos 80, no Brasil, as mudanças conjunturais produzem no Estado uma série de contradições e ambigüidades, pois apesar das características autoritárias e centralizadoras, o governo foi obrigado a assumir uma série de compromissos com o movimento popular que o interpelava (CORREIA, 2000). A realidade brasileira nos anos 80 foi caracterizada pela combinação de altas taxas de inflação com crescimento econômico negativo ou muito baixo. O declínio da atividade econômica descaracterizou o governo como promotor do desenvolvimento econômico. Foi neste período que a Sociedade Civil demonstrou uma capacidade de organização sem precedentes na história do Brasil (CORTES, 2002).

Para Gerschman (1995) é interessante observar que quando os movimentos sociais provêm da sociedade civil, estes nascem desvinculados da ordem pública, mas passam a ocupar espaço público na medida em que a resposta a suas reivindicações requer a intervenção do Estado para que sejam atendidas. Este fato leva a discussão social também ao âmbito estatal. Desta forma, os movimentos sociais têm a virtude de promover uma aproximação entre a sociedade civil e a ordem pública.

Para a autora a institucionalização ou não dos movimentos populares, que deram origem à reforma sanitária, constituiu-se em um eixo problemático de estrangulamento e tensão no desenvolvimento da ação política. Tratava-se de uma preocupação legítima, uma vez que a atuação destes movimentos era marcada pela heterogeneidade de seus membros, pela presença de vários partidos políticos diferentes, ainda que procurando manter independência, além da maleabilidade dos movimentos que dificultava o estabelecimento de regras de funcionamento e organização. Assim, no contexto dos anos 70 e 80, os movimentos populares adotaram duas vertentes teóricas distintas. A primeira distingue-se por sua orientação não institucional e sua autonomia frente às instituições organizadas. Para esta vertente o poder não é fundamental, o Estado é considerado um instrumento de repressão e controle e a participação em fóruns governamentais é vista como colaboração com o sistema.

Uma segunda vertente, segundo a autora, ainda que considere o Estado como domínio da burguesia não o considera um bloco monolítico a ponto de não haver possibilidade de pressionar e negociar para obtenção de conquistas sociais e políticas. Segundo Correia (2000) esta vertente

admite a interação entre os movimentos populares e o Estado, pois considera que este tem papel importante na reprodução da força de trabalho, no fornecimento de subsídios por meio da implementação de políticas públicas, facilitando o acesso do trabalhador a bens de consumo e serviços coletivos.

De acordo com a autora, ao longo da década de 80, a relação entre Estado e sociedade muda a partir do processo de redemocratização do país e alguns movimentos sociais admitem negociar com o Estado abandonando a posição antiinstitucional. Estas mudanças implicam em uma transformação no caráter do controle social no Brasil com o fortalecimento da possibilidade de a sociedade, por meio dos movimentos populares e sindicais, intervir nas ações do Estado.

Estes movimentos populares inicialmente direcionavam suas reivindicações para gestores e políticos. A partir da segunda metade da década de 80 estes movimentos passaram a dirigir suas questões para as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) e mais tarde, após a implementação e regulamentação do princípio do Controle Social no SUS, para as Conferências e Conselhos de Saúde (CORTES, 2002).

No período de transição democrática houve uma certa articulação do governo da Nova República com o Movimento Sanitário que indica alguns de seus representantes para cargos nos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, conseguindo inserir algumas de suas propostas no Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (IPND-NR). Este trata a saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado e propõe a expansão do sistema de saúde de maneira descentralizada (CORREIA, 2000).

O debate acerca da participação em saúde aparece com maior força a partir da 8ª CNS, na qual a participação no sistema de saúde surge como um dos principais eixos de debates. A partir da implantação das AIS, os canais de participação institucionalizados na política de saúde eram as Comissões Municipais de Saúde (CIMS) que se constituíam em colegiados, com o único objetivo de promover a articulação de diferentes instituições. Com o advento do SUDS essas comissões passam a ser abertas à participação da sociedade civil organizada, adquirindo o papel de gestão do sistema. Este tipo de participação não foi efetivo, primeiro por não ter sido resultado de pressões populares, sendo que seu objetivo era apenas o de legitimar as propostas de planejamento e captação de recursos e segundo devido à fragilidade das organizações populares permitindo que o poder público escolhesse os representantes nas CIMS (CORREIA, 2000).

No SUS, nossa realidade atual, também é possível identificar limitações, para a efetiva participação, semelhantes às descritas acima. Para Roncalli (2003) enquanto não houver o empoderamento de organizações verdadeiramente populares que estejam articuladas e por suas bases legitimadas de modo a não cederem às pressões do poder público, não teremos o tão almejado Controle Social.

Durante a Assembléia Nacional Constituinte, na luta pela real institucionalização dos mecanismos participatórios no Brasil, o Movimento Sanitário legitimado na 8ª CNS atua no Congresso através de *lobbies*, buscando a adesão de parlamentares ao controle social como um princípio político e doutrinário a nortear a construção do novo sistema nacional de saúde. Sendo assim, a participação em saúde passa a integrar o item III do artigo 198, da sessão II da Constituição Federal, como uma das diretrizes do SUS (CORREIA, 2000).

A participação em saúde foi um dos princípios constitucionais mais polêmicos após a aprovação da Constituição de 1988, uma vez que os artigos que regulamentavam o Controle Social na lei 8.080, que instituiu o SUS, foram vetados pelo então Presidente da República Fernando Collor de Melo. É somente a partir de dezembro de 1990, com a lei 8.142 que regulamenta o Controle Social que o princípio da participação em saúde é resgatado.

A partir daí são instituídas as Conferências e os Conselhos de Saúde. As Conferências podem ser definidas como fóruns participativos de discussão, realizados a cada quatro anos, nos três níveis da administração pública (Municipal, Estadual e Federal), com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Podem ser definidas como momentos de consulta ampliada à sociedade, ou seja, são consideradas como sendo de caráter consultivo.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados estabelecidos, também nas três esferas de governo, com participação paritária. No Município o Conselho de Saúde é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e é um órgão de formação mista onde há a presença do Estado e sociedade, com ampla participação popular. Dentre suas atribuições estão fiscalizar, planejar e controlar os recursos destinados à saúde no orçamento do Município bem como, fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde e propor o Plano Municipal de Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Para Cortes (2002) embora tenham sido realizadas oito Conferências Nacionais de Saúde anteriormente a 1990, apenas a última delas – a 8ª Conferência Nacional de Saúde – teve participação popular marcante, possivelmente por ter sido realizada em 1986, no contexto da

democratização política, dos conflitos e negociações que precederam o processo constitucional e de intensa discussão sobre os rumos da reforma do sistema de saúde.

De acordo com Carvalho, Martins e Cordoni (2001) para que as Conferências e Conselhos de Saúde possam melhor refletir os pontos de vista de toda a comunidade que representam, ambos devem ser constituídos por membros dos mais diversos estratos sociais, agrupados nas categorias de usuários e prestadores de serviços de saúde, com participação paritária destes setores.

A implantação do SUS tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no país, redefinindo as responsabilidades e competências de cada nível de governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde. Neste contexto o Controle Social pode ser considerado uma importante estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde. A institucionalização da participação em saúde vem legitimar o que já vinha acontecendo a partir dos movimentos sociais, potencializando-os e proporcionando uma estrutura organizacional que garanta a participação popular e a efetiva descentralização do SUS (WENDHAUSEN, 2002).

O processo de implantação do SUS tem registrado, a partir de sua formalização pela Constituição Federal de 1988, avanços significativos. A institucionalização da participação em saúde constitui-se em um grande avanço, porém não pode ser considerada a panacéia para todos os problemas de saúde da população. Um dos grandes problemas que pode ser identificado atualmente é que, a partir do momento em que a participação torna-se institucionalizada, ocorre um esvaziamento dos movimentos sociais, pois as pessoas sentindo que não necessitam mais lutar para garantir seu direito de participar, acomodam-se esperando que outros façam isso por elas. Além disso, de acordo com Gerschman (1995), a institucionalização da participação institui uma quota de burocracia que se constitui uma grave ameaça às mobilizações populares visto que, estes primam mais pela capacidade de mobilização política, do que pela organização político institucional.

Para a autora a institucionalização torna-se imprescindível para que os movimentos populares se constituam em interlocutores políticos legítimos e reconhecidos pelo Estado e pela sociedade organizada. Em contrapartida, existe o risco de que outras forças organizadas, como por exemplo, gestores ou até a classe dos trabalhadores de saúde, se apropriem dos canais

institucionalizados de participação e passem a exercer uma função tutelar em relação ao usuário do sistema público de saúde.

Com relação à participação não institucionalizada, esta pode ocorrer em vários momentos. Como exemplo, podemos citar as práticas de educação popular. Estas mantêm uma relação de estreita proximidade com as práticas participativas, ou seja, a educação é uma prática que pode fomentar a participação, visto que têm o potencial de contribuir para a formação de uma consciência crítica no indivíduo/comunidade com vistas a exercer sua cidadania.

Para Pinto (1982 *apud* ACIOLI; CARVALHO, 1998) a participação das comunidades nos processos de Educação em Saúde pode se apresentar de diversos modos. Assim, considera-se simbólica (quando a população é apenas incluída no processo, sem ação ativa, nem mesmo receptiva), receptiva (quando existe o recebimento de algum serviço do Estado), ativa (nas situações em que a população toma parte num conjunto de atividades não planejadas, nem programadas pelas comunidades, como no caso de mutirões e mobilizações) e real (quando a população reivindica e assume parte em processos que vão do diagnóstico e passam pelo planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas).

De forma semelhante, Briceño-Léon (1996) coloca que existem três tipos de participação. A participação passiva, ou seja, a aceitação passiva dos programas ou serviços oferecidos por entidades governamentais ou não. Outra forma de participação seria a Participação ativa na qual o indivíduo ou comunidade não somente aceita, mas também toma parte das tarefas em resposta a iniciativa de um agente externo sem, contudo tomar a iniciativa ou planejar as ações agindo somente como lhe pede o agente externo. Por fim, o autor cita a participação que ocorre quando a própria comunidade toma a iniciativa participando de todas as etapas de consecução do projeto.

Em nossa realidade atual, exemplos de experiências participativas que partem da iniciativa da comunidade são poucos. O que encontramos são, na maioria das vezes, exemplos de experiências de participação passiva ou ativa. Esta afirmação pode ser confirmada na medida em que procuramos conhecer as concepções de participação das pessoas. Estas, em sua maioria, referem-se a exemplos de ações participativas passivas ou ativas e em menor quantidade a exemplos de participação real. Esta afirmação tem por base o trabalho de Vasquez *et al.* (2003) que será citado mais adiante.

Assim, o quadro atual requer o estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a efetividade de conquistas sociais, como a participação em saúde, alcançadas com a Reforma

Sanitária, e que mesmo após sua institucionalização, podem não se concretizar de fato, devido à própria dinâmica inerente ao ato de participar e às relações de poder que se desenvolvem no interior das instituições.

3.3.3 Concepções de Participação

Como citado anteriormente, nos últimos anos, organismos internacionais têm preconizado, para os países em desenvolvimento, a participação e a auto-sustentação econômica, pois estas seriam o caminho para alcançar o desenvolvimento.

Neste contexto, os cuidados primários em saúde representam importante estratégia em direção da melhoria das condições de saúde das populações. Neste tipo de atuação, os recursos devem ser usados de maneira racional, hierarquizada, dando ênfase ao uso de tecnologias simples e com ampla cobertura principalmente para as populações mais carentes. A administração desta rede de serviços deve ser descentralizada e não deve prescindir da participação da comunidade (CORTES, 2002).

Por este motivo, ao longo dos anos, a participação em saúde tem merecido destaque nas discussões sobre os rumos do Sistema Único de Saúde. Assim mesmo, esta questão é marcada por ambigüidades devido às diferentes interpretações e perspectivas para o uso deste termo. Para Jacobi (2000), a participação encontra-se intimamente vinculada ao processo de descentralização e representa um mecanismo essencial para a democratização do poder público, além de constituir-se em um espaço vital para o fortalecimento de uma cidadania ativa. Assim, a dinâmica da inclusão social deve reconhecer a capacidade criativa propositiva e gerencial das camadas populares, bem como a importância da legitimação do potencial organizativo comunitário, na estruturação de alternativas para um desenvolvimento mais equilibrado (FERNANDES; MONTEIRO, 1997).

Vista desta forma, a participação relaciona-se estruturalmente com a idéia de cidadania, pois enfatiza a reivindicação política, a democratização e a socialização do saber. Neste contexto, a idéia de Promoção e Educação em Saúde, caracterizada por uma interativa troca de conhecimentos, resgata filosofias que representam a possibilidade de autonomia crítica do educando (ACIOLI; CARVALHO, 1998).

Para Vasquez *et al.* (2003) existe uma grande falta de estudos destinados a avaliar os conceitos e atitudes dos diferentes atores sociais, no que diz respeito às concepções de

participação de usuários e líderes comunitários na gestão dos serviços de saúde em nível local. Por este motivo, estes autores realizaram um estudo nos municípios de Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe utilizando uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos. Nesta pesquisa puderam identificar duas noções básicas ligadas à participação: a participação como uma ação individual e a participação como uma ação coletiva.

No sentido de ação individual a participação foi considerada como sendo a contribuição que cada indivíduo pode oferecer à comunidade. Neste ponto notou-se a preponderância de idéias centradas nas noções de deveres (onde uma parte dos usuários relacionou o conceito de participação social com a idéia de responsabilidade e compromisso), na realização de atividades junto aos serviços de saúde (como a busca de informações que ampliem o conhecimento do indivíduo sobre aspectos relacionados à sua saúde, divulgando informações relativas aos serviços de saúde, a oportunidade de expor idéias emitindo queixas e opiniões sobre o funcionamento dos serviços, a colaboração com o serviço na realização de trabalho voluntário, etc) e na utilização dos serviços de saúde (participar seria utilizar o serviço que está disponível).

Como ação coletiva, segundo a autora, a participação foi percebida como um conjunto de ações organizadas voltadas aos interesses coletivos ou um inter-relacionamento entre instituições e comunidade (participação em reuniões com o intuito de discutir os problemas e necessidades de saúde, movimentos sociais reivindicatórios). Além destes pontos, os líderes comunitários ao conceituarem participação em saúde, também fizeram alusão ao papel das organizações comunitárias no monitoramento do atendimento à população, sendo que uma parcela destes entrevistados entendia que a participação em saúde requer mobilização, compreensão e organização da comunidade na busca de soluções concretas de seus problemas de saúde. Em uma parte das respostas pôde-se identificar que a participação aparece como uma forma de interação com as instituições por meio dos mecanismos institucionais de participação como, por exemplo, os Conselhos de Saúde.

Outro ponto interessante que se pôde observar nos discursos dos líderes comunitários é que para eles a participação não se expressa como um direito individual, mas sim como uma prerrogativa a ser conquistada.

Esta concepção vem em concordância com Demo (1999), que afirma que 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 e presença.

Na concepção do autor a participação não pode ser imposta por um grupo social a outro, pois certamente a ninguém interessa uma liberdade doada, concedida ou imposta, mas sim aquela construída e conquistada pelo sujeito, pois só assim será verdadeira. Assim também a participação. E isso fundamenta a dimensão básica da cidadania.

Em termos gerais, Fernandes e Monteiro (1997) entendem que ainda existe um grau bastante baixo de participação popular na discussão das políticas públicas, apesar do nível desta muitas vezes, superar expectativas em outras atividades comunitárias como jogos, comemorações, escolas de samba, movimentos solidários, dentre outras. Para entender este quadro deve-se ter em mente que a questão da participação depende das relações de poder subjacente aos diversos projetos públicos. Assim, é imprescindível que as pessoas reconheçam como importante a participação, sentindo-se empoderadas para influenciar as decisões relativas à sua comunidade.

Para Valla (1998), a participação, de um modo geral, compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as políticas públicas e/ou serviços básicos na área social. Outros sentidos para participação seriam a modernização, a integração de grupos “marginalizados” e o mutirão.

Para o autor, o termo modernização é usado com o sentido de superar os atrasos culturais e tecnológicos introduzindo profundas mudanças em uma sociedade, nas quais a população deveria como um todo participar. O autor levanta como questões, em primeiro lugar, a possibilidade de que esta modalidade de participação social tenha como objetivo fazer com que a população tenha a sensação de participar de algo que nem sempre usufrui ou controla e, em segundo lugar, o fato de na realidade brasileira não haverem indicações de que as inovações tenham levado a uma melhoria no padrão de vida e permitido uma maior participação da população.

O autor continua, agora enfocando a proposta de integração de grupos “marginalizados”. Esta parte do princípio que determinados grupos encontram-se à margem da sociedade em função de sua pobreza. Assim a dificuldade destes grupos em ter acesso aos produtos e serviços básicos decorre de sua ignorância e passividade. Neste contexto esses grupos precisam de “ajuda” no

sentido de serem animados, incentivados e esclarecidos para poderem participar dos benefícios do progresso econômico e cultural dos grupos dominantes. Nesta concepção de participação não se leva em conta que estes grupos marginalizados participam da distribuição da riqueza de forma bastante desigual e para uma real integração destes grupos na sociedade esta deveria garantir, ao menos, o acesso a serviços básicos e ao emprego, bem como melhores remunerações.

Por último o autor cita o mutirão, uma das formas mais conhecidas de participação, que consiste em um apelo ou convite à população para que esta realize com seu próprio esforço obras, muitas vezes, de responsabilidade do poder público que, por sua vez, procura esconder o mau funcionamento de seus serviços.

Por fim, na visão do autor, a participação popular diferencia-se dos tipos de participação acima citados por ser uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços estatais responsáveis pelas políticas públicas na área social. Se por um lado este tipo de participação legitima o Estado diante da população, por outro, abre um canal para que as entidades populares exerçam o controle sobre o Estado.

De acordo com Teixeira (2001), outro conceito é o de participação política. Este é impregnado de conteúdo ideológico e pode servir tanto de instrumento de legitimação do Estado como, ao contrário, representar instrumento de contestação. Este tipo de participação pode acontecer de maneira bem diversificada como, por exemplo, comparecer a reuniões de partidos políticos, comícios, grupos de difusão de informações, associações culturais e também realizar protestos, passeatas, etc. Esta diversidade advém de que, para o autor, o importante é considerar o elemento político na relação social, mesmo quando o objetivo é negar o Estado na busca de autoafirmação ou na construção de uma identidade como ator político. Um fenômeno assim complexo não pode ser reduzido a um mero ato eleitoral, episódico, individual, mesmo quando este aparentemente possa ter efeito decisório.

Para o autor é também importante definir o conceito de participação cidadã. Esta representa um processo que se dá entre sociedade civil, Estado e mercado. A sociedade civil é fortalecida pela atuação organizada de indivíduos, grupos e associações tendo em perspectiva as esferas básicas da cidadania que são direitos, deveres e responsabilidades. O Estado e o mercado exercem o controle social segundo parâmetros definidos e negociados nos espaços públicos entre as diferentes esferas, atores sociais e políticos. A participação cidadã articula os mecanismos institucionais a outros mecanismos e canais legitimados pelo processo social.

Para Silva (2001) este tipo de participação não se define como simplesmente apoiando ou lutando contra o Estado, mas incorporando uma concepção de Estado que contém interesses contraditórios construindo direito de todos os cidadãos e segmentos sociais a buscar formas de se fazer representar no interior da máquina estatal procurando legitimar seus interesses.

Na perspectiva de Teixeira (2001) a participação cidadã diferencia-se de participação social e comunitária, pois não tem por objetivo principal a prestação de serviços à comunidade e não se trata apenas da simples participação em grupos ou associações de defesa de interesses específicos. Estes elementos podem até estar presentes no processo de participação, mas não seus objetivos primordiais. Embora a participação cidadã tenha aspectos políticos, pois é uma atividade pública e de interação com o Estado, esta se distingue da atividade unicamente política, uma vez que se sustenta na sociedade civil, não se reduzindo aos mecanismos institucionais ou buscando o exercício do poder.

O autor afirma ainda que a participação cidadã não deve ser confundida com participação popular. Esta expressão é utilizada correntemente para designar a ação desenvolvida por movimentos, muitas vezes, de caráter reivindicatório que freqüentemente se posicionam em oposição ao Estado considerando-o inimigo fundamental. Além disso, esta expressão tem evidente cunho ideológico e reducionista quando considera como atores apenas os segmentos sociais mais explorados excluindo os setores sociais médios que são também, freqüentemente, dominados. O termo participação popular é também, muitas vezes, usado por governos para envolver segmentos dominados da população em seus projetos e políticas, como forma de redução de custos (mutirões) e objetivos de manipulação ideológica buscando conferir legitimidade à suas ações.

Em outra perspectiva de acordo com Bricenõ-León (1998) que avaliou a conjuntura da América Latina o termo participação tem diferentes interpretações e concepções, sendo que estas variam de acordo com o momento histórico-político-social no qual se insere. Sendo assim, o autor estabelece quatro momentos nos quais as percepções de participação são diferentes. São eles:

- a) a participação no contexto da guerra fria;
- b) a participação no contexto da crise das ideologias;
- c) a participação no contexto dos programas de ajuste e
- d) a participação para a democracia.

No contexto da guerra fria o sentido do termo participação encontrava-se em dois pólos opostos. Se por um lado participar era reconhecer o valor da ação individual e da iniciativa privada, por outro lado participar implicava em organização popular e por este motivo era então uma idéia subversiva. Assim, a participação poderia representar apenas manipulação ideológica (por exemplo, programas auto-intitulados de desenvolvimento comunitário, mas com a real intenção de representar apenas uma política de relações públicas), mão de obra barata (mutirões), um mecanismo facilitador da ação médica (no caso representava apenas a aceitação da população das recomendações médicas) e em uma última situação como um mecanismo de subversão.

A partir da crise das ideologias comunistas a idéia de participação tinha o sentido de oposição à idéia de um governo centralizador. Deste modo a idéia de participação tomou corpo em duas formas distintas: a participação como movimento de base (no sentido de educar a população para que esta abandone os valores do opressor e construa seus próprios valores) e a participação como promoção popular (ligada à idéia de participação como resposta cidadã que permita a criação de formas de governo não capitalistas e também não comunistas – “terceira via” – por exemplo, o capitalismo popular, a idéia da co-gestão e da auto-gestão).

Com os programas de ajuste do Estado, em particular com relação à diminuição do tamanho da máquina estatal, o sentido do termo participação mudou radicalmente adquirindo novo sentido. A participação passou a ser considerada uma panacéia, principalmente para os programas de saúde, pois com a idéia de uma máquina estatal pequena o Estado considerava que muitas atividades e responsabilidades deveriam ser transferidas para a população e sociedade civil. Assim também surge a idéia de descentralização na qual as responsabilidades dos governos centrais são transferidas para as instâncias locais por serem estas consideradas mais apropriadas e favorecerem a participação das pessoas e organizações. Neste contexto a participação adquire duas modalidades: a participação como complemento ao Estado (é o reconhecimento da incapacidade do Estado em resolver sozinho todos os problemas – transferindo responsabilidades antes suas à população - porém pode representar também a transferência da gerencia dos serviços para a sociedade civil – no Brasil os Conselhos de Saúde são um exemplo) e a participação como privatização.

A participação para a democracia surge com o passar dos anos e é representada por outras modalidades de participação que brotam da necessidade de melhoria das políticas de saúde. Neste contexto a participação pode ser vista como crítica ao poder (no sentido de que a participação não

é cúmplice do poder e sim sua crítica contribuindo desta forma, para um processo de transformação social), organização democrática (ou seja, a participação deve ser um mecanismo permanente de construção da democracia) e mecanismo de transformação do setor saúde.

Para o autor, a participação para a democracia tem como fundamento aumentar a confiança das pessoas em si mesmas, aumentar o sentido de responsabilidade que é inerente à democracia e finalmente aumentar os níveis de organização da população o que representa uma contribuição essencial para o fortalecimento da democracia. Este conceito, em meu entendimento, possui semelhanças com o conceito de participação cidadã, proposto por Teixeira (2001) citado anteriormente, pois amplia o âmbito da participação tanto no sentido de quem participa, como, em que ou para que participa.

Segundo Silva (2001) freqüentemente existe uma confusão entre controle social e participação cidadã. Isso ocorre porque ambos procuram conquistar direitos sociais partilhando dos mesmos valores. Contudo a participação cidadã está centrada na busca de equidade social, da universalização dos direitos e na solidariedade. Seus objetivos estão ligados à construção de uma democracia mais substantiva, de igualdade e de conquistas.

Já o Controle Social segundo Teixeira (2001) representa a forma pela qual a sociedade procura exercer a sua cidadania. Este tem duas modalidades básicas que são *accountability* e a responsabilização dos agentes políticos pelos atos praticados em nome da sociedade. Segundo Silva (2001) pode se entender *accountability* como a responsabilidade social pelo desempenho de tarefas, democracia e respeito pelo cidadão. Nesta perspectiva o controle social implica em submeter o poder dos agentes políticos à regulamentação da sociedade, corrigindo eventuais desvios e responsabilizando àqueles que indevidamente utilizarem o poder a eles outorgado pela sociedade.

Para o autor nem sempre foi este o entendimento de controle social. Em um passado recente o alvo do controle da sociedade era o indivíduo e não o Estado ou a própria sociedade. Objetivava-se a limitação do agir individual enquadrando este comportamento em padrões culturalmente estabelecidos. Na atualidade o controle social passa a ter um duplo caráter: o de aperfeiçoar os mecanismos de controle da sociedade sobre o Estado e de inventar maneiras de controle da sociedade sobre a sociedade.

Esta mudança na aceção de controle social para a concepção atual que tem como foco não os indivíduos, mas as diferentes estruturas do poder com o objetivo de assegurar os direitos

coletivos e individuais trouxe novo entendimento a respeito de *controle social*, participação e cidadania.

3.3.4 A Participação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família

No que concerne às propostas do SUS, o incentivo à auto-responsabilidade e a participação da comunidade no planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção primária à saúde são condições indispensáveis para que ocorra a otimização da atenção à saúde no Brasil. Estes requisitos constituem-se também, em recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS (TRAD; BASTOS 1998).

Não se pode dizer que o modelo assistencial predominante no Brasil contemple estas diretrizes. A grande maioria dos programas focaliza o atendimento individualizado e são voltados para práticas curativas e procedimentos de alto custo, de maneira vertical, excludente, com baixo impacto social e sem levar em conta o universo familiar e comunitário das pessoas ou considerar as dimensões sócio-econômico-culturais do processo saúde/doença (TRAD; BASTOS, 1998). O foco de atenção fica centrado na *doença*, gerando um modelo de atuação baseado nas visões biológica e higiênico-preventiva, que tem se mostrado insuficiente para explicar os diferentes perfis epidemiológicos encontrados nas diversas regiões e classes sociais bem como, incapaz de produzir uma mudança significativa no atual quadro sanitário brasileiro.

O reconhecimento da crise deste modelo médico-clínico tem fomentado a busca por propostas em direção a um novo modelo que alcance a complexidade do processo saúde/doença incluindo as várias dimensões - individual, social, econômica e cultural – que o permeiam.

Assim, no processo de priorização das ações do SUS, estabeleceu-se em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como modelo de atenção para todo o País, a ser desenvolvido fundamentalmente pelos municípios, em substituição ao modelo tradicional de assistência curativa.

O conceito de Saúde da Família prevê a participação de toda a comunidade – em parceria com a equipe - na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento e avaliação de todo trabalho feito; sendo fundamental a atuação dos conselhos locais, igrejas e templos dos mais diferentes credos, associações, clubes, os vários tipos de organizações não governamentais (ONGs) e entidades de todos os gêneros (BRASIL, 2001a).

A efetiva implantação deste programa como estratégia vem possibilitar a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

As origens da célula familiar como objeto de intervenção em saúde não são recentes. Entre os anos de 1973 e 1979 ocorreram numerosos esforços realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e posteriormente pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), no sentido de incentivar a formação do Médico de Família. A ênfase era dada à necessidade de humanização das práticas médicas e ao estímulo de programas para formação de médicos generalistas e de família sem, contudo dar destaque a questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde ou aos determinantes sociais da doença (TRAD; BASTOS, 1998).

De acordo com Vasconcelos (1999) foi na sociedade civil, principalmente através das igrejas, que se estruturaram e consolidaram as primeiras intervenções sociais abordando a família. Na década de 80 o crescimento de movimentos como o de mulheres e o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua trouxeram para o debate público as questões da família, de forma que na Constituição de 1988 ficou assegurado, à criança e ao adolescente, o direito à convivência familiar e comunitária, no artigo 227. De forma semelhante, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente e a criação de Conselhos Tutelares representaram também significantes avanços na discussão e abordagem de maneira mais contínua e ampla dos problemas da família.

Para o autor os anos 90 trouxeram para o setor saúde maior valorização do tema família. A consolidação em Cuba, no final da década de 80, da reformulação do modelo de atenção primária à saúde baseado no Médico de Família foi importante para quebrar resistências de alguns trabalhadores de saúde às propostas do atendimento médico com base nas unidades de família e comunidade. Também para outros setores da sociedade brasileira, o êxito do sistema cubano foi importante para difundir o modelo.

Na concepção de Cianciarullo *et al.* (2002), a família atualmente constitui provavelmente o mais importante contexto no qual as ações de saúde materializam-se, buscando solucionar o processo saúde/doença.

A importância da família para as classes populares segundo Vasconcelos (1999), advém do fato de que a unidade familiar representa para o indivíduo um espaço valioso de elaboração de

um destino comum, a construção de uma identidade própria, uma estratégia de sobrevivência para o presente e um projeto para o futuro.

Neste contexto, de acordo com Cianciarullo *et al.* (2002), a família tem como pressupostos básicos o desenvolvimento emocional, a socialização, a organização dos papéis e das relações de seus membros com a comunidade e a preservação do patrimônio. Assim, a participação da família no processo saúde/doença inicia-se desde a definição da necessidade de buscar ajuda, da determinação de onde e com quem encontrar esta ajuda, passando pelo suporte às condutas indicadas pelos trabalhadores de saúde, até a finalização do processo com a incorporação, validação ou não das ações indicadas para a manutenção ou melhoria da saúde do indivíduo.

Para Pedrosa e Teles (2001), a ESF tem como finalidade propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos de conhecimento, desenvolvendo habilidades e promovendo mudanças de atitudes nos trabalhadores de saúde envolvidos.

A proposta da ESF é a de uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como de sua relação com a comunidade. Nela a família passa a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir de sua inter-relação com o ambiente físico e social em que vive. Isso porque, mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço onde se constroem as relações intra e extrafamiliares, e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, contribuindo assim, para que os membros da família e também da Equipe de Saúde da Família alcancem uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 1996).

Assim, a ESF assume compromisso em pautar suas ações nas diretrizes do SUS principalmente no que se refere à participação em saúde, pois esta é de suma importância na identificação dos problemas, no planejamento e controle das atividades dos serviços de saúde (DOMINGUES, 1998).

Entretanto, ao refletirmos sobre as diretrizes do SUS relacionando-as com a proposta da ESF podemos identificar contradições e incoerências na estratégia. Apontando algumas destas contradições, Kleba (2004) traz a tona a idéia de que a ESF coloca em cheque o princípio da descentralização na medida em que o governo federal, por intermédio dos incentivos financeiros oferecidos, tem coagido os municípios a implantar um programa elaborado em nível nacional que

pode não atender às especificidades locais, exigindo como contrapartida do município recursos que poderiam ser utilizados em estratégias mais adequadas à realidade local. A autora preocupa-se ainda com o fato da ESF, em muitos municípios, estar reproduzindo um modelo flexneriano de atuação, que coloca a assistência médica como foco central do trabalho das equipes.

Para a autora o princípio da participação é outro que sofre com a adesão dos gestores municipais, impulsionada pelo incentivo financeiro e a carência de recursos em nível local, à estratégia. Isto porque ao ser implantada a ESF desconsidera o direito dos atores locais em definir e priorizar estratégias para a política de saúde municipal.

Para minimizar esta problemática de acordo com Domingues (1998) é fundamental que a ESF seja desenvolvida de acordo com as características e problemas de cada localidade, para atender à saúde do indivíduo e da família dentro do contexto da comunidade, privilegiando principalmente as ações de promoção da saúde, mas também mediante ações de prevenção, cura e reabilitação.

Kleba (2004) acredita que efetivamente a ESF pode contribuir para a melhoria da assistência e possibilitar o exercício de uma prática que responda positivamente ao princípio da integralidade, de forma interdisciplinar, intersetorial e que possa abrir o diálogo entre gestores, trabalhadores de saúde e cidadãos. No entanto, para a autora, seria necessário problematizar a forma como esta estratégia vem sendo implantada e refletir se esta contribuirá efetivamente para o empoderamento das pessoas ou, ao contrário, colaborará para a ampliação da esfera de domínio dos trabalhadores de saúde à população na medida em que estes agora adentram os lares dos cidadãos.

Para o Ministério da Saúde, muito mais do que respeitar o princípio da participação em saúde, a ESF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa desta idéia, particularmente no que concerne à adequação das ações de saúde às necessidades da população. É recomendado que os trabalhadores da ESF não se limitem a estimular a participação somente a partir dos mecanismos institucionalizados como as Conferências e Conselhos de Saúde, mas que também facilitem e estimulem a população a exercer o seu direito à participação através de outras instâncias formais (como Câmaras de Vereadores e Associações de Moradores) e também de instâncias informais (BRASIL, 1998).

No que concerne à promoção em saúde nas práticas da ESF é pertinente lembrar que esta tem uma profunda identidade com o conceito do empoderamento. Como citado anteriormente, o

conceito do empoderamento implica em que os indivíduos ampliem seu controle sobre as próprias vidas, através da participação individual e em grupos, na busca de transformações em sua realidade social e política. Assim, a participação em saúde relaciona-se intimamente com a Promoção à Saúde, pois se apresenta como um instrumento de capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre suas vidas e conseqüentemente sobre os determinantes do processo saúde/doença (CHIESA; VERISSIMO, 2003). Nesta perspectiva as ações educativas na ESF assumem um novo caráter, mais condizente aos princípios e diretrizes do SUS, principalmente com relação à participação, na medida em que o direito à saúde é o eixo norteador de suas ações e a capacidade de escolha é uma condição indispensável.

De acordo com Valla (1999), outro ponto importante a ser lembrado é o fato de que um envolvimento comunitário pode ser um fator psico-social significativo para a melhoria da confiança pessoal, satisfação com a vida e a capacidade de enfrentar problemas. Isto porque a participação é um processo recíproco, que gera efeitos positivos, tanto para o sujeito ativo que apóia, como para quem recebe o apoio comunitário, permitindo que ambos tenham maior sentido de controle sobre suas vidas. Este processo pode ser designado como apoio social³ e é um fenômeno importante, visto que exerce efeitos diretos sobre o indivíduo aumentando a capacidade deste em lidar com o estresse. Além disso, o apoio social pode, de uma forma geral, contribuir para a sensação de coerência da vida e controle sobre a mesma, influenciando a saúde do indivíduo de uma forma benéfica. Nesta perspectiva as conseqüências dos problemas sociais como desemprego e violência, por exemplo, não necessariamente afetam da mesma forma todas as pessoas neles envolvidas dependendo da existência ou não de uma rede de apoio social e do envolvimento comunitário deste indivíduo.

Para o autor a proposta do apoio social não pode ser considerada uma solução pontual para as questões de saúde, mas sim, o trampolim para rever a relação da saúde com as questões médicas, oferecendo a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e apoio mútuo e também oferecer a possibilidade de discutir-se a hegemonia médica na medida em que o indivíduo assume o controle de seu destino. Desta forma a proposta de apoio social busca compreender quais problemas de saúde tem soluções no âmbito da própria comunidade, bem

³ O apoio social pode ser definido como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. (VALLA, 1999).

como possibilita a socialização da concepção de autonomia do indivíduo quando este percebe que o ato médico não é o aspecto mais significativo de um sistema de saúde.

Assim, entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde e aumentam seus limites e possibilidades de atuação, requerendo desses trabalhadores novas habilidades (BRASIL, 2001a), que no nosso entender se vão da capacidade de atuar de maneira interdisciplinar até a capacidade de integrar-se à comunidade na qual trabalham, atuando como facilitadores no processo de conquista da cidadania, através da participação em saúde.

Isto porque, o processo saúde-doença é determinado por múltiplas causas e fatores relacionados às condições de vida da população. Portanto, é importante que haja a participação ativa de todos os setores como a administração do município, trabalhadores de saúde, comunidade e de outros atores sociais para a identificação de problemas e necessidades da comunidade e também para possibilitar a adoção de medidas concretas para melhoria da qualidade de vida das pessoas. Isto requer o aprofundamento das parcerias entre os diversos níveis de gestão do sistema de saúde e demais setores da administração pública e privada (DOMINGUES, 1998).

De acordo com Cantarino e Machado (1999) os desafios que se colocam neste modelo de atenção à saúde são muito grandes, pois se de um lado propõem a integração e a intersetorialidade, uma vez que o conhecimento da população favorece outras ações de governo e parcerias com a sociedade civil organizada; de outro, exerce papel importante na articulação de uma prática de governo, onde as políticas públicas sociais possam ser relacionadas com outras ações do governo. Constitui-se, portanto em tarefa complexa para os gestores e trabalhadores de saúde que têm que adequar a equidade a um contexto estruturalmente diversificado, bem como a integralidade frente a uma prática de ações isoladas e especializadas num sistema que se organiza pela oferta e não pela demanda e heterogeneidade geográfica, social e econômica.

O desafio que se impõe, tem no trabalho inter e multisetorial uma possibilidade geradora de mudanças significativas no perfil do modelo, pois permite através da descentralização que os municípios possam atuar na lógica da vinculação da clientela, da responsabilidade sanitária, assumindo a construção do sistema local de saúde, sem perder de vista a integralidade e a necessidade da participação em saúde.

Para tanto, é fundamental que o compromisso com a efetivação deste modelo, seja assumido não apenas nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), mas também com as pessoas sob a responsabilidade da equipe de Saúde da Família. Responsabilidade, que não se esgota no nível primário de atenção, mas deve percorrer todos os níveis do sistema.

As Equipes de Saúde da Família só poderão implementar serviços resolutivos e humanizados se houver o aprofundamento das parcerias entre os diversos níveis de gestão do sistema de saúde, bem como a introdução de atividades que efetivem iniciativas intersetoriais, gerando espaços para a participação ativa da população no processo de organização dos serviços e na definição das prioridades locais de saúde.

Outros desafios que se colocam à ESF, de acordo com Grisotti (1998), são relacionados, em primeiro lugar, ao perfil dos trabalhadores de saúde que em alguns casos mostram-se pouco motivados e comprometidos com o serviço público vendo-o como mais uma atividade e, em segundo lugar, com a população que em geral não compreende a estratégia e até a critica quando em alguns dias não é feito o atendimento em virtude de outras atividades como grupos, oficinas educativas e reuniões de planejamento da equipe.

Urge a necessidade de superar estes desafios buscando a efetivação real de todas as propostas da ESF. Acreditamos na importância da estratégia em virtude de seu potencial de constituir-se em um estímulo à organização comunitária e à autonomia das comunidades, visto ser o modelo proposto o da Promoção à Saúde. Este, como já dito, é baseado no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde. Assim sendo, acreditamos que à medida que as pessoas se dão conta que detém o controle das próprias vidas e de que ao organizarem-se adquirem, também, o poder de melhorar as condições de vida da comunidade em que vivem, se configurará um quadro de participação ativa dos usuários do serviço de saúde.

Além disso, a presença do trabalhador em saúde cotidianamente nas comunidades, atendendo aos moradores de áreas tradicionalmente desprovidas de equipamentos sociais urbanos, pode ser percebida como privilégio antes concedido apenas para as classes de alto poder aquisitivo e pode estimular as comunidades a adquirem uma maior mobilização, conquistando outros benefícios e ampliando os direitos dos quais se encontravam excluídas (SENNA; COHEN, 2002).

3.3.5 O Papel dos Trabalhadores de Saúde Frente à Participação

A incorporação da participação em saúde na ESF não se constitui uma tarefa simples e pode ser dificultada ou facilitada pela atuação da Equipe de Saúde da Família. É fato notório que o trabalhador de saúde tem, freqüentemente, papel fundamental no sentido de fomentar a participação. Este ponto não seria problemático se todos os trabalhadores, vinculados à ESF, tivessem o perfil e a qualificação adequados às exigências do programa. Isto, porém, não acontece e o que encontramos na prática são trabalhadores que não se identificam com os princípios do SUS, os pressupostos da ESF e muito menos com a comunidade na qual estão inseridos, sem possuir as competências necessárias para fomentar a participação.

Para a atuação na ESF é fundamental que a equipe entenda a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia. É necessário então compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores e a participação social.

A Estratégia de Saúde da Família tem como princípios a territorialização e adscrição da clientela, dentre outros. Assim, convivendo de maneira mais próxima à comunidade em que atuam, os trabalhadores de saúde podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência ao observar o cotidiano das pessoas, com base nas teorias e conceitos do SUS. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais dos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família são: planejamento das ações de saúde; promoção e vigilância à saúde; trabalho interdisciplinar e abordagem integral da família (BRASIL, 2001b).

Concordamos com Valla (1998), que a participação significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas populares e impulsionar as mudanças necessárias.

Acreditamos, porém, que se a Equipe de Saúde da Família não atuar de maneira a estimular a participação das pessoas corre-se o risco de manter a prática do modelo médico clínico centrado na doença que tem se mostrado incapaz de alcançar a complexidade do processo saúde/doença incluindo as várias dimensões - individual, social, econômica e cultural – que o permeiam.

A participação tem limites, ou seja, não existe uma panacéia participativa por meio da qual os problemas dos cidadãos excluídos do acesso aos serviços de saúde serão resolvidos.

Todavia a participação é uma possibilidade concreta mediante a qual podem ser criadas as condições necessárias para atingir a equidade pregada pelo SUS (JACOBI, 2000).

A importância do trabalhador em saúde no processo de participação é fundamental, principalmente no momento em que a comunidade faz um autodiagnóstico, ou seja, quando ela levanta seus problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades. Isto porquê existem conhecimentos técnicos na área da saúde aos quais a comunidade não tem acesso e somente o técnico poderá compor e vice-versa. Assim, cabe ao trabalhador de saúde propor e defender idéias participativamente, submetendo-as a crítica da comunidade, tendo sempre em mente que nenhuma idéia (seja proveniente do trabalhador em saúde ou da comunidade) pode ser tomada como palavra definitiva no que diz respeito à abordagem participativa da comunidade (DEMO, 1999).

Nenhuma atividade é meramente técnica ou politicamente neutra em uma sociedade desigual. Sendo assim, nenhuma categoria profissional pode deixar de assumir responsabilidades. Daí a importância da interação do trabalhador com a comunidade no sentido de fomentar e facilitar a participação comunitária. Neste contexto social uma postura não crítica do trabalhador de saúde configura-se como atitude de reforço e manutenção das desigualdades e da passividade. A participação em saúde não pode ser entendida apenas como mais uma variável na implementação de programas, nem tão pouco a mera presença das pessoas nas instituições, mas sim é a viabilização de um processo libertador de empoderamento que ocorrerá pelo conhecimento crítico da realidade, de forma a avaliar as circunstâncias que condicionam o nível e a qualidade desta participação (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 1992).

Acreditamos, em consenso com Wendhausen (2000), que para alcançarmos uma prática que reflita o efetivo empoderamento dos indivíduos é necessária uma (re) distribuição de poderes, o que colide com as estruturas e relações antidemocráticas de nosso cotidiano.

Concordamos com a autora que se, por um lado, a crescente compartimentalização do ser humano permitiu o avanço do conhecimento com relação ao corpo biológico e intervenções precisas neste âmbito, por outro lado, favoreceu uma assimetria das relações de poder entre trabalhadores/instituições de saúde e clientela, que levou a um distanciamento cada vez maior entre estes atores. Isto criou uma dependência e, por conseguinte uma subalternização cada vez maior dos indivíduos com relação ao setor de saúde o que implica em uma participação cada vez menor destes nas decisões acerca de sua saúde.

Tomando como exemplo o Estado verificamos que o poder se mascara de diversos significados como segurança, bem estar, saúde e assim se reforça a partir de uma série de instituições como a polícia, a família, o hospital, dentre outras. Isto ocorre porque para Foucault apud Wendhausen (2002) o poder funciona em rede de forma que seu exercício mais ínfimo encontra apoio em outros pontos da rede podendo se potencializar e reforçar outros poderes.

Para Foucault (1997 *apud* WENDHAUSEN, 2002) as relações humanas são permeadas de relações de poder e estas não se passam tão somente ao nível do direito e da violência, nem são basicamente contratuais ou unicamente repressivas, não estando restritas ao âmbito político-governamental ou a uma classe social dominante. As relações de poder são inerentes às relações humanas, algo que ao mesmo tempo as produz e as pode reverter, estando presentes em qualquer tipo de relação na qual se queira dirigir a conduta do outro.

O que define uma relação de poder é um modo de ação que não age sobre os outros, mas que age sobre a própria ação. Assim, uma relação de poder se articula entre dois elementos: um sujeito da ação e por conseqüência que se abra diante desta um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis. Nesta perspectiva poder não é violência nem consentimento apesar de estes poderem ser seus instrumentos ou efeitos (DREYFUS; RABINOW, 1995).

Para Foucault (1997 *apud* WENDHAUSEN, 2002) o poder não é algo tão somente negativo, proibitivo, que impõe limites e castiga como à primeira vista pode-se pensar. Para o autor a esta concepção negativa que identifica o poder com o Estado e o considera essencialmente como aparelho repressivo se opõe uma concepção positiva do poder que pretende dissociar os termos dominação e repressão. Esta dissociação ocorre em virtude da impossibilidade de uma relação de dominação se manter na medida em que é baseada apenas na repressão.

Concordamos com o autor que de fato o poder pode levar a dominação, porém este possui uma eficácia produtiva que suscita não o suplício ou a mutilação do ser humano, mas seu aprimoramento e adestramento. Esta afirmação acerca da positividade do poder pode ser confirmada na medida em que refletimos sobre as relações entre trabalhadores de saúde/instituições e usuários. Nestas relações o que observamos é que o exercício do poder não ocorre somente em busca de dominação ou repressão, mas buscando através do adestramento e disciplinamento do usuário (para comportamentos de higiene, por exemplo) que este adquira ou mantenha saúde.

Nesta relação o saber do trabalhador de saúde está circularmente ligado a um poder que o produz, apóia e reproduz. Assim o conhecimento que o trabalhador de saúde tem de aspectos bio-psico-sociais do processo saúde-doença confere a este a possibilidade de intervir positivamente neste processo reafirmando sua posição privilegiada em relação ao usuário de seu serviço tornando-o dependente. Para Wendhausen (2002) este poder que exerce o controle sobre indivíduos e populações faz com que toda a subjetividade em saúde fique de certa forma submetida a uma lógica absolutilizante que é a da medicina moderna.

Esta lógica é a da medicalização que já foi citada de passagem quando discorremos sobre democracia e participação, cuja discussão é oportuna neste momento.

Pela lógica da ciência moderna, segundo Luz (1988 *apud* WENDHAUSEN, 2002), o ser humano passa a ser visto como uma máquina animada para a qual torna-se necessário construir um sistema de verdades acerca dos males específicos que podem danificar ou destruir esta máquina. Ao nível do saber o efeito seria o de transformar as ações de saúde em um discurso que impõe um controle disciplinar sobre a doença. A partir deste controle é possível ao Estado exercer em nível macro-estrutural um controle amplo sobre os indivíduos que governa, por meio de um conjunto de verdades que compõem o saber.

Foucault (1993) afirma que este conjunto de verdades é somente possível graças a múltiplas coerções que ao mesmo tempo produzem discursos que acolhe e faz funcionar como verdadeiros mecanismos e instâncias que permitam distinguir enunciados verdadeiros de falsos. Assim, de acordo com Wendhausen (2002) este poder se legitima na medida em que o saber em saúde, no passado distribuído entre diversos elementos da população (curandeiros, boticários, mulheres, trabalhadores da saúde, dentre outros) se concentra apenas na figura do trabalhador de saúde e de instituições de saúde que se apropriam do saber como forma de manipulação dos indivíduos.

Esta verdade, segundo Foucault (1993) circula segundo cinco características: centralização no discurso científico e instituições que o produzem, está submetida a um constante estímulo econômico e político, é objeto de uma imensa difusão e um imenso consumo, é transmitida sob o controle (não exclusivo) dominante dos grandes aparelhos políticos ou econômicos e por fim é objeto de debates políticos e confronto social.

Neste sentido, de acordo com o autor, o intelectual (em nosso caso o trabalhador ou a instituição de saúde) é alguém que por seu saber está autorizado a dizer a verdade, ou seja,

exercer o poder. Uma consequência disso, segundo Wendhausen (2002), é que os efeitos dos discursos serão diferentes dependendo de quem fala, sua posição de poder ou contexto institucional no qual se encontra gerando uma assimetria nas relações de poder entre trabalhadores de saúde/instituições e usuários.

Podemos tomar como exemplo da situação acima descrita a forma como o saber popular dos usuários de serviços de saúde é desconsiderado e até mesmo combatido frente ao saber técnico e científico dos trabalhadores de saúde. Nesta situação, freqüentemente, o saber popular é desconsiderado tanto por trabalhadores de saúde/instituições, quanto por usuários já acostumados e submetidos à lógica da medicalização, sendo que isto ocorre de maneira sistemática, inflexível e não dialógica no dia a dia das unidades de saúde e comunidades.

Apesar do exposto, acreditamos que ao invés de abolir as relações de poder (o que seria impossível) existem possibilidades reais de se promover uma reconstrução destas relações entre trabalhadores de saúde e usuários de modo que se tornem mais simétricas.

Para Wendhausen (2000) podemos falar de uma simetria nas relações de poder entre trabalhadores e usuários na medida em que tomamos consciência da mobilidade e transitoriedade das relações de poder, bem como da necessidade de retorno a uma ética na qual um sujeito reflexivo poderia encarar as regras dos jogos do poder com maior flexibilidade e desvendar os caminhos que permitam a estas relações o mínimo possível de dominação.

De acordo com a autora e segundo o que Foucault chamou de *estética da existência*, esta ética pode ser considerada como a arte de viver estabelecendo uma relação sólida consigo mesmo de modo a tomar decisões pessoais, em oposição ao que o autor chamou de *fascismo*, ou renúncia às escolhas pessoais, deixando que outrem dite o que se deve fazer. Esta postura ética, reflexiva, poderia impedir que as relações de poder se fixem tornando-se algo permanente.

Acreditamos ser esta uma postura importante do trabalhador de saúde com relação a si próprio e com relação ao outro, que pode ser tanto um colega de trabalho como, ou principalmente, um usuário do serviço de saúde. Para tanto, o diálogo entre todos os atores seria condição indispensável para o estabelecimento de relações de poder sob esta nova ótica.

Ainda segundo Foucault (*apud* Wendhausen, 2000), a *estética da existência* possui algumas características importantes. Acreditamos que estas premissas deveriam ser exercitadas no cotidiano da assistência para que as relações de poder tornem-se mais simétricas e o saber socializado. São elas:

- Uma sensibilidade apurada para o que realmente importa, bem como uma capacidade de percepção e reflexão que vai além do domínio privado, ou seja, uma sensibilidade política a tudo que é intolerável ou inaceitável;
- Implica no desenvolvimento de uma capacidade de julgamento apoiada na sensibilidade em constante construção no curso das discussões e trocas contidas nos critérios de escolha.
- A escolha repousa na capacidade de julgamento resultante da comunicação e enfrentamento com os outros;
- Por fim, a *estética da existência* não consiste numa relação consigo mesmo, mas sim uma relação com o outro enquanto sujeito desta ética.

A partir desta nova ética o trabalhador de saúde estará apto a implementar processos sociais de mudança, não partindo mais do pressuposto de ser ele o único detentor do saber e por consequência do poder, mas assumindo uma postura mais dialógica na qual não há um indivíduo que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.

Aplicando esta lógica ao que propõe Briceño-Léon (1996) com relação ao processo educacional entre trabalhadores de saúde e usuários, percebemos que este não pode ser unidirecional, mas sim bidirecional, pois se ambos os grupos são igualmente detentores de saber, os dois devem dizer algo. Assim, ambas as partes geram um acordo de transformação mútua de seus próprios saberes. A educação se mostra então como um compromisso para transformar os saberes e o mundo.

Na atual conjuntura, infelizmente é difícil identificarmos posturas profissionais comprometidas com o diálogo como a descrita acima. Na prática o que frequentemente encontramos são posturas que fomentam relações assimétricas de poder, como as encontradas no trabalho de Pedrosa e Teles (2001) em seu estudo na cidade de Teresina (PI), que teve como objetivo principal identificar temáticas que promovessem consenso e divergências entre os diferentes trabalhadores componentes de uma equipe da ESF.

Dentre as conclusões desta pesquisa aparece a constatação de que os médicos e enfermeiros entrevistados entendem a ESF como voltada para a população pobre, as comunidades do interior e as populações dependentes dos serviços públicos, que apresentam problemas sociais. Para os autores isto pode decorrer do processo de formação desses trabalhadores, no qual a saúde coletiva historicamente tem sido identificada como campo de conhecimentos e intervenção, que

privilegia ignorantes, pobres, comunidades periféricas, vilas e favelas, bem como os grupos excluídos socialmente. Da mesma forma os agentes de saúde, na maioria das vezes líderes e participantes ativos de movimentos sociais, que inicialmente se identificam com a estratégia em decorrência de suas relações com a comunidade, ao se tornarem agentes de saúde, passam a se relacionar com a comunidade por meio de regras e das metas de produtividade. A partir daí, subordinam as habilidades apreendidas para resolver os problemas ao exercício da ação técnica como, por exemplo, verificar a pressão, fazer curativos, etc.

Pedrosa e Teles (2001) constataram que todos os entrevistados perceberam que o trabalho com comunidades é dinâmico, passando por uma fase inicial de desconfiança que evolui para participação efetiva. A relação da equipe com a comunidade é delimitada pelo confronto entre a representação idealizada da estratégia, como modelo de atenção básica, organizado, sistêmico, que prioriza ações de promoção e prevenção, e a comunidade, segmento de excluídos sociais, que apresenta precárias condições de vida e saúde e demanda consumo de serviços e ações, de maneira emergencial e imediata. Nesse confronto, para os médicos e as enfermeiras, a comunidade foi considerada um aglomerado amorfo, indistinguível, desorganizado, consumista de medicamentos e que apresenta hábitos não saudáveis, sendo sua intervenção necessária e imprescindível. Desta forma, em sua atuação, estes trabalhadores legitimam muito mais a reprodução de um saber medicalizado, que seu papel de sujeito social.

Outra constatação dos autores foi que os agentes de saúde atendiam às demandas segundo as normas da estratégia, e consideravam como espaço de liberdade e autonomia para sua prática apenas a elaboração de estratégias para suscitar a participação das pessoas em atividades como dramatizações e passeios, pois, na intermediação entre unidade de saúde e usuários, os agentes reproduziam comportamentos calcados em velhas concepções de favores e de facilitação dos trâmites burocráticos.

Assim, diante das constatações dos pesquisadores, as quais identificamos também em nossa realidade, entendemos como Jacobi (2002) que um dos desafios que se impõem na saúde é fazer com que os trabalhadores superem a desconfiança que têm em relação à participação popular e o medo de que com ela suas atividades sejam controladas ou fiscalizadas, tendo a população mais presente ao seu dia a dia. Como na fala de Demo (1999, p. 2) “... é preciso entender que a participação que dá certo traz problemas. Pois é este o seu sentido. Não se ocupa espaço de poder sem tira-lo de alguém”.

Como já dito, o trabalho de Pedrosa e Teles (2001) nos mostra relações assimétricas de poder entre trabalhadores de saúde e população e também uma visão pré-concebida dos trabalhadores que acreditam que a comunidade é pobre e ignorante e por isso não pode e nem sabe participar. Procedem da mesma maneira, os agentes comunitários de saúde que, ao alcançarem “status” de trabalhadores em saúde, relegam seu saber popular a um segundo plano, em relação ao saber técnico.

O grande equívoco dos trabalhadores de saúde é confundir diferenças culturais com falta de cultura e atuar desmerecendo o saber popular, acreditando ser o saber técnico a única possibilidade de melhorar as condições de vida de uma comunidade. O que, muitas vezes, foge a compreensão destes é que ao menosprezarem os traços culturais de uma comunidade jogam fora uma oportunidade real de diálogo, contato e motivação.

Concordamos com Demo (1999) quando afirma que não levar em conta a cultura comunitária é produzir uma iniciativa imperialista. A comunidade, ao sentir-se desconsiderada, reage não aderindo de maneira efetiva ao projeto. Para o autor a comunidade só reconhecerá como seu aquele projeto que, mesmo tendo vindo de fora, é capaz de revestir-se de traços culturais do grupo.

Na medida em que o trabalhador da ESF esteja realmente interessado em implementar mudanças no sentido de melhorar a saúde da comunidade em que trabalha, é preciso que ele compreenda que esta mudança deve partir de dentro da comunidade para fora e que isso somente será possível com a participação efetiva da população.

Segundo Valla (1998), para que os serviços de saúde contemplem as reais necessidades da população é preciso levar em conta obrigatoriamente o que as pessoas pensam sobre seus problemas e as soluções que espontaneamente buscam. Sendo assim, configura-se a necessidade de uma investigação envolvendo trabalhadores de saúde e comunidade de modo a descobrir a 'ponte' que permita chegar à construção do conhecimento de acordo com a história de vida e condições materiais de existência de cada participante.

Para este autor os trabalhadores da saúde, em sua maioria, de formação universitária e técnica costumam ter dificuldade em interpretar a fala e o fazer das classes populares de maneira apropriada. Este impasse relaciona-se com a dificuldade em aceitar que pessoas humildes sejam capazes de produzir conhecimento, de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, de

fazer uma interpretação capaz de contribuir para o trabalho dos trabalhadores de saúde com a comunidade.

Outro ponto problemático apontado pelo autor é o fato de muitos trabalhadores de saúde acreditarem que a iniciativa para a participação parte apenas deles e que a população falha neste aspecto. Assim, estes percebem a população como passiva e apática. O que freqüentemente para o trabalhador de saúde é conformismo, pode ser para a comunidade uma avaliação rigorosa dos limites de melhoria de sua vida. Nesse sentido, pode-se inferir que, embora haja trabalhadores de saúde preocupados em estimular a participação para que a população organize-se e reivindique seus direitos a serviços básicos de qualidade, na realidade a tradição dominante no Brasil é a do convite das autoridades para que a população tenha uma participação mais freqüente unicamente para solucionar problemas dos quais não dão conta.

Da mesma maneira, muitas propostas participativas podem na verdade constituir-se em expedientes para camuflar novas e sutis repressões. Isto porque a forma mais confortável de poder é aquele que se encobre por uma capa de participação. Como já dito anteriormente em virtude de seu saber os trabalhadores de saúde, políticos, intelectuais, professores ou pesquisadores detêm um certo poder. Se o processo de participação for coerente este poder é ameaçado, pois a distância social entre tais figuras e as camadas menos privilegiadas da população deverá diminuir (DEMO, 1999).

Nesta concepção está incluída a idéia de que a aceitação do convite a participar seria uma forma de legitimação dos governos. De maneira semelhante, embora muitos trabalhadores de saúde sejam sinceros na intenção de colaborar para uma participação mais efetiva e de acordo com os interesses populares, é possível a população encarar estes trabalhadores como sendo submissos às propostas das autoridades, nas quais freqüentemente não crê. Daí sua aparente falta de interesse em participar (VALLA, 1998).

Pelo exposto o fenômeno da participação não pode ser banalizado como sendo uma tendência natural, fácil e corriqueira. Participação é um processo de conquista sempre se fazendo e por isso mesmo não pode ser entendida como algo estático, pois é um processo infindável e em constante mudança (DEMO, 1999).

Para Senna e Cohen (2002), que relatam a experiência do Programa Médico de Família em Niterói, a aproximação da equipe com a comunidade acontece através de várias estratégias, que vão da abordagem diferenciada no cuidado individual ao incremento das reuniões com a

comunidade e dos trabalhos em grupo. A visita domiciliar é também uma estratégia importante de aproximação com a comunidade. É neste momento que a equipe básica interage com a família e percebe seus hábitos, suas crenças, a forma como se relaciona com familiares e vizinhos e os laços de solidariedade que os une. Também fazem parte da rotina das equipes as reuniões e práticas educativas participativas, que buscam introduzir, de forma sistêmica, o propósito de cumprir o papel social que cabe à saúde. Nestes encontros, a equipe básica, a supervisão e a associação de moradores se unem à comunidade para discussão dos problemas de saúde e avaliação do trabalho e da equipe. Para facilitar o acesso da população, estas reuniões são, geralmente, realizadas a noite. Vale ressaltar que, apesar de todas as estratégias apresentadas, o processo de participação no programa enfrenta uma série de dificuldades e conflitos, alguns dos quais inerentes à própria dinâmica dos atuais movimentos sociais e a uma cultura cívica e democrática ainda bastante frágil.

É importante perceber que na medida em que nos aproximamos da comunidade de uma maneira cuidadosa, respeitando as particularidades do grupo, não trazendo idéias preconcebidas, a comunidade tende a responder positivamente. Neste momento é importante que a equipe tenha a compreensão de que a participação é um mecanismo essencial na busca da cidadania que como já dito é constituída, fundamentalmente, por duas esferas básicas: direitos e responsabilidades. Neste sentido, para a busca da cidadania, é importante que a comunidade adquira a percepção de que tem direito a ter direitos.

Assim, entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde e aumentam seus limites e possibilidades de atuação, requerendo desses trabalhadores novas habilidades (BRASIL, 2001a) que, em nossa avaliação, vão desde a capacidade de atuar de maneira interdisciplinar até a capacidade de integrar-se à comunidade na qual trabalham atuando como facilitadores no processo de conquista da cidadania através da participação popular.

Por ser uma estratégia, a ESF tem metas e ações para contribuir com a melhoria das condições de vida e, conseqüentemente, do nível de saúde da população dentre elas a participação de toda a sociedade. Neste contexto é imprescindível que os trabalhadores que atuam na ESF compreendam a importância da participação em saúde, tendo em conta que os serviços de saúde não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.

É imprescindível também que as relações de poder entre trabalhadores de saúde e usuários tornem-se mais simétricas. Se por um lado ao trabalhador de saúde é conferido um certo grau de poder em virtude de seu saber com relação às questões de saúde, por outro lado ao usuário é conferido também poder, através da participação como cidadão em uma comunidade, região ou país; capaz de produzir mudanças significativas em sua realidade social. Desta forma mais do que se confrontarem estes dois poderes podem potencializar seu campo de ação na medida em que a colaboração sincera e ética entre trabalhadores de saúde e usuários pode proporcionar a ambos os grupos o alcance de seus objetivos. Para tanto, apontamos a participação como o caminho a ser seguido na busca de um maior equilíbrio das relações entre grupos com características tão diversas como os trabalhadores de saúde e os usuários.

Por fim, acreditamos que para que a ESF possa alcançar seus objetivos é necessário um aprofundamento das parcerias entre os diversos níveis de gestão do sistema de saúde e demais setores da administração pública e privada, bem como dos trabalhadores de saúde e da comunidade. Desta forma a ESF deixará de ser apenas uma alternativa bem intencionada de atuação, transformando-se na ferramenta necessária à melhoria da qualidade de vida e saúde das populações assistidas.

Capítulo 4

MARCO CONCEITUAL

4 MARCO CONCEITUAL

Para estabelecer um marco conceitual, visando subsidiar a intervenção com o grupo de trabalhadores de saúde que atuam na Equipe de Saúde da Família participante desta pesquisa, acreditamos que em um primeiro momento seja importante pensar sobre a questão do *ser humano*. Segundo Briceño-Léon (1996) para uma ação eficiente no campo da Educação em Saúde é preciso dar maior ênfase ao *ser humano* que é muitas vezes esquecido. Esta mudança de ótica, para o autor, implica em dois pressupostos: conhecer o *ser humano* e contar com o *ser humano*. Neste contexto, conhecer o *ser humano* implica em conhecer o indivíduo e suas circunstâncias, ou seja, suas crenças, hábitos, valores e condições materiais de existência.

O segundo pressuposto pode ser enunciado assim: ninguém pode cuidar da saúde do outro se ele não quiser fazer isso por si mesmo. Em outras palavras, os programas de saúde ou qualquer ação profissional não podem ser impostos a uma pessoa ou comunidade se esta não quiser. Este princípio reside no respeito ético à liberdade individual, porém vem de encontro ao princípio ético da proteção do outro, o que pode gerar polêmica. Em que pese este tipo de polêmica, contar com o *ser humano* significa aceitar o risco da liberdade do outro, pois este é um importante fundamento para a construção de uma sociedade democrática.

Diante destas postulações acreditamos que, pelo fato de tratar-se de uma pesquisa cuja temática envolve pessoas e suas relações, torna-se importante definir *ser humano*. Para tanto, buscamos fundamentos em Freire (1981) que entende o *ser humano* como um ser singular e inacabado sócio e culturalmente, capaz de relacionar-se com o mundo, com o outro e todas as circunstâncias que o envolvem.

Em suas relações o *ser humano* constitui famílias que, por sua vez, se inserem em uma *comunidade*. Esta pode ser definida como o conjunto de seres humanos que compartilham, mais do que de um território definido, algum grau de interdependência bem como, um sentimento de pertencimento e identificação com o conjunto (JOHNSON, 1997).

Nesta comunidade está a *família* que, segundo o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área de Saúde da Família (GAPEFam) é uma unidade constituída por pessoas que se percebem como *família*, convivendo num mesmo espaço/tempo como estrutura e organização, visando objetivos comuns na construção de uma história de vida. Seus membros estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Mantém uma identidade própria e o

direito de possuírem e transmitirem crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível socioeconômico. Tem direitos, responsabilidades e a possibilidade de interagir com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação de modo a promover meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de todos (PENNA, 1992).

Em nosso trabalho o *ser humano* é o indivíduo que constitui a equipe de saúde da família participante do estudo e da *familia/comunidade* alvo da ação desta equipe. Estes grupos possuem características culturais diversas e se relacionam em torno do processo de viver saudável/adoecer na busca do ideal saúde. A partir do exposto, podemos perceber a necessidade de trabalhar o significado de *cultura* visto que esta tem influência sobre as diferentes percepções que os seres humanos, famílias e comunidades podem ter de um mesmo objeto.

Para Demo (1999, p. 55) cultura, ao contrário de civilização, erudição ou refinamento de espírito, refere-se principalmente aos símbolos e valores que caracterizam o modo de ser de uma comunidade em um determinado contexto. Para o autor,

[...] cultura significa um produto tipicamente humano e social, no sentido da ativação das potencialidades e da criatividade de cada sociedade, com relação ao desenvolvimento de si mesma e ao relacionamento com o ambiente. É a marca do homem sobre a terra, principalmente na região simbólica, como capacidade de se criar e desdobrar em suas potencialidades próprias e como capacidade de interagir com circunstâncias externas dadas. Nisto está precisamente sua característica política, entendida como a capacidade de fazer a história.

Este conceito torna-se importante na medida em que se observa que a percepção e a vivência do homem em relação à saúde-doença é resultado do contexto histórico-cultural em que vive. Assim, o conceito que se tem de saúde depende do entendimento que o indivíduo, ou grupo de indivíduos, tem do *ser humano* e de sua relação com o meio ambiente. Como esta compreensão muda de uma cultura para outra e de um momento histórico para outro, as noções de saúde e de doença também mudam. Desta forma a conceituação do processo saúde-doença é condicionada pela capacidade intelectual do homem em cada contexto histórico e pelas suas condições concretas de existência.

Para o recorte feito neste trabalho com relação ao fenômeno *saúde*, recorreremos às afirmações de Kickbusch (1999) para quem *saúde* pode ser definida como a dimensão pela qual um indivíduo ou grupo pode, por um lado, realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, por outro, mudar ou enfrentar seu ambiente. Nesta ótica o conceito de saúde de Kickbusch (1999) é coerente com o conceito *promoção à saúde*, apresentado na Carta de Otawa (WHO,

1986). Nesta, *promoção à saúde* consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente.

Quando o conceito de *promoção à saúde* faz alusão ao maior controle dos indivíduos sobre suas vidas, percebemos que está intimamente relacionado à participação em saúde e ao *empoderamento*. Este, para Vasconcelos (2004), pode ser definido como o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à relações de opressão, discriminação e dominação social. Segundo Teixeira (2002), no contexto do empoderamento, o poder pode ser entendido como a habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção. Para o autor o entendimento mais comum de empoderamento na área da saúde deve ter uma conotação baseada não em um poder sobre o outro, mas em um poder compartilhado.

Para o *empoderamento*, segundo Freire (1981), é essencial o desenvolvimento de uma consciência crítica que leve ao entendimento de como as relações de poder na sociedade moldam as experiências e percepções de cada pessoa, além de identificar como cada indivíduo pode ter um papel importante dentro de um contexto social. Isto é particularmente importante em situações de desigualdade, nas quais os indivíduos internalizaram crenças sobre sua própria identidade e poder. O entendimento de como os membros de um grupo podem afetar as circunstâncias da vida, é crucial para identificar a falta de poder como uma fonte de problemas, no sentido de alcançar uma mudança social. Segundo o autor, para o desenvolvimento desta consciência crítica é necessário um *processo educativo*, não apenas no sentido de aumentar os níveis de informação do indivíduo, mas que seja transformador e leve à emancipação do usuário enquanto cidadão.

Segundo Briceño-Léon (1996), a educação não acontece somente nos programas educacionais formais, mas em toda ação sanitária. É importante que o educador/trabalhador em saúde tenha em mente que suas ações educativas devem sempre estar acompanhadas de realizações obtidas através do esforço do indivíduo para que este se sinta motivado para a mudança. Ademais, deve considerar o indivíduo com quem trabalha como repleto de conhecimentos que devem ser respeitados, bem como entender que não há um indivíduo que sabe e outro que não sabe, mas dois indivíduos que sabem coisas diferentes. Assim, na medida em que

ambos possuem conhecimento, o *processo educativo* pode ser definido, então, com sendo um processo de diálogo entre dois ou mais indivíduos que se comprometem mutuamente a se escutar e transformar-se. Ora, sendo então a educação um processo dialógico é por consequência um processo participativo, pois não existe diálogo sem participação. Neste sentido, para o autor, a educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas, além de fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva. Isso significa que a participação não deve significar a dissolução da responsabilidade individual. Pelo contrário deve estimular o interesse e o compromisso do indivíduo pelo bem estar coletivo.

Sendo a saúde-doença determinada pelas condições sócio-econômico-culturais, a busca de qualidade de vida implica na possibilidade de intervenção dos indivíduos e grupos por condições de vida mais saudáveis. Exige assim a *participação* de todos os atores envolvidos seja na prática profissional, ou em âmbito pessoal.

De acordo com Demo (1999) *participação* é um processo de conquista sempre se fazendo, e que por isso mesmo, não pode ser entendido como algo estático, pois é um processo infundável e em constante mudança. Não pode ser entendido 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. Da mesma forma a participação não pode ser imposta por um grupo social a outro, pois certamente a ninguém interessa uma liberdade doada, concedida ou imposta, mas sim aquela construída e conquistada pelo sujeito, pois só assim será verdadeira. Assim também é a *participação*. E isso fundamenta a dimensão básica da cidadania.

Neste trabalho a dimensão teórica que damos à *participação* faz referência a articulação (devido à sua semelhança) entre os conceitos propostos por Teixeira (2001) de participação cidadã e por Briceño-Léon (1998) de participação para a democracia. Para uma melhor compreensão deste conceito torna-se necessário buscar um entendimento de *sociedade civil*, *Estado e mercado*.

A *sociedade civil* representa a base social para o exercício da participação. Para Cohen e Arauto (1992 *apud* Teixeira 2001) a noção de *sociedade civil* compreenderia: a pluralidade (famílias, associações voluntárias), a publicidade (meios de comunicação e cultura), a privacidade (o domínio do autodesenvolvimento e da escolha moral) e a legalidade (leis e direitos). No entender dos autores a pluralidade indica a interação de estruturas legais, meios de comunicação e cultura, associações e movimentos sociais e indivíduos que se articulam nos

espaços públicos baseados em processos de diferenciação, integração e reprodução cultural. A publicidade implica na interação entre os atores de forma intersubjetiva, mediante a ação comunicativa no exercício de direitos, na exigência de transparência e na existência de espaços públicos, preservando-se a esfera da intimidade, da autonomia dos indivíduos e do reconhecimento ao outro. Com a legalidade estes componentes são demarcados na relação com o *Estado e mercado*.

O *Estado* é caracterizado por Gruppi (1980 *apud* Fleury, 1994) como o poder político que se exerce sobre um determinado território e um conjunto demográfico a partir de um governo unitário cujo poder se exerce com soberania plena em nome de uma nação.

O *mercado*, segundo Weber (1994 *apud* Reis, 2003), representa a coexistência e a seqüência de relações associativas racionais efêmeras entre estranhos. Assim, o mercado resulta de uma comunidade constituída das trocas dessa miríade de sociedades racionais, coetâneas e sucessivas.

Estas definições são importantes na medida em que entendemos a *participação* como o processo que se dá entre *sociedade civil*, *Estado e mercado*. A *sociedade civil* é fortalecida pela atuação organizada de indivíduos, grupos e associações tendo em perspectiva as esferas básicas da cidadania que são direitos e deveres. O *Estado* e o *mercado* exercem o controle social segundo parâmetros definidos e negociados nos espaços públicos entre as diferentes esferas, atores sociais e políticos. Neste contexto a participação pode ser vista como crítica ao poder, organização democrática e mecanismo de transformação social, pois tem como fundamento aumentar a confiança das pessoas em si mesmas, aumentar o sentido de responsabilidade que é inerente à democracia e finalmente aumentar os níveis de organização da população, contribuindo para o fortalecimento da democracia (BRICEÑO-LÉON, 1998; TEIXEIRA, 2001).

Na figura abaixo apresentamos um esquema gráfico que representa como entendemos inter-relação entre os conceitos abordados neste marco conceitual.

Figura 1: Esquema gráfico do marco conceitual.



Capítulo 5

METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

O presente estudo fez parte de um projeto integrado de pesquisa que envolveu quatro estudos (e quatro pesquisadoras) voltados à área da participação. Estes, por sua vez, foram inseridos em um projeto maior sobre participação em saúde, coordenado pela orientadora desta dissertação.

Foi uma pesquisa do tipo exploratória, com abordagem qualitativa, tendo como objeto investigar e, ao mesmo tempo, intervir na realidade com relação às concepções e práticas de participação em saúde dos trabalhadores de uma Equipe de Saúde da Família.

Dadas às características do objeto de pesquisa optamos por uma aproximação metodológica com a pesquisa participante, pois acreditamos que questões sociais, como é o caso da participação em saúde, devem ser refletidas dentro do contexto e da realidade na qual se inserem em virtude desta ser complexa e mutante. Além disso, entendemos que uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se ela também no processo. Para Rizzini, Castro e Sartor (1999) este tipo de pesquisa pode ser definido como um método ou uma estratégia de pesquisa concebida a partir dos problemas vividos pela população pesquisada com a participação dos grupos sociais diretamente envolvidos na problemática e no processo de conhecer e transformar a realidade. Este tipo de pesquisa se justifica, pois, de acordo com os autores, a possibilidade de compreensão e transformação de uma realidade passa pela interação entre os saberes de pesquisados e pesquisadores e de diferentes áreas do conhecimento. Assim, através do trabalho de campo o pesquisador investiga não somente os dados da realidade vivida, como a rede de relações que atravessa o grupo focalizado, mas também a percepção que estas pessoas têm de sua realidade, seus problemas e suas possibilidades de mudança. Nesta conjuntura a mudança objetivada é antes de tudo uma mudança de comportamento, em que os agentes (pesquisadores) abandonam a posição confortável de detentores do saber e os participantes (pesquisados) deixam sua posição reivindicatória e são chamados a ser co-autores e co-responsáveis pelo diagnóstico, planejamento de soluções para determinada situação problema, bem como análise dos resultados obtidos a partir das soluções implementadas, sendo um processo contínuo de paulatino ajustamento das propostas de pesquisa de acordo com as demandas existentes. O desenrolar desse processo significa aprender com a situação investigada, não somente por meio da observação, mas também com o trabalho que o pesquisador realiza com o

público alvo. Dessa forma, o respeito ao saber do outro e a abertura para a aquisição de novos conhecimentos são posturas indispensáveis e que devem ser adotadas.

Por esta ótica de análise, para os autores acima citados, a pesquisa participante objetiva produzir um conhecimento que possa ser um instrumento imediato para melhorar a vida das pessoas. Para isso a idéia básica é que o sujeito que vive a situação enfocada deve participar da construção da pesquisa e, neste processo, construir uma nova realidade a partir das reflexões originadas na pesquisa.

Tendo em mente estas reflexões partimos para a operacionalização da pesquisa que foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família de um município da região sul do Brasil, que tem como principais atividades econômicas a indústria, o comércio e o turismo.

Uma grande parte das informações abaixo foram obtidas no Plano Municipal de Saúde do município em questão, porém esta fonte não será citada nas referências bibliográficas de modo a manter o sigilo sobre o local da pesquisa.

Este município tem uma população de 261.868 habitantes e foi inicialmente colonizado por alemães e seguidos de italianos e poloneses, tendo incorporado principalmente a cultura alemã. Pode-se considerar que o município mostra uma condição sócio-econômica melhor que a realidade nacional, pois 79,7% da população está situada acima do nível da pobreza.

Em meados de 1994 foi assinado um convênio entre a prefeitura deste município e o Ministério da Saúde que marca o início das medidas objetivas para a implantação da ESF no município. O objetivo era a melhoria na qualidade de vida da população por meio de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Em julho de 1995 foram implantadas as duas primeiras equipes da estratégia no município, sendo que em outubro de 2001 o número de equipes chegou a 25, sendo atualmente 33 equipes.

A exemplo do que vêm acontecendo nos grandes centros e nas cidades de porte médio do país este município tem sofrido um processo acelerado de urbanização e industrialização. Isto gera uma grande concentração de capital e aumenta a oferta de empregos, o que determina a convergência de fluxos migratórios de mão de obra desqualificada ou semiqualficada para o município. Contudo, o nível de investimento em infra-estrutura não acompanhou o crescimento migratório, resultando na ocupação desordenada das encostas dos morros (áreas de preservação), fundos de vales sujeitos a enchentes e a invasão de áreas públicas. Estas famílias solucionaram

seu problema de moradia de maneira improvisada, porém sobrevivem com precárias condições de higiene e segurança. .

Os problemas sociais do município sede desta pesquisa são atribuídos basicamente aos fluxos migratórios que este, já por vários anos, vem recebendo. Isto faz com que o município já apresente bairros inteiros formados por populações de outras cidades e estados. É justamente em um destes bairros que está localizada a Unidade de Saúde da Família na qual foi realizada esta pesquisa.

Este bairro se localiza ao longo de uma subida de morro sendo, porém, o acesso fácil por meio de uma estrada asfaltada com vários pontos de ônibus em seu percurso. É rodeado por vários morros que, segundo placas nas proximidades da unidade, são áreas de preservação ambiental. Parece ter alguma infra-estrutura, apesar de podermos identificar moradias (principalmente as mais afastadas localizadas nas encostas do morro) em condições precárias.

A Unidade de Saúde da Família atende cerca de 1000 famílias e foi inaugurada em outubro de 2001, recebendo o nome em homenagem a um membro da comunidade já falecido que liderou a comunidade em um movimento que reivindicou que a Prefeitura Municipal criasse esta unidade sanitária.

O prédio da unidade é novo e a condição de infra-estrutura é muito boa. Internamente a unidade é dividida em vários ambientes sendo uma recepção e sala de espera, consultório odontológico, escovódromo (para escovação dental), sala de vacina, sala de curativos, sala de pré-consulta, consultório médico, sala de enfermagem, sala de reuniões, cozinha, lavanderia, espurgo e dois banheiros. A unidade fica localizada em uma rua asfaltada, ao lado de uma creche e escola de primeiro grau, tendo em frente uma igreja católica e o salão paroquial da igreja. Um fator que consideramos muito positivo para a comunidade é a existência de um conselho local de saúde no bairro do qual fazem parte alguns trabalhadores da unidade e membros da comunidade.

A escolha da Unidade de Saúde da Família em questão se deu, basicamente, pela receptividade e interesse da equipe para com a proposta. A população da pesquisa foi constituída pelos componentes da equipe (um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde⁴) que aceitaram por livre e espontânea vontade participar da mesma. Apresentamos no quadro 1 o perfil dos participantes:

⁴ A equipe era constituída inicialmente por 6 agentes comunitários de saúde, porém já no segundo encontro com o grupo, o sexto agente comunitário foi excluído da pesquisa em função de ter sido exonerado de seu cargo.

Quadro 1: Perfil dos trabalhadores da Equipe de Saúde da Família.

<i>Atividade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Tempo que trabalha na unidade</i>
<i>Enfermeira</i>	F	36	3º. Grau	2 anos e 6 meses
<i>Médico</i>	M	32	3º. Grau	11 meses
<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	F	42	2º. Grau	1 ano e 11 meses
<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	F	48	2º. Grau	2 anos e 7 meses
<i>Agente comunitário de Saúde</i>	F	37	2º. Grau (cursando auxiliar de enfermagem)	3 anos e 4 meses
<i>Agente comunitário de Saúde</i>	F	42	1º. Grau (cursando auxiliar de enfermagem)	2 anos e 4 meses
<i>Agente comunitário de Saúde</i>	F	37	1º. Grau	2 anos e 9 meses
<i>Agente comunitário de Saúde</i>	F	26	1º. Grau (cursando auxiliar de enfermagem)	3 anos e 4 meses
<i>Agente comunitário de Saúde</i>	F	42	1º. Grau (cursando 2º. Grau)	2 anos e 9 meses

Para possibilitar a aplicação da metodologia escolhida, durante o desenvolvimento da pesquisa, foram realizados 6 encontros com a equipe. A descrição detalhada do transcorrer e da metodologia dos encontros será feita no capítulo 6.

No primeiro encontro, para facilitar o processo de inserção da pesquisadora utilizou-se o que nomeamos de entrevista de sensibilização. Esta pode ser descrita como uma conversa informal buscando criar empatia e estabelecer um vínculo inicial (*rapport*) com os pesquisados. Esta entrevista foi feita com alguns trabalhadores da equipe nos momentos de descontração do primeiro encontro por meio de conversas entre a pesquisadora e um participante, muito semelhantes à conversas que ocorrem em eventos sociais, sem um roteiro ou tempo de duração pré-definido. Buscou-se abordar questões relacionadas a aspectos da realidade do entrevistado como, por exemplo: como era (ou estava) o trabalho na unidade de saúde, como era a relação entre os diferentes trabalhadores e com a comunidade, etc. Acreditamos que falar sobre algo que domina levou o pesquisado a sentir-se mais confiante para expressar suas opiniões na medida em que percebia interesse e não julgamento por parte da pesquisadora.

Para Triviños (1994), o estabelecimento de um *rapport* com o grupo pesquisado é fundamental para que se estabeleça um ambiente que permita a mais ampla expressão de naturalidade e espontaneidade no decorrer da pesquisa. Para isso é importante que o clima que se desenvolva seja de simpatia, confiança, harmonia entre o pesquisador e o pesquisado, pois assim o entrevistado tenderá a expressar suas opiniões com máxima profundidade sobre o fenômeno que é o objeto do estudo.

No segundo encontro foi realizado um grupo focal com todos os participantes da pesquisa, com o objetivo de gerar uma maior sensibilização destes com relação ao tema e, ao mesmo tempo, iniciar a coleta de dados verificando a percepção do grupo sobre a questão da participação em saúde.

Este é um método de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão. Para Minayo (1999), o grupo focal consiste em uma técnica de inegável importância para se tratar de questões de saúde, sob o ângulo do social, pois se presta ao estudo das representações e relações dos diferentes grupos de trabalhadores da área, dos vários processos de trabalho e também da população. Por este motivo, nesta pesquisa, o grupo focal foi operacionalizado, no segundo encontro, com todos os participantes e com a presença de um moderador ou facilitador (no caso a pesquisadora), que se concentrou em promover a participação tentando fazer com que todos os participantes se sentissem confortáveis e livres para a discussão do tema “participação em saúde”. Assim, o moderador teve como atribuições: focalizar e aprofundar a discussão, enfatizando ao grupo que não existiam respostas certas ou erradas; observar e encorajar os participantes para que se expressassem em sua individualidade e por fim buscar deixas de continuidade da discussão e da fala dos participantes aprofundando respostas e comentários destes considerados relevantes para a pesquisa. Além disso, coube ao moderador observar as comunicações não verbais e o ritmo próprio dos participantes. Para isso, tivemos o auxílio de uma observadora a quem coube a tarefa de observar o desenrolar do grupo de modo a captar informações complementares que pudessem ter escapado à percepção da moderadora.

Os instrumentos apresentados até o momento (entrevista de sensibilização e grupo focal) foram, simultaneamente, mecanismos de aproximação e de coleta de dados utilizados para aproximação e investigação da realidade na qual em um segundo momento da pesquisa, buscou-se intervir.

Durante a realização do grupo focal e em todos os encontros subsequentes a este, todas as discussões com os membros da equipe foram gravadas em fitas K7 e transcritas o mais brevemente o possível para posterior análise.

Após a realização do grupo focal procedeu-se a transcrição das falas dos participantes e organização de todo o material obtido. Este passo foi importante para a compreensão e operacionalização das informações colhidas no grupo focal, de modo a permitir uma análise

inicial destas e possibilitar o planejamento para a devolução sistemática dos dados ao grupo levando-o à discussão e reflexão. A devolutiva dos dados preliminares foi realizada no terceiro encontro no qual iniciou-se, também, o segundo momento da pesquisa, a intervenção.

Para esta etapa optamos por uma metodologia problematizadora baseada na proposta de Bordenave e Pereira (1982). Esta opção se deu por acreditarmos que a problematização supõe e/ou estimula no indivíduo o desenvolvimento de atitudes críticas e criativas em relação ao meio em que vive, mobilizando de forma intencional e sistematizada seu potencial de cidadão. Assim, a problematização surge dentro de uma visão libertadora voltada para a transformação social, cuja crença é a de que os sujeitos precisam instruir-se e conscientizar-se de seu papel, seus deveres e seus direitos na sociedade. Além disso, para Jara (1995 *apud* ACIOLI; CARVALHO, 1998), existe uma estreita correlação entre as pedagogias problematizadoras e trabalhos de pesquisa envolvendo a participação dos sujeitos de pesquisa. Estas são tentativas de se romper com o círculo vicioso em que as condições materiais de opressão, impotência e resignação mental se reforçam de tal maneira, que a dominação social e econômica é considerada simplesmente um fato normal e natural.

A metodologia problematizadora de Bordenave e Pereira (1982) é baseada em uma ação-reflexão sobre um determinado aspecto extraído da realidade cujas conseqüências deverão ser traduzidas em novas ações capazes de provocar transformação desta porção da realidade. Para operacionalizar esta metodologia os autores utilizam o arco proposto por Charlez Manguerez (figura 2) como caminho a ser seguido.



Figura 2: Arco de Manguerez

De acordo com o Arco de Manguerez as etapas da metodologia problematizadora de Bordenave e Pereira (1982) são: observação da realidade, determinação dos pontos chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Em nosso trabalho, a *observação da realidade* foi feita através da entrevista de sensibilização e do grupo focal realizados respectivamente no primeiro e segundo encontro. Em seguida procedemos, em conjunto com o grupo, a identificação dos *pontos chaves*, ou seja, os possíveis fatores e determinantes sociais relacionados à temática da pesquisa (participação em saúde) sobre os quais, ao longo do trabalho, aprofundamos a reflexão na busca por mudanças positivas na realidade. Estes foram determinados no terceiro encontro, a partir de um debate com o grupo acerca das informações levantadas até o momento. A característica mais importante deste encontro foi a de representar uma etapa de transição, ou seja, continuamos a fazer um diagnóstico da situação⁵ em virtude da discussão feita com base nos dados levantados no segundo encontro, porém nesta discussão já se procurou fazer reflexões críticas com relação à realidade levantada e assim eleger os *pontos chaves* que norteariam a próxima fase, a *teorização*.

Na teorização, buscamos compreender teoricamente os *pontos chaves* a partir da literatura, confrontada com a realidade dos participantes da pesquisa. O objetivo foi construir respostas mais elaboradas para as questões levantadas com relação à participação em saúde. Iniciamos esta fase no quarto encontro, perdurando até o quinto contato com o grupo. Nela os dados obtidos nos primeiros encontros, bem como os *pontos chaves*, foram discutidos exaustivamente com o grupo a partir de informações da literatura⁶ levadas pela pesquisadora que nos forneceram subsídios para que juntos, pesquisadora e pesquisados, pudéssemos encontrar e equacionar *hipóteses de solução* que pudessem ser aplicadas na busca de uma transformação positiva da realidade estudada.

A etapa final da metodologia de Bordenave e Pereira (1982) é a *aplicação à realidade* das hipóteses de solução propostas. Devido ao curto tempo para a realização da pesquisa não foi possível acompanhar esta etapa, contudo, no último encontro, procuramos questionar os participantes quanto à suas perspectivas a partir do trabalho realizado. Além disso, neste encontro

⁵ Com maior precisão tendo em vista não ser mais um contato inicial

⁶ Baseamo-nos em Alves; Arratia; Silva, (1996), Bastos; Peres; Ramires (2003), Brasil (1992), Brasil (1996), Bordenave (1987), Briceño-Léon (1996), Chiesa; Veríssimo (2003), Demo (1999), Goldbout (1983), Oliveira (2002), Trad; Bastos (1998) e Wendhausen (2002), dentre outros autores.

buscou-se realizar uma devolutiva dos resultados da pesquisa e, ao mesmo tempo, fazer uma avaliação do trabalho como um todo.

Todos os dados obtidos, no decorrer do processo, foram analisados a partir da Análise de Conteúdo, mais especificamente da Análise Temática proposta por Minayo (1999). Neste tipo de análise procuramos descobrir os núcleos de sentido que compuseram as falas dos participantes cuja presença ou frequência poderiam significar algo para a construção do conhecimento acerca do tema da pesquisa.

Esta escolha nos pareceu adequada, pois, do ponto de vista operacional, de acordo com Minayo (1999), a Análise de Conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, ou seja, aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso este tipo de análise equaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) nos enunciados, bem como articula o conteúdo textual com determinantes psicossociais e contexto cultural com o contexto e processo de produção da mensagem. As idéias e procedimentos metodológicos expressos deste ponto em diante são baseados nas propostas da autora acima citada.

No decorrer da pesquisa a análise dos dados se deu durante o processo de trabalho com o grupo e após o término dos encontros.

Durante o processo de trabalho com o grupo, após a transcrição de cada encontro, foi feita uma análise preliminar dos dados. O primeiro passo nessa etapa é a leitura flutuante, ou seja, leituras rápidas do material com o intuito de estabelecer um contato inicial com os documentos que seriam analisados fazendo com que nos impregnássemos pelo seu conteúdo.

Este momento correspondeu a um período de intuições no qual objetivou-se operacionalizar e sistematizar idéias geradas no caos inicial da pesquisa que nos conduziram ao planejamento dos encontros seguintes. Esta fase se revelou importante para a formulação das hipóteses e confirmação ou reformulação dos objetivos traçados inicialmente.

No decorrer desta fase de análise preliminar dos dados, concomitantemente aos encontros com o grupo, foi delimitado o *corpus* da pesquisa. Entendemos como *corpus* da pesquisa o conjunto de informações que compuseram a análise dos dados. Assim, para este estudo o *corpus* da pesquisa foi composto principalmente por todos os documentos obtidos, através de transcrição de material gravado das falas dos participantes do primeiro ao sexto encontro, mas também por observações de contexto feitas pela pesquisadora a cada encontro com todo o grupo ou com

qualquer um dos participantes. Buscamos dar coerência ao *corpus* do trabalho respeitando as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência citadas por Minayo (1999) em sua obra.

Após o encerramento dos encontros com o grupo, teve início a segunda etapa de análise dos dados. Nesta fase inicialmente foram determinadas: as unidades de registro (palavra-chave, frase, tema, diálogo ou acontecimento), unidades de contexto (delimitação do contexto de compreensão das unidades de registro) e a forma de categorização. No caso desta pesquisa cada encontro significou um contexto diferente.

Em seguida procedemos com a categorização dos dados. Para tanto, optamos pela construção de subcategorias relativas às categorias previamente determinadas nos objetivos da pesquisa que são: **Concepções de Participação, Práticas Participativas da Equipe, Fatores Limitantes e Fatores Facilitadores da Participação**. Ao longo do trabalho com a equipe foi construída uma nova categoria denominada **Importância da Participação**. As subcategorias relativas a cada categoria serão apresentadas no capítulo 6. Esta fase se consistiu essencialmente na separação, codificação, e agrupamento das unidades de registro em cada categoria e subcategoria. Esta fase é importante para a transformação dos dados brutos de modo a alcançar os núcleos de compreensão do texto.

A etapa final foi a de tratamento e interpretação dos resultados. Nesta fase, partindo dos conhecimentos obtidos nas fases anteriores, foi possível propor inferências e realizar as interpretações que, acreditamos, enriqueceram e clarearam o conhecimento acerca da temática da pesquisa de modo a responder positivamente aos objetivos propostos no estudo.

Tratando-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos acreditamos ser imprescindível considerarmos os princípios éticos. Por este motivo esta pesquisa, ainda em fase de projeto de pesquisa, foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, tendo sido aprovado em 19 de fevereiro de 2004 (anexo 1).

Para garantir os direitos dos informantes, tivemos alguns cuidados de modo a manter o bom relacionamento e confiança entre todos os participantes. Assim, um de nossos primeiros cuidados foi o de enviar, à Secretária de Saúde do município no qual a equipe participante deste trabalho atua, um ofício prestando esclarecimentos sobre a relevância e os objetivos da pesquisa, bem como solicitando autorização para a realização da mesma (apêndice 1). Além disso, foi realizada uma reunião, com os participantes da equipe com o intuito de informar aos mesmos as

características e finalidades da pesquisa e solicitar a todos a autorização, através de termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2), para a realização do trabalho deixando claro que o não consentimento para tal não implicaria em restrições ou prejuízos para nenhum dos indivíduos. Esta reunião foi considerada posteriormente para efeitos de metodologia de trabalho como sendo o primeiro encontro com o grupo e será descrita no capítulo 6. Outro cuidado foi com a preservação da identidade dos participantes. Para tal, optamos por codificar o nome de cada participante utilizando para cada trabalhador um determinado mês do ano, acrescido de um número que identificou a qual encontro pertence cada fala.

Para garantir a qualidade e confiabilidade de nossos resultados nos baseamos nas concepções de Lüdke e André (1986). Concordamos com os autores que os dados de uma pesquisa qualitativa devem mostrar um consenso sobre a veracidade do que foi pesquisado e relatado num certo momento da vida profissional dos pesquisados. Para tanto, adotamos certos procedimentos, tais como: deixar claro os critérios utilizados para selecionar os informantes e realizar os grupos; explicitar detalhadamente os métodos e procedimentos utilizados no decorrer do trabalho, deixando claro como foram obtidas as informações e explicitando os resultados; evitar a indução de respostas; manter um relacionamento pesquisador-pesquisado próximo, mas não íntimo; discutir com a orientadora e demais membros do grupo de pesquisa, a análise dos dados, a fim de retratar ao máximo a realidade estudada.

Acredito, que na medida de minhas possibilidades, assumindo possíveis falhas inerentes ao ser humano que durante toda sua existência é sempre um aprendiz, e guiada por um senso de responsabilidade, ética e respeito ao outro, obtive sucesso em respeitar os critérios de qualidade e confiabilidade acima descritos.

Capítulo 6

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Os Encontros com o Grupo

6.1.1 Primeiro Encontro: Apresentação da Proposta de Trabalho e Convite à Participação

A partir de um contato informal feito com a enfermeira da Unidade de Saúde que se mostrou receptiva à proposta de trabalho marcamos a primeira visita à U.S. Esta foi uma visita informal apenas para conhecer a unidade e conversar melhor com a enfermeira para a qual foi explicado sucintamente o teor do trabalho. Ficou combinado que caso os outros funcionários se mostrassem interessados em participar da pesquisa os encontros seriam realizados na sala de reuniões da unidade nos dias de reunião da equipe (quintas feiras à tarde a cada 15 dias) após a realização da mesma. Marcamos então o primeiro encontro que foi realizado no dia 23 de setembro de 2004 às 15:50 horas com a participação de 10 trabalhadores da equipe. Inicialmente neste encontro me apresentei falando um pouco sobre mim, minha profissão e o motivo de eu estar lá.

Manifestei então o desejo de conhecer os integrantes do grupo que prontamente foram se apresentando de uma forma bastante descontraída. Em seguida às apresentações expliquei sucintamente este projeto de pesquisa, li os objetivos do trabalho para então fazer o convite para que o grupo participasse.

Um dos participantes demonstrou curiosidade com relação ao trabalho questionando-me um pouco mais com relação à metodologia da pesquisa e se meu trabalho seria realizado apenas com o grupo ou com outras equipes da ESF. Esclareci a este trabalhador que esta pesquisa seria realizada apenas com a equipe dele e que isto seria suficiente, pois uma pesquisa qualitativa propõe um recorte de uma realidade em um determinado contexto e por este motivo não seria necessário trabalhar com mais de um grupo. Comentei, também, com o grupo que seriam realizadas mais 3 outras pesquisas com a mesma temática central desta, sendo que uma delas seria realizada com os membros usuários do Conselho Local de Saúde da comunidade na qual eles atuavam. Neste momento o grupo mostrou uma certa animação que me levou a crer que gostaram da idéia.

Um ponto ao qual dediquei especial atenção foi a questão ética. Deixei claro que a participação era voluntária e que a recusa em participar não implicaria em qualquer constrangimento ou ônus para a pessoa. Pedi permissão para gravar os encontros ressaltando que seria mantido o sigilo a respeito da identidade de cada participante e do grupo de forma coletiva. Por fim, comentei acerca do consentimento livre e esclarecido (apêndice 2) e distribuí os formulários que foram lidos e após a concordância de todos assinados e devolvidos.

Após a formalização do consentimento dos membros do grupo detive-me um pouco mais na Unidade de Saúde, conversando individualmente com alguns integrantes do grupo de modo a conhece-los melhor e assim estabelecer um *rapport* com o grupo.

Finalizando o encontro despedi-me do grupo que também já se preparava para deixar a unidade visto que o horário de fechamento da mesma se aproximava.

6.1.2 Segundo Encontro: Grupo Focal

Como combinado, realizamos este encontro em 07 de outubro de 2004, às 15:30 horas com a participação de 10 trabalhadores da equipe. Este seria efetivamente o primeiro encontro de trabalho para o qual planejei a realização de um grupo focal com o objetivo de captar dados da realidade vivida pelo grupo com relação à participação em saúde. A investigação da realidade é a primeira etapa da metodologia problematizadora proposta por de Bordenave e Pereira (1982).

Cheguei a Unidade de Saúde em torno de 15:00 horas, acompanhada de minha orientadora. Fomos muito bem recebidas pela equipe que solicitou que aguardássemos alguns minutos o término de sua reunião. Enquanto estávamos aguardando aproveitamos para conhecer um pouco mais as instalações da Unidade de Saúde.

Ao término da reunião da equipe fomos convidadas para a sala de reuniões da Unidade de Saúde. Uma sala com uma mesa oval grande, rodeada por várias cadeiras. Na parede mais próxima à porta havia um computador.

Apresentei minha orientadora e informei a todos que esta veio para conhecer a unidade e o grupo. Fomos então convidadas a nos sentar ao redor da mesa. Neste momento percebi que, em função do pequeno tamanho da sala e conseqüentemente da mesa, seria difícil que todos se sentassem de forma a ter uma boa visibilidade de todo o grupo. Como não existiria outro ambiente para o encontro, pedi a todos que se posicionassem da melhor forma possível para que

todos pudessem ver uns aos outros. O grupo mostrou-se bastante colaborativo, alegre e satisfeito com nossa presença.

Após as apresentações e um breve bate papo informal, pedi ao grupo permissão para começar a atividade planejada. Informei a todos que se tratava de um bate papo entre o grupo com relação ao tema participação e que seria importante que todos expressassem suas opiniões com a máxima liberdade e sem receio algum.

Iniciei a condução dos trabalhos propondo uma dinâmica inicial de apresentação. Para esta ofereci a cada participante papéis coloridos pedindo que cada um escrevesse de um lado seu nome e no verso 3 características suas que gostaria de dividir com o grupo. Depois de realizada a tarefa, pedi aos participantes que trocassem seu papel com o de um colega que tivesse a mesma cor. A partir da troca cada um deveria ler para o grupo as características do colega em questão. Propus-me a iniciar, sendo então seguida pelos participantes da pesquisa que um a um foram lendo as características escritas em seu papel. Concluída a leitura pedi a cada um que pegasse de volta o papel que escreveu e que aproveitasse o lado onde estava escrito seu nome usando-o como um crachá.

Como segunda dinâmica, foi proposto que uma das agentes de saúde quebrasse um palito de fósforo sendo que a mesma realizou esta tarefa sem maiores dificuldades. Em seguida pedi que a enfermeira quebrasse uma quantidade maior de palitos de fósforo de uma só vez. Esta tarefa foi realizada com um grau maior de dificuldade que a primeira. Como terceira tarefa pedi ao médico que quebrasse todos os palitos da caixa ao mesmo tempo. Neste momento, apesar de muitas tentativas e até da ajuda de outros participantes, não foi possível quebrar os palitos.

Ao término desta dinâmica procurei promover uma discussão com relação à vivência proporcionada pela mesma. Todos se mostravam muito à vontade e faziam muitas brincadeiras uns com os outros.

O objetivo com a primeira dinâmica foi o de aprofundar os laços com a equipe, além de tornar mais fácil a identificação das pessoas tendo em vista este ser apenas o segundo contato da pesquisadora com o grupo.

Na segunda dinâmica buscou-se fazer uma analogia entre a dificuldade de quebrar todos os palitos da caixa de fósforos juntos e a força que as pessoas adquirem na medida em que se tornam um grupo coeso e participativo.

Seguindo-se a realização das dinâmicas, demos início ao grupo focal propriamente dito. Para tanto utilizamos um roteiro previamente elaborado com os seguintes questionamentos:

- o que é participar?
- quando vocês sentem-se participando?
- o que você sente quando participa?
- quais as formas de participação que você identifica em sua comunidade?
- o que seria participar na área da saúde?
- na sua opinião como está acontecendo a participação em saúde nesta comunidade?
- quais as formas de participação em saúde que você identifica na sua comunidade?
- quais são os problemas desta participação?
- o que ajuda a participação?

É importante salientar que este roteiro serviu apenas como uma base de apoio, não tendo sido utilizado sob a forma de um questionário.

Durante o desenvolvimento do grupo focal um dos participantes chamou atenção de um colega que não parecia muito interessado na discussão e concentrava-se em preencher alguns mapas de produção. Este elemento justificou-se dizendo que tinha prazos e precisava preencher os mapas. Neste momento intervi dizendo que não haveria problemas que a pessoa continuasse a preencher os mapas e que se em algum momento esta pessoa desejasse, poderia participar da discussão fazendo algum comentário.

Finalizando a reunião, convidei a todos para um lanche planejado por mim e todos concordaram mostrando-se bastante satisfeitos com o encontro. Após esta confraternização marcamos o próximo encontro e em seguida despedimo-nos do grupo.

6.1.2.1 Reflexões Metodológicas

Durante a realização do grupo focal houve uma quantidade muito superior de falas de 3 indivíduos, sendo estas longas, e repetitivas. Percebemos que estes 3 participantes representavam uma forte liderança no grupo.

Com relação aos outros participantes, alguns fizeram breves comentários enquanto outros se abstiveram de falar. Esta situação nos preocupou muito naquele momento e pode ter

acontecido em virtude do pouco tempo que tivemos para estreitar os laços com o grupo e também em decorrência da pouca experiência da pesquisadora com a metodologia do grupo focal.

Além disso, percebemos que a prática do grupo pautava-se muito mais no senso comum do que em um senso crítico forjado pelo trinômio reflexão-ação-reflexão e também que faltava ao grupo a motivação necessária para uma reflexão crítica acerca de sua prática.

A partir desta situação percebemos que o grande desafio neste trabalho seria em primeiro lugar motivar o grupo para a reflexão crítica com relação à suas práticas e em segundo lugar fazer com que todos se sentissem livres e motivados a expressar suas opiniões.

6.1.3 Terceiro Encontro: Confirmação da Realidade e Pontos Chaves

O terceiro encontro realizou-se no dia 21 de outubro de 2004, das 15:30 horas às 16:30 horas na sala de reuniões da Unidade de Saúde, com a participação de 8 trabalhadores da equipe. Fui informada que um dos participantes não estava presente em virtude de uma reunião na Secretaria de Saúde e que o outro trabalhador ausente havido sido exonerado.

Este encontro representou, na Metodologia da Problematização de Bordenave e Pereira (1982), o momento de encontrar as possíveis problemáticas ou fatores determinantes relacionados à temática da pesquisa. Estes representariam o que os autores chamaram de *pontos chaves* a partir dos quais seria construído o trabalho.

Na Metodologia da Problematização os pontos chaves representam um passo importante na direção da teorização e discussão, pois estes pontos conduzem a reflexão para a busca de possibilidades de enfrentamento das situações diárias com as quais a equipe pode se deparar possibilitando, assim, o crescimento e aprendizagem do grupo.

Para tanto, é importante que os pontos chaves brotem de uma reflexão do grupo sobre sua realidade. Esta realidade foi apresentada à equipe na forma dos dados colhidos no encontro anterior e sistematizados pela pesquisadora para serem devolvidos ao grupo neste momento.

Para iniciar o encontro expliquei para a equipe que o objetivo deste era apresentar os dados obtidos na reunião anterior, confirmando-os com o grupo e a partir destes, encontrar pontos chaves sobre os quais seria importante refletir mais profundamente de modo a que pudessemos entender com maior clareza as questões relativas à participação em nosso dia a dia de trabalho na Unidade de Saúde. Esclareci a todos que o conhecimento da realidade que obtivemos a partir do encontro anterior, a confirmação destes dados neste momento, bem como a determinação de

pontos-chaves eram passos importantes a serem seguidos de acordo com a metodologia adotada na pesquisa.

Em seguida, com o objetivo de fazer um aquecimento inicial para a reunião, propus a realização de uma dinâmica na qual cada indivíduo deveria repetir a seguinte frase: Eu vou fazer uma viagem com o (dizer o nome do colega à sua direita) e levar (dizer o nome de um item que levaria para a viagem). Assim, cada um deveria acrescentar seu nome e um objeto à lista de seu colega da esquerda e passar a brincadeira para o colega da direita sucessivamente até chegar na pessoa que iniciou a brincadeira. Objetivei com esta dinâmica proporcionar um ambiente descontraído e fazer um aquecimento para o início do encontro.

Com a anuência de todos dividi o grupo em 3 equipes, sendo duas compostas por 3 trabalhadores e a terceira por duas pessoas. Busquei conduzir a divisão do grupo de modo que os 3 indivíduos que identifiquei como fortes lideranças na equipe ficassem no mesmo subgrupo. Isto em minha avaliação dificultaria que as lideranças do grupo dominassem o debate como no encontro anterior e oportunizaria que um número maior de participantes expressasse suas opiniões na medida em que cada grupo teria um tempo específico para falar.

Após a divisão dos subgrupos informei a todos que os dados seriam apresentados sob a forma de 3 quadros sintéticos (figuras 1, 2 e 3). Estes quadros foram elaborados a partir de falas dos próprios participantes. Estas falas foram escolhidas, pois entendíamos que sintetizavam as idéias expressas no encontro anterior. O agrupamento se deu segundo 3 questionamentos que acreditávamos, poderiam motivar a reflexão crítica nos subgrupos: Por que isso acontece? O que podemos concluir com isso? Como fazer com que isso aconteça ou melhore?

Figura 3: Recurso visual utilizado pela equipe 1.

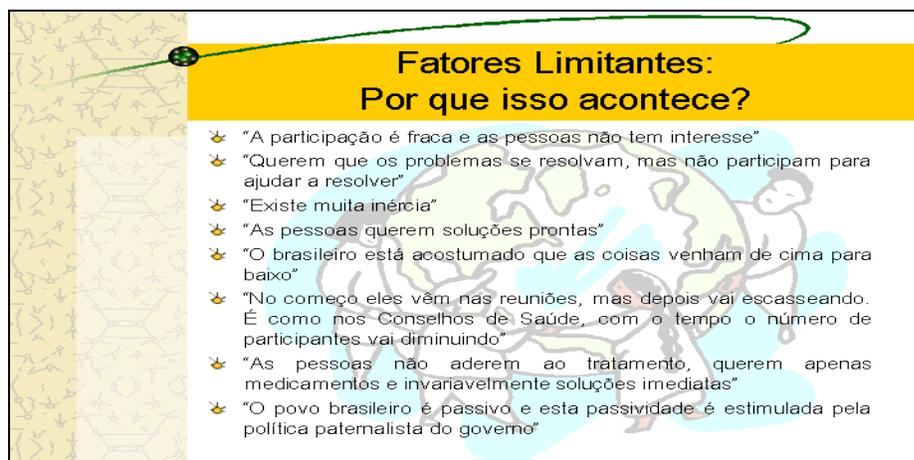


Figura 4: Recurso visual utilizado pela equipe 2.

Fatores Facilitadores:
O que podemos concluir com isso?

- ✦ "Atividades envolvendo jogo ou comida estimulam as pessoas a participar do que atividades de discussão porque as pessoas encaram as primeiras como atividades sociais e as discussões não parecem ter isso"
- ✦ "Outra coisa que teve aqui no bairro foi uma gincana e a participação foi enorme"
- ✦ "Às vezes os participantes do grupo ficam um pouco alheios a discussão, mas a partir do momento que a gente toca lá, na vidinha deles eles se interessam e perguntam"
- ✦ "Aqui já existe uma estrutura para a participação como os Conselhos Locais de Saúde e também o fato de o serviço de saúde buscar a participação"
- ✦ "A partir do momento em que a pessoa participa do grupo ela já tem essa conscientização e começa a mudar um pouquinho"
- ✦ "O difícil é fazer com que as pessoas venham aos encontros, mas quando vêm elas têm interesse. Sabem discutir e reivindicar"
- ✦ "O PSF é um gerador de mudanças"

Figura 5: Recurso visual utilizado pela equipe 3

O que temos – O que queremos:
Como fazer para que isso aconteça ou melhore?

- ✦ Temos reuniões das micro-áreas, grupos de caminhada, ginástica, vôlei e yoga; baile do idoso; grupos de hipertensos, gestantes e puericultura; gincana; grupo de cinema com pipoca.
- ✦ "As pessoas têm que ser co-responsáveis pela própria saúde e fazer a sua parte"
- ✦ "Eu acho que se a gente quer melhorar, tem que trabalhar individualmente, eu com os pacientes, a equipe com os grupos, as agentes aí fora, cada um na sua. A gente tem que fazer isso"
- ✦ "Eles não têm ideia da força enquanto comunidade que têm. É claro que a gente participando junto essa força vai ficar muito maior."
- ✦ "A participação é importante pela inserção social da pessoa e melhoraria muito a interação entre nós unidade de saúde e comunidade"
- ✦ "Com a participação seria mais fácil trabalhar com promoção e prevenção"

Numerei então as equipes de 1 a 3 distribuindo um quadro a cada uma e solicitei que durante 15 minutos fosse feita uma discussão sobre conteúdo do quadro avaliando se os dados apresentados representavam a opinião de todos. Pedi também que cada grupo buscasse possíveis pontos-chaves e fizesse novas colocações ou considerações caso achasse necessário.

Decorrido o tempo determinado para discussão entre as equipes perguntei a todos se poderíamos partir para a próxima etapa. Tendo a anuência do grupo pedi então para que cada equipe, iniciando pela de número 1, seguida pelas de número 2 e 3, fizesse uma exposição ao grande grupo do conteúdo de seu quadro, fazendo suas colocações.

Durante as colocações de cada equipe o grupo debateu ativamente os dados e conseqüentemente o tema participação.

A partir deste debate os participantes levantaram alguns questionamentos apontados por eles como sendo os pontos chaves.

Porque eles não participam(Maio/3)?

Porque com o tempo perderam o interesse pelas reuniões na associação e a participação vai diminuindo (Junho/3)?

Essa dificuldade de manter a participação. De quem é a culpa? A culpa é nossa? A culpa é do usuário(Dezembro/3)?

Se a gente for pensar bem a nossa vida é corrida e atribulada, mas a gente tem que questionar: Do que eu participo(Maio/3)?

Mas, eu não vou à reunião do condomínio do meu prédio. Eu penso assim: hoje estou cansada e eu vou nessa reunião de condomínio escutar abobrinha. Pra que participar, é tudo sempre a mesma coisa. Todo mundo fala, fala e não resolve nada. E a gente fica cobrando a participação deles. Será que eles não têm o mesmo pensamento que nós(Maio/3)?

Em seguida a estes questionamentos perguntei ao grupo se os dados que trouxe sistematizados nos 3 quadros refletiam a opinião de todos e também se eu poderia interpretar os pontos chaves como sendo: porque as pessoas não participam, porque participar e como motivar as pessoas para que participem. Todos responderam positivamente validando os dados apresentados e concordando com minha interpretação dos pontos chaves.

Relatei ao grupo que o próximo encontro seria uma nova fase na qual eu traria algum material teórico para que pudéssemos nos instrumentalizar na busca de soluções para os pontos chaves levantados. O grupo solicitou então que eu iniciasse esta nova fase buscando explicações para o porquê das pessoas não participarem e também como motiva-las à participação.

Para encerrar o encontro propus uma dinâmica na qual cada indivíduo deveria repetir a seguinte frase: Eu estou voltando de viagem e trouxe na bagagem (dizer o que a pessoa trouxe consigo ao final do encontro) e passar a brincadeira para o colega da direita sucessivamente até chegar na pessoa que iniciou a brincadeira. As palavras citadas foram: esperança, alegria, dúvidas, amizade, curiosidade, dentre outras em tom de brincadeira. Objetivei com esta dinâmica dar um fechamento para o encontro e se possível captar as impressões e sentimentos dos participantes ao final do encontro.

Finalizando a reunião, convidei a todos para o lanche planejado por mim e por outros integrantes do grupo que aproveitaram a ocasião para comemorar os aniversários de 3

trabalhadores da equipe. Após esta confraternização marcamos o próximo encontro e em seguida despedi-me do grupo.

6.1.3.1 Reflexões Metodológicas

Um fator muito positivo da metodologia de trabalho escolhida foi a discussão com base na realidade da equipe. Percebemos que discutir sobre as situações e problemas reais de seu dia a dia motivou a maioria dos participantes para a reflexão e com isso o questionamento de suas práticas.

A estratégia de dividir os participantes buscando concentrar as lideranças da equipe em apenas um subgrupo foi bastante produtiva. Isto fez com que a discussão fosse mais equilibrada em todos os subgrupos e também possibilitou a todos se colocarem na medida em que cada subgrupo tinha um espaço próprio para falar.

No discurso dos participantes percebemos um certo desencanto com o serviço público, bem como um ressentimento, principalmente com a comunidade a qual consideravam acomodada e conseqüentemente culpada pela maioria dos problemas enfrentados pela equipe. Essa condição se refletia na pouca disposição do grupo para buscar mudanças e melhorias, pois consideravam utópico o desejo de trabalhar em parceria com a comunidade.

Esta observação nos preocupou sobremaneira, pois percebemos que não seria fácil motivar o grupo para que refletisse suas práticas de uma maneira mais crítica e desprovida de preconceitos.

6.1.4 Quarto Encontro: Teorização

O quarto encontro foi marcado para o dia 04 de novembro de 2004, porém ao chegar na Unidade fiquei sabendo que devido ao fato de um dos integrantes da equipe ter sofrido um acidente e estar de licença para tratamento de saúde não haveria reunião e por isso não poderíamos realizar nosso encontro nesta data. Foi me informado que a participante estava bem e que a mesma retornaria ao trabalho em duas semanas. Aproveitei para deixar com os participantes da pesquisa um texto extraído do livro “Participação é Conquista” de Pedro Demo (1999, p.18-26) para que os mesmos pudessem ler e se instrumentalizar para a teorização. Em seguida agendei com um dos participantes o meu retorno que aconteceria na reunião seguinte.

Esta reunião aconteceu em 25 de novembro de 2004 e teve a participação de 8 trabalhadores da equipe. Novamente um participante não pode comparecer em virtude de compromissos na Secretaria de Saúde.

Neste dia cheguei à Unidade por volta das 15:00 horas e fui, como de costume, bem recebida. Conversei durante alguns minutos com a participante que havia sofrido o acidente e fiquei sabendo que a mesma estava bem e se recuperando.

Comentei com o grupo que o objetivo deste encontro era de juntos, buscarmos alguma teorização a respeito dos pontos chaves levantados no encontro anterior e que de acordo com a solicitação do próprio grupo a temática central seria “como motivar as pessoas para participar”. A partir desta teorização propus que tentássemos juntos descobrir o porquê das pessoas sentirem-se desmotivadas e não participarem.

Como material de apoio para este encontro elaborei uma apresentação sobre como motivar as pessoas para participar no “Microsoft PowerPoint” (apêndices 3 e 4) com base em autores como Briceño-Léon (1996); Demo (1999); Godbout (1983) e Oliveira (2002).

Em virtude da não existência de recursos como projetor de slide ou retroprojetor na Unidade de Saúde e também da falta de espaço para empregar estes instrumentos, optei por imprimir a apresentação fazendo uma cópia para cada participante do grupo.

Iniciei perguntando se alguém tinha lido o texto que deixei na data em que tivemos que cancelar o encontro. Apenas um participante sinalizou que havia iniciado a leitura, porém não terminara. Comentei que não haveria problemas quanto a este fato, pois buscaríamos abordar as questões do mesmo no encontro procurando discuti-las de uma maneira bastante prática. Distribui o material que havia trazido dizendo que este serviria como subsídio para a nossa discussão.

Para iniciar busco a definição de Demo (1999) que afirma que participação é conquista, não é fenômeno pré-existente não podendo ser doada ou imposta a outrem, pois é basicamente fenômeno de conquista; a participação pressupõe envolvimento e presença. Com esta definição procuro problematizar a questão da participação dos usuários no dia a dia da Unidade de Saúde, comentando que as respostas que procuramos para entender o porquê da dificuldade que sentimos em motivar a comunidade encontram-se nestas características da participação. Esta explanação provocou os seguintes comentários:

Eu acho bem interessante, mas isso leva a gente a pensar então que é muito mais difícil que a gente imaginava fazer com que as pessoas participem (Março/4).

E essa dificuldade acaba frustrando a gente (Novembro/4).

Continuei, lembrando ao grupo que não é fácil participar e que a participação assusta as pessoas. Para exemplificar relembrei a fala de um dos integrantes do grupo no terceiro encontro:

Pode ser que as pessoas pensem assim: participam no começo porque tudo é novo, daí elas até vão, mas então elas pensam: Opa! já estou me envolvendo muito e qualquer hora alguém já me arruma um cargo, então eu vou cair fora (Novembro/4).

Este exemplo provocou vários comentários sobre as vivências práticas do grupo e a partir deste debate, dentre outras, obtive a seguinte fala:

Realmente não é fácil Participar. Ontem eu participei da eleição da direção ali da escola, mas foi muito chato esperar o dia passar assim sentado. Realmente seria muito mais fácil se alguém estivesse lá para fazer isso por mim (Novembro/4).

O comentários do grupo nos remeteram a constatação prática de que não é fácil participar e que, portanto as pessoas necessitariam de uma motivação para que participassem.

Na busca por uma definição de motivação utilizei uma analogia com o termo *motivar* ilustrando que motivação seria dar motivos para alguém. Complementando utilizei a fala de Oliveira (2002) que relata que motivo é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma e dá origem a um comportamento específico. Esse impulso à ação pode ser provocado por estímulo externo, do ambiente, e pode também ser gerado nos processos mentais do indivíduo. A motivação é um processo que governa escolhas entre diferentes possibilidades de comportamento do indivíduo, que avalia as conseqüências de cada alternativa de ação e satisfação, que deve ser encarada como resultante de relações entre as expectativas que a pessoa desenvolve e os resultados esperados.

Busquei embasamento também em Briceño-Léon (1996) que afirma que a educação deve reforçar o modelo de conhecimento *esforço-recompensa*. Ou seja, a ação educativa deve estar acompanhada de realizações que se obtenham através de esforços e metas que o indivíduo possa cumprir. Assim, se o indivíduo participa e obtém realizações, reforça-se a idéia conectiva do esforço e realização. Ele aprende através de ações que pode fazer algo por sua própria saúde.

Partindo destas colocações, questioneei o grupo como isso se aplicaria à realidade da U. S. e obtive as seguintes falas:

Se a pessoa participa e não vê resultado dessa participação ela perde a motivação (Novembro/4).

Também se antes de participar a pessoa não percebe em que aquela participação pode ser boa para ela (Setembro/4).

Se a pessoa não acreditar que o esforço dela em participar vai ter uma recompensa ela vai se sentir desmotivada para participar (Junho/4).

É importante a gente mostrar como participar pode ajudar. As pessoas não vão se não se sentem motivadas (Novembro/4).

Continuando, citei Godbout (1983) que afirma que o fenômeno da participação reside na troca voluntária de mobilização por um certo poder. Assim as pessoas recebem um certo grau de poder e oferecem um grau de mobilização como retorno. Nesta relação cada participante tende a dar o mínimo e obter o máximo. Assim, se as pessoas participam pouco é porque retiram pouco do sistema. A partir desta afirmação obtive a seguinte fala:

Então a gente pode motivar as pessoas mostrando como elas podem ganhar se participarem (Novembro/4).

Relatei, citando Demo (1999), que não se pode interpretar uma sociedade desorganizada como indolente. Na verdade trata-se de um processo histórico de opressão que domesticou esta sociedade a seu gosto tornando, muitas vezes, o assistencialismo vital. Assim as pessoas já não sabem viver fora das tutelas que as cercam e assumem comportamentos de acordo com o que acreditam ser esperado por outrem. Neste contexto a participação pode quebrar este círculo vicioso de dominação-submissão.

Esta fala levou ao seguinte diálogo entre alguns participantes do grupo:

Isso é bem legal de lembrar. Tinha um morador que criticava, criticava a unidade, mas ele nunca tinha vindo aqui. Ele criticava porque ele ouvia muitas críticas. A partir do momento que um dia ele veio pro dentista e ficou observando enquanto esperava ele mudou de opinião (Maio/4).

Ele disse que não era nada do que o povo falava. Que ele viu que o pessoal era muito bem atendido e que o que falavam pra ele que atendiam mal, que os funcionários eram grossos e que tinha gente que saía daqui sem atendimento e ele viu que isso não era nada verdade (Setembro/4).

Ele participou do processo. Naquele momento ele fez a participação do processo de funcionamento da unidade (Maio/4).

E antes ele não participava. Ele antes ia na reunião da Associação de Moradores, e criticava sempre. Depois daquilo ele não criticou mais nada (Setembro/4).

Porque ele viu... Participou (Maio/4).

Continuando com o autor acima citado, afirmei que a consciência dos processos de dominação pode ser tão restrita ou coibida que a proposta de associação para a defesa de interesses específicos pode parecer estranha ou até tímida. Ao mesmo tempo emerge neste ponto a dificuldade de motivar os processos de participação por falta de uma organização mínima. Muitas necessidades não são ao menos sentidas como básicas. Isto porque em situações de

pobreza extrema pensa-se mais na sobrevivência imediata do que na necessidade de garanti-la como direito definitivo. Esta explanação provocou o seguinte comentário:

As pessoas só lutam quando vão tirar algum proveito próprio. Se é para melhorar pro bairro todo elas ficam esperando pelos outros. São muito individualistas (Junho/4).

Na tentativa de explicar um pouco melhor o que motiva as pessoas a apresentarem determinados comportamentos citei a teoria da pirâmide de necessidades de Maslow⁷.

Afirmi também, com base em Demo (1999), que o processo de conquista de um direito passa normalmente pelas fases de tomada de consciência de uma iniquidade, elaboração de uma proposta de enfrentamento desta e por fim a constatação da necessidade de organização para impulsionar a mudança.

Assim, é importante que o trabalhador de saúde tenha em mente que conscientizar a comunidade é apenas parte do processo de mudança. O trabalho quando se concentra somente na conscientização apenas desestimula a participação. É importante ter objetivos concretos (modelo esforço recompensa de Briceño-Léon, 1996). Seguiram-se então, vários comentários sobre as vivências práticas de todos. A seguinte fala sintetiza a opinião do grupo:

É como foi falado na outra reunião. Muitas vezes a gente mesmo não vai nem a reuniões de condomínio porque sabe que vão ficar falando, falando e não vai resolver nada. Assim, nada muda nunca (Dezembro/4).

Para finalizar abordei o tema identificação cultural e participação. Para Demo (1999) a cultura de uma comunidade significa a ativação das potencialidades e da criatividade de uma comunidade, ou seja, sua capacidade de interagir com as circunstâncias externas. É, pois, componente essencial do sentimento de comunidade o sentir-se membro de um determinado grupo e participar de um projeto de vida. Neste sentido a cultura comunitária é parceira da participação. Sendo assim, a identificação cultural apresenta talvez a motivação mais imediata

⁷ Em sua teoria o autor afirma que as atitudes do ser humano decorrem em virtude de suas necessidades. Assim, estas estão dispostas em níveis como em uma pirâmide, numa hierarquia de importância e influência. Nessa hierarquia os cinco níveis de necessidades são aqui listados de acordo com sua posição na pirâmide, da base para o topo: necessidades fisiológicas (alimento, sono, etc), necessidades de segurança, necessidades sociais (relacionamentos, participação), necessidades de estima (auto-estima, aprovação social) e necessidades de auto-realização. Para o autor somente quando as necessidades da base da pirâmide (fisiológicas e de segurança) estão razoavelmente satisfeitas é que as necessidades localizadas nos níveis mais elevados (sociais, estima e auto-realização) surgem no comportamento. Contudo quando a necessidade de nível mais baixo deixa de ser satisfeita ela volta a dominar o comportamento. Finalizando o autor acredita que nem todas as pessoas conseguem chegar ao topo da pirâmide de necessidades (OLIVEIRA, 2002).

para a participação. A comunidade somente reconhecerá como seu o projeto que mesmo tendo vindo de fora é capaz de revestir-se de traços culturais do grupo.

Em seguida, depois de perguntar a todos se alguém tinha mais alguma colocação a fazer, propus uma dinâmica. Para tal pedi que o grupo se dividisse em dois subgrupos e distribui para cada um deles papel pardo, revistas, tesouras, cola e pincel atômico. Solicitei que cada subgrupo elaborasse um cartaz. O grupo 1 deveria ilustrar com seu cartaz o que pode motivar e o subgrupo 2 ilustraria o que desmotiva as pessoas para a participação

Esta dinâmica proporcionou instantes prazerosos e de descontração. Percebi a satisfação de alguns integrantes do grupo em realizar a tarefa e também a colaboração mútua entre todos. Esta colaboração era evidente, pois quando um indivíduo encontrava alguma figura que pudesse auxiliar o outro subgrupo ele a recortava e a oferecia. Após a conclusão dos cartazes (figuras 4 e 5) estes foram estendidos na mesa lado a lado e um representante de cada subgrupo apresentou seu trabalho.

Figura 6: Cartaz elaborado pelo grupo 1 (o que motiva para a participação).



Em seu cartaz os integrantes do grupo 1 destacaram fatores como comida e lazer, bem estar e a apontam atividades educativas (nomeadas por eles como palestra) como fatores motivadores para a participação.

Figura 7: Cartaz elaborado pelo grupo 2 (o que desmotiva para a participação).



Pela interpretação do grupo fatores como a doença, a miséria, a violência, vícios, desemprego, desânimo e ainda pensar que sua participação não faz diferença são fatores que desmotivam as pessoas para que participem.

Após a exposição dos trabalhos de cada subgrupo encerramos o encontro, novamente, com uma confraternização e um lanche para todo o grupo.

6.1.4.1 Reflexões Metodológicas

Acreditamos que neste encontro fomos bem sucedidos em alcançar o objetivo de suscitar a reflexão do grupo. Este sucesso se deve basicamente a todas as discussões que tive com minha orientadora após a realização do terceiro encontro. Estas discussões foram importantes para nortear as reflexões nos momentos em que nos dedicamos a preparar este encontro.

Ainda assim, um questionamento frequentemente era se estávamos atuando de uma maneira participativa na maneira de conduzir as atividades nos encontros. Após este encontro, por exemplo, questionamo-nos até que ponto tivemos sucesso em suscitar um debate ou se não foi simplesmente uma aula expositiva de conteúdos. Esta reflexão norteou nossa decisão de no próximo encontro deixar a discussão um pouco mais livre e intervir menos durante as atividades.

A partir de leituras com relação ao tema participação e refletindo se estávamos ou não atuando de uma maneira participativa acreditamos que talvez esta postura crítica de nossas ações possa ser natural, positiva e até mesmo desejável para quem busca atuar de uma maneira participativa em seu dia a dia.

Com relação à dinâmica ao final do encontro percebemos que ao mesmo tempo em que alguns participantes sentiram-se bastante motivados, outros não sentiram a mesma motivação, esquivando-se de participar da mesma. Sendo assim, optamos por não mais utilizar dinâmicas de confecção de cartazes.

6.1.5 Quinto Encontro: Teorização

O quinto encontro realizou-se no dia 02 de dezembro de 2004, das 15:30 horas às 16:30 horas na sala de reuniões da Unidade de Saúde com a participação de todos os trabalhadores da equipe.

Neste encontro optamos por dar continuidade à teorização através de dois pequenos textos para leitura e discussão. O primeiro texto teve como título “O que é participação”, sendo baseado em Bordenave (1987) e o segundo texto teve como título “Porque participar” e foi baseado em autores como Alves; Arratia e Silva (1996), Bastos; Peres e Ramires (2003), Brasil (1992), Brasil (1996), Briceño-Léon (1996), Chiesa e Veríssimo (2003), Trad e Bastos (1998) e Wendhausen (2002).

A temática do primeiro texto (O que é participação) foi escolhida pela pesquisadora em conjunto com a orientadora do trabalho, a partir de nossas discussões preliminares dos resultados, em virtude de acreditamos ser importante naquele momento discutirmos com o grupo suas concepções de participação. O tema para o segundo texto (Porque participar) foi escolhido de acordo com os pontos-chaves eleitos pelos participantes do trabalho no terceiro encontro.

Ao iniciarmos o encontro expliquei aos participantes que havia trazido dois textos para leitura e discussão e por isso os participantes deveriam se dividir em dois grupos de 4 a 5 componentes cada. Após os grupos terem sido divididos entreguei a cada participante um texto pedindo que cada um fizesse inicialmente a leitura individual, para em seguida fazer uma reflexão e discussão sobre o texto em seu grupo e ao final o grupo dividir com todos os participantes o conteúdo de seu texto fazendo suas reflexões e apontando pontos para discussão de acordo com a realidade vivida pela equipe.

Combinei com o grupo um tempo de 10 minutos para a leitura dos textos, 15 minutos para a discussão nos grupos menores e 20 a 30 minutos para a discussão com todos. Assim, foram

iniciadas as leituras e na medida em cada participante ia concluindo sua leitura estes iam se reunindo em seu grupo e iniciando suas discussões.

Ao final do tempo estipulado para as discussões nos grupos menores solicitei que formássemos um círculo para então iniciarmos a socialização das idéias. Tendo sido feito o círculo, pedi ao grupo que ficou com o texto “O que é participação” que iniciasse a discussão. Contudo, este grupo se mostrou tímido sendo que o grupo que ficou com o texto “Porque participar” prontificou-se a iniciar a socialização. Sendo assim, apesar desta não ser a ordem que considerávamos ideal, iniciamos a discussão pelo segundo texto.

Em sua fala os membros deste grupo fizeram um breve relato do que se tratava o texto, fazendo algumas observações com relação à importância da participação e também a respeito da incorporação da participação em saúde na filosofia da ESF.

Para incitar ainda mais a discussão perguntei a todos, em primeiro lugar, o porque de na ESF ser tão falado sobre participação em saúde e, em segundo lugar, se eles enquanto equipe da ESF acreditavam que a filosofia da estratégia com relação à participação em saúde estava realmente sendo posta em prática ou ficava apenas no papel. Estes questionamentos aliados às informações do texto e principalmente às vivências práticas do grupo levaram o grupo a várias reflexões importantes. Podemos citar as falas abaixo como exemplo destas reflexões:

No texto fala que o PSF deveria ser um programa em que todos participam, mas não é um só que vai falar, cada um tem um jeito, cada um tem a sua opinião, todos participam, todos vão falar um pouco do que sabem e um pouco do que entendem e isso também é junto da comunidade. Ela vai participar, dar as idéias deles e eles vão passar o saber que eles sabem pra gente também (Dezembro/5).

Eu acho se as pessoas participassem mais seria melhor porque elas iam saber mais as nossas coisas e como funciona o posto. Eles iam dar as idéias deles também se eles participassem (Dezembro/5).

Seria melhor pra trabalhar se eles participassem (Novembro/5)

Ao final das reflexões deste grupo solicitei, então, que o grupo com o texto “O que é participação” fizesse suas colocações. Sentindo-se mais à vontade neste momento, tendo em vista as reflexões anteriores, o grupo iniciou a apresentação de seu texto.

Em sua fala os membros deste grupo também fizeram um breve relato do que se tratava o texto, fazendo algumas observações com relação à dinâmica da participação:

Eu acho que a pessoa tem que aprender a participar e pra isso acontecer ela precisa acreditar que é parte daquilo. Daí ela tem interesse em participar também (Novembro/5).

Eu achei legal aqui no texto que falou: “a prova de fogo da participação não é o quanto se toma parte, mas como se toma parte”. Então não é somente ir. É ir e fazer a diferença também (Setembro/5).

Buscando suscitar mais reflexões aproveitei o fato de uma das trabalhadoras da equipe ser filha de um antigo líder comunitário do bairro e perguntei a ela se poderia nos contar como a participação ocorria na época de seu pai e como ela comparava esta época com os dias de hoje.

Hoje tá muito mais difícil. Eu acompanhava o meu pai que ele era presidente da igreja aqui. Ele reunia as pessoas com facilidade pra ajudar. Fazia aqueles mutirões. Hoje em dia o meu marido é presidente da igreja aqui e pra conseguir 5, 6 pra ajudar é uma dificuldade (Setembro/5).

Questionei então ao grupo porque eles achavam que antigamente era mais fácil mobilizar a comunidade e nos dias de hoje era tão difícil. Obtive as seguintes explicações:

Na época do meu pai ele era o presidente da igreja e tinha umas obras que ele que fazia. Ele que coordenava. Agora quem manda é o padre, tem que fazer de acordo com o que o padre manda (Setembro/5).

Hoje em dia tem essa desmotivação. Porque na época do pai dela a população já sabia que se tinha uma reunião e ia começar alguma coisa logo já tinha o resultado. Isso já não acontece hoje. Tem reuniões que se fala, fala, fala e não se faz nada então as pessoas não vão (Julho/5).

A gente que trabalha aí, a gente vê que vão sempre as mesmas pessoas. Ninguém mais se interessa em querer ajudar (Setembro/5).

Estas colocações estimularam o grupo a fazer várias reflexões com relação aos **Fatores Limitantes e Facilitadores da Participação** o que enriqueceu ainda mais a discussão, fazendo com que extrapolássemos o tempo estabelecido para a discussão. Ao final das discussões, percebendo que o tempo já havia se esgotado, informei ao grupo que havia trazido uma dinâmica para fazer um fechamento das idéias, mas em virtude de termos extrapolado o tempo esta dinâmica deveria ficar para o próximo encontro, que seria o último. Fiz então uma breve recapitulação das idéias buscando dar um encerramento ao encontro. Em seguida fizemos nosso já habitual lanche de confraternização.

Neste momento a equipe me comunicou que nosso encontro marcado para o dia 16/12/2004 não poderia ser realizado, por causa de uma confraternização de fim de ano que aconteceria nesta data. Também não poderia ser adiantado, pois na semana anterior ao dia 16 de dezembro não haveria reunião da equipe. Desta forma, em virtude dos feriados de Natal, Ano Novo e férias da coordenadora da unidade, as reuniões da equipe voltariam a acontecer apenas a

partir de 20 de janeiro de 2005 o que nos obrigou a adiar o último encontro com o grupo para o dia 27 de janeiro de 2005.

6.1.5.1 Reflexões Metodológicas

Como citado anteriormente optamos, neste encontro, pela teorização a partir de textos que os participantes deveriam ler e em seguida discutir. Esta opção se deu em virtude de nossa decisão de conduzir menos a discussão deixando-a mais livre para o grupo e também devido ao fato de termos percebido que o trabalho com os cartazes, realizado na reunião anterior, não motivou alguns integrantes da equipe.

Já no início do encontro percebemos que esta não foi uma boa opção. Apesar de os textos serem bem simples e não muito longos (4 páginas cada um) percebemos de que alguns participantes não se motivaram para a leitura.

Neste ponto observamos um fato interessante. Os participantes que não se motivaram para a dinâmica com os cartazes no encontro anterior se interessaram pela leitura e, ao contrário, os participantes que se sentiram motivados com a dinâmica dos cartazes não se interessaram pela leitura. Acreditamos que este fato seja devido à heterogeneidade do grupo.

A partir da constatação inicial de que a leitura dos textos não motivaria determinados participantes para a reflexão buscamos fazer algumas intervenções durante a discussão trazendo as questões teóricas dos textos (o que é participar e porque participar) para o dia a dia do grupo. Esta estratégia foi bastante positiva e a partir dela conseguimos de um certo modo motivar o grupo para a discussão. Percebemos que os participantes sentiram-se mais à vontade e com isso se animaram de tal modo para o debate, que acabamos por ultrapassar o tempo inicialmente estipulado. Se isto por um lado foi positivo, pois o grupo estava motivado e esta motivação tornou o debate mais rico, por outro lado fez com que não pudéssemos aplicar a dinâmica que havíamos planejado para o encerramento do encontro.

6.1.6 Sexto Encontro: Fechamento das Idéias, Devolutiva dos Resultados Preliminares da Pesquisa e Avaliação do Trabalho

O sexto e último encontro realizou-se no dia 27 de janeiro de 2005, das 15:30 horas às 16:30 horas na sala de reuniões da Unidade de Saúde com a participação de todos os trabalhadores da equipe. Cheguei à Unidade de Saúde por volta das 15:00 e me detive um pouco em conversar com os participantes sobre as festas de final de ano, buscando retomar os laços com o grupo. Em seguida rememorei com os participantes os acontecimentos de nosso último encontro, lembrando que devido à demora deste não pudemos realizar a dinâmica que eu havia trazido naquele dia. Propus então que realizássemos esta dinâmica, também como uma forma de retomar algumas questões sobre o tema participação que seriam importantes para dar um encerramento ao trabalho.

Com a anuência de todos expliquei como seria a dinâmica. Esta consistia em montar um quebra-cabeça (figura 6) produzido especialmente com a temática da participação. Distribui para cada indivíduo algumas peças do quebra-cabeça e pedi ao grupo que o montasse. Percebi que todos os participantes se divertiram durante a realização desta tarefa que durou em torno de 15 minutos.

Figura 8: Quebra-cabeças montado



Durante a realização da tarefa os participantes mostraram uma série de comportamentos, por exemplo, alguns indivíduos assumiram a liderança coordenando a montagem enquanto outros

se sentiram desmotivados para a tarefa buscando evadir-se dela, outros buscaram novas peças para posicionar mesmo já tendo posicionado as suas, enquanto outros restringiram sua participação a apenas colocar suas as peças no local correto. Assim, a dinâmica do quebra-cabeça ilustrou a forma como ocorre a participação mostrando ao grupo de uma maneira lúdica que nem todas as pessoas participam da mesma maneira e estão motivadas para participar ao mesmo tempo. Cada pessoa participa de um modo diferente. Há pessoas tímidas e outras extrovertidas, umas gregárias e outras que gostam de certa solidão, umas que são líderes e outras que gostam de segui-los. Para Bordenave (1987) o sucesso da participação descansa em parte no aproveitamento da diversidade de carismas, sem exigir um comportamento uniforme e pouco natural das pessoas. Concluída a montagem do quebra-cabeça busquei com o grupo refletir acerca da vivência proporcionada pela dinâmica e de sua relação com o fenômeno da participação.

Em seguida, lembrei ao grupo que devido ao fato de esta ser uma pesquisa participante éramos todos pesquisadores e, portanto seria importante que o grupo ficasse a par de todos os resultados. Por este motivo, apresentei para a equipe os resultados preliminares da pesquisa (apêndice 5) buscando discutir estes resultados com todos, solicitando que o grupo fizesse suas considerações acerca dos resultados e emitisse suas opiniões sobre o trabalho implementado.

Todos mostraram contentes com os resultados da pesquisa concordando de uma maneira unânime que estes representavam a opinião do grupo. Tivemos também alguns relatos com relação importância do trabalho:

A gente percebeu que, no nosso dia a dia, a gente tem problemas com isso porque não consegue muitas vezes reverter o nosso trabalho pra que as pessoas possam participar (Julho/6).

Eu acho que deu pra mostrar também que nós queremos cobrar dos outros uma participação, mas nós não participamos também da comunidade (Maio/6).

A gente se colocou um pouquinho no lugar das pessoas e pensou que não é fácil mesmo (Novembro/6).

E saber que às vezes as pessoas não tão participando, não por um problema deles, mas que é a gente que não dá dando incentivo pras pessoas participarem (Julho/6).

As falas abaixo ilustram a opinião do grupo quanto a maneira com que o trabalho foi conduzido:

A nossa participação também foi escassa, porque também chegou uma hora que a gente tava achando cansativo (Maio/6).

Se a gente ficar sentado só ouvindo a gente acaba cansando. Eu achei mais legal quando teve uma dinâmica (Setembro/6).

Eu gostei do trabalho, mas eu gosto mais quando é participação assim ó pra se mexer, botar a mão na massa, como montar o quebra-cabeça. Não ficar parada (Novembro/6).

Foi interessante que alguns indivíduos do grupo transferiram estas sensações relatadas por colegas para a sua prática diária com a comunidade.

A gente tem que achar uma maneira de passar as informações pras pessoas aqui, dando um incentivo em termos de fazer eles participarem porque as pessoas sabem que é cansativo quando o profissional só fica falando (Julho/6).

Também buscamos saber dos participantes quais suas perspectivas a partir do trabalho que realizamos com o grupo. A fala abaixo confirmou a sensação que tínhamos desde o princípio do trabalho de que alguns integrantes do grupo sentem-se completamente desmotivados em sua prática diária:

Então eu tô pensando em pedir transferência pra outra unidade porque aqui com a população é difícil, você não consegue trabalhar. Porque se fosse uma realidade na qual eu estivesse tentando atingir uma meta difícil, mas se eu me empenhar com mais energia eu vou conseguir, tudo bem. Mas às vezes tu não tem mais energia. E você vai se empenhar pra que também, sendo que não vai dar em nada (Julho/6).

Por outro lado, muitos participantes se mostraram animados com percepção de novas possibilidades de trabalho e assumindo novas posturas como podemos observar na fala abaixo:

O que se abre pra gente agora é que as pessoas precisam participar e aí eles vão ver como vai funcionar melhor. E também que a gente tem que mudar o jeito de fazer até encontrar um jeito que estimule eles a participar (Novembro/6).

Ao final dos relatos, agradei a todos pelo acolhimento e apoio ao longo da pesquisa, me comprometendo em levar uma cópia da dissertação concluída para que todos pudessem estar a par de todas as discussões e reflexões feitas a partir dos encontros. Encerramos o encontro como já de costume, com um lanche levado por mim.

6.1.6.1 Reflexões Metodológicas

Logo no início do encontro percebemos que o prolongado intervalo de tempo entre o quinto encontro e este acabou por desmotivar o grupo para o trabalho. Assim, neste encontro os integrantes do grupo mostraram-se tímidos, o que nos trouxe uma certa dificuldade para

promover no grupo reflexões com relação a como foi o trabalho e quais as perspectivas a partir do encerramento da pesquisa.

Neste sentido a dinâmica do quebra-cabeça foi extremamente importante, pois descontraíu o grupo facilitando, desta forma, que retomássemos as discussões para podermos concluir o trabalho.

De um modo geral os participantes mostraram-se satisfeitos com a forma como foi conduzido o trabalho. Para os participantes as dinâmicas foram mais interessantes e geradoras de motivação do que as discussões em si que alguns participantes consideraram cansativas. Não nos surpreendemos com esta observação, pois durante os encontros percebíamos que alguns participantes mostravam-se cansados e, por vezes, desinteressados.

Este foi o ponto no qual sentimos maior dificuldade para trabalhar com a Metodologia da Problematização de Bordenave e Pereira (1982): a teorização. Como promover reflexões críticas fugindo do senso comum de maneira que não fosse cansativo para o grupo? Este era um dos questionamentos mais freqüentes que nos fazíamos durante o processo de trabalho com o grupo.

Acredito que talvez devêssemos ter utilizado mais dinâmicas, porém mesmo nos momentos em que houve dinâmicas estas não motivaram todos os trabalhadores da equipe. Nossa opção por buscar conteúdos da literatura se deu em virtude de não acreditarmos ser possível que o grupo refletisse de forma crítica a respeito da participação em saúde apenas com base em sua experiência profissional e sem um contato mínimo com alguns autores.

Um fator que dificultou sobremaneira a motivação da equipe foi a desilusão e o cansaço que observamos, principalmente das lideranças do grupo, com relação ao trabalho com a comunidade. Este fator dificultou não só o processo de motivação para a reflexão crítica de suas práticas, mas também a disposição dos participantes em buscar mudanças nas situações de seu dia a dia que consideravam problemáticas com relação à participação em saúde. Além disso, inicialmente para o grupo, a busca pela participação da comunidade representava apenas uma tarefa a mais no já tão atribulado dia a dia da equipe.

Ainda assim, acreditamos ter logrado sucesso com alguns trabalhadores em mediar algumas reflexões, não mais baseadas somente no senso comum, que ampliaram sua percepção com relação à realidade fazendo, com que ao final do trabalho a participação não fosse encarada apenas com mais uma tarefa, mas como uma possibilidade de formar parcerias com a comunidade e facilitar o trabalho da a equipe.

6.2 Discussão das Categorias do Estudo

A partir da coleta e análise preliminar dos dados após cada encontro foi possível construir as subcategorias relativas às categorias determinadas nos objetivos deste estudo. As quatro categorias previstas eram: **Concepções de Participação**, **Práticas Participativas**, **Fatores Limitantes** e **Fatores Facilitadores da Participação**. Como já dissemos, durante a categorização construímos uma nova categoria denominada **Importância da Participação**, que não estava prevista nos objetivos da pesquisa, mas que se fez necessária em virtude do trabalho com a equipe.

Nossa opção, neste momento, é fazer a apresentação dos resultados e concomitantemente a discussão dos mesmos de modo a facilitar a leitura e compreensão do texto. Optamos também por agrupar algumas categorias no momento da discussão. Assim agrupamos, para discussão, as categorias **Concepções de Participação** e **Práticas Participativas**, pois acreditamos que de alguma maneira as práticas expressam as concepções e as categorias **Fatores Limitantes** e **Fatores Facilitadores da Participação** haja vista a proximidade e complementaridade das mesmas.

6.2.1 Concepções de Participação e Práticas Participativas

As subcategorias obtidas nestas categorias são apresentadas nos quadros 2 e 3 em ordem decrescente de frequência em relação ao número de unidades de registro levantadas:

Quadro 2: Categoria 1 - Concepções de Participação.

<i>CATEGORIA</i>	<i>SUBCATEGORIAS</i>
<i>Concepções de participação</i>	<ul style="list-style-type: none">– Comparecer às reuniões propostas pela equipe de saúde– Discutir os problemas, fazer sugestões/intervir– Participar do próprio tratamento de saúde– Fenômeno lento– Fazer perguntas nos grupos– Exercer o direito do voto

Quadro 3: Categoria 2 - Práticas Participativas.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
<i>Práticas participativas</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Grupos, atividades educativas, físicas e recreativas – Convidando para reuniões – Utilizando o conselho local como estratégia na busca de mais participação – Negociação de participação por direitos

Ao analisarmos as concepções e práticas dos participantes da pesquisa constatamos que uma de suas **Concepções de Participação** está ligada à *Comparecer às Reuniões, Atividades e Programas Propostos pela Equipe*. Ligando esta concepção às **Práticas Participativas** da equipe, identificamos como prática mais freqüente o ato de *Convidar para Reuniões* e a realização de *Grupos, Atividades Educativas, Físicas e Recreativas*. Estas concepções e práticas são bem exemplificadas nas falas a seguir:

Eu acho que participar é participar das reuniões (Novembro/2).

Temos também grupo de caminhada (Novembro/2).

Mesmo a gente convidando várias vezes a participação é pouca (Maio/2).

Eu não acho que a participação ta acontecendo aqui. Ta acontecendo como? Com 3 ou 4 gatos pingados nas reuniões? (Outubro/3).

A gente faz o convite, entrega e depois vai na casa deles pra convidar de novo e eles ainda assim não aparecem (Novembro/3).

Carvalho (1995) entende que a aceitação de programas oficiais ou a cooperação com o Estado também se constituem como formas de participação, sendo esta freqüentemente vista como condição para o trabalho conjunto entre a comunidade e os trabalhadores de saúde de modo a aumentar a resolutividade do serviço.

Segundo o autor esta concepção tem sua gênese no início do século passado nos Estados Unidos e toma forma nas propostas da medicina comunitária que chegam ao Brasil com maior força em meados da década de 70 como uma alternativa para a extensão da assistência médica no país. Nesse tipo de atuação a população deixa de ser alvo inerte de uma ação controladora e normativa no campo sanitário (um bom exemplo deste tipo de atuação foi a política do “sanitarismo campanhista”) e passa a ser chamada a cumprir um papel minimamente ativo e consciente na busca do ideal saúde. Mantém-se a população como alvo de cuidados de saúde, porém com a agregação da idéia de que sem a colaboração ou compreensão das pessoas a efetividade das ações fica comprometida.

Nesse tipo de atuação, a cooperação das pessoas pode freqüentemente representar, para trabalhadores de saúde e gestores, uma forma de aproveitamento e exploração do trabalho das populações nas ações sanitárias (CARVALHO, 1995).

Nesta concepção ainda está incluída a noção, já discutida na Revisão da Literatura, de que a aceitação do convite a participar seria principalmente uma forma de legitimação do serviço e não a representação da vontade da comunidade. Concordamos com Teixeira (2001) que um fenômeno complexo como a participação, não pode ser reduzido a um ato episódico como uma reunião, mesmo quando este aparentemente possa ter efeito decisório.

Outra reflexão importante é a de Kleba (2005) que afirma que a institucionalização de iniciativas como grupos de auto-ajuda, associações de pacientes, dentre outras, pode levar a conversão destas em parte do catálogo de serviços ofertados à população pelas instituições de saúde, as quais limitariam a atuação destas iniciativas conforme interesses próprios. Além disso, Sachs-Pfeiffer (1989 *apud* KLEBA, 2005) alerta que a participação enquanto a aceitação de programas oficiais ou a cooperação com o Estado pode resultar em dependência e acomodação dos cidadãos às normas e estruturas estatais desencadeando o silêncio e a subordinação de organizações supostamente participativas, tornando-as incapazes de lutar por interesses que se contraponham aos do grupo que está no poder. Esta “acomodação” identificada pelo grupo como um dos **Fatores Limitantes para a Participação** (categoria a ser discutida mais adiante) é constatada pelos trabalhadores da equipe que se ressentem deste fenômeno:

As pessoas tão acostumadas não a fazerem algo por si mesmas, mas a esperarem por tudo: saúde, remédio, hospital; tudo é gratuito, tudo tem que vir nas nossas mãos (Março/2).

É importante citar que a concepção de participação como sendo *Comparecer às Reuniões, Atividades e Programas Propostos pela Equipe* não foi compartilhada por todos. Assim, encontramos também uma concepção de participação como *Fazer Perguntas nos Grupos* o que, em nossa avaliação, também reflete uma concepção de aceitação àquilo que é proposto, porém já mostra um certo amadurecimento com relação ao que de fato seja participação.

Falta aos trabalhadores da equipe a percepção de que a participação não está unicamente ligada à área da saúde e não consiste somente em tomar parte, de maneira passiva ou minimamente ativa, das atividades promovidas pela equipe de saúde, mas na intervenção ativa para a construção de uma sociedade, sendo isso feito não somente através de atividades sociais

em vários níveis, mas principalmente através da tomada de decisões. Neste contexto, para Bordenave (1987), a participação tem um caráter de processo coletivo transformador, às vezes contestatório, no qual os setores marginalizados se incorporam à vida social por direito próprio, não como convidados, mas conquistando uma presença ativa e decisória nos processos de produção, distribuição, consumo, vida política e criação cultural.

Nesta mesma linha de pensamento Demo (1999) afirma que participação é conquista e por isso pressupõe compromisso, envolvimento e presença. O autor explica esta afirmação lembrando que nossa organização social é repleta de relações de poder, sendo peculiar ao fenômeno do poder que haja um lado minoritário que comande, e outro majoritário que seja comandado. Sendo assim, não podemos pensar que é pré-existente um espaço onde predomine de forma natural a participação. Um espaço assim, não é pré-existente, mas conquistado.

Acreditamos que falte aos trabalhadores da equipe, em virtude de sua concepção de participação como sendo *Comparecer às Reuniões, Atividades e Programas Propostos pela Equipe*, o entendimento de participação como conquista e não como algo pré-existente.

Este entendimento é importante para que os trabalhadores de saúde possam vislumbrar possibilidades concretas de fomentar a participação na medida em que percebem como Demo (1999) que participar requer das pessoas a capacidade de assumir sua condição de sujeito perante o Estado, sendo que este deve ser visto não como condutor ou dono do processo, mas como instrumento para a promoção do desenvolvimento humano e social.

Entendemos que a existência de espaços como estes é positiva, pois é dentro deles que podem ser construídas várias formas de participar, porém eles normalmente são usados de forma prescritiva na qual o trabalhador de saúde pré determina o que vai acontecer neles antes de qualquer contato com a comunidade (um exemplo é a palestra). Observamos que a equipe entende a importância destes espaços, mas acaba por desperdiçá-los como espaços educativos para a participação, pois não consegue ver sua potencialidade.

Para realizar a participação é preciso encarar o poder de frente, partir dele para então abrir os espaços participativos, numa construção lenta e árdua destes espaços de modo a que também não se recue no que já se conquistou (DEMO, 1999). Os trabalhadores participantes da pesquisa compartilham desta percepção de que a participação é um *Fenômeno Lento*.

É uma revolução. É uma mudança que com o tempo só vai acontecer. Não tem como a gente achar que a população, porque a gente está aqui uns 3 anos e fez 2 ou 3 reuniões, já vai participar. Isso é devagar (Julho/2).

A participação popular é uma construção (Dezembro/3).

É lento porque é educação, é formação, acontece no ato de participar. Continuando, ainda segundo Demo (1999), a participação não é a ausência, superação ou eliminação do poder, mas outra forma de poder. Um poder de parceria, de decidir junto, ao invés do poder do domínio de um grupo sobre outro.

Outra concepção dos trabalhadores da equipe, também encontrada neste trabalho, que de certo modo complementa a concepção de participação como *Comparecer às Reuniões, Atividades e Programas Propostos pela Equipe de Saúde* foi a de participação como sendo *Participar do Próprio Tratamento de Saúde* e pode ser exemplificada na fala a seguir:

Quando alguém diz que é função dos agentes de saúde levar agendado os exames de preventivo eu respondo que não é a função deles. O usuário é que tem que vir aqui agendar. Afinal de contas eles têm que participar desse processo (Maio/2).

Esta fala nos remete a constatação de uma crença que permeia o contexto da assistência médica no Brasil, bem como das populações carentes de que “o pobre tem que sofrer” e tudo para as classes menos favorecidas têm que ser “mais difícil”. Essa crença advém de uma cultura repleta de conformismo (“é assim mesmo”) da sociedade, marcada por desigualdade e exclusão, bem como da concepção de que as camadas mais carentes da população têm que se submeter ao controle de agentes externos, neste caso, os trabalhadores de saúde.

Esta concepção decorre de outra crença que freqüentemente se tem no setor saúde. A de que a população mais carente é destituída de saberes ou racionalidades e por isso tem que se submeter às imposições e normatizações daqueles que se acreditam imbuídos do o único saber válido no que se refere à saúde da comunidade: os trabalhadores de saúde. Esta situação pode ser ilustrada no discurso abaixo:

Eu atuo assim: o paciente voltou pra mim um mês depois da primeira visita eu pergunto “você parou de tomar leite?” “você parou de tomar líquidos na refeição?”. “Eu não vou te prescrever remédio agora e você vai voltar o mês que vem até você entrar no eixo”. Esse é o jeito que você tem de às vezes de fazer a pessoa se tocar que é o responsável pela própria saúde. Eu ajudo dando um remedinho ou outro, mas logo eu vou tirar também (Julho/2).

Podemos fazer uma crítica a esta postura aproveitando-nos da fala de Campos (2000) com relação à atual ênfase da saúde pública em combater determinados estilos de vida. O autor afirma que esta não deixa de ser uma forma moralista e normativa de abordagem, pois entende que é um direito inalienável do indivíduo escolher entre longevidade e prazer.

Observamos nas falas dos participantes a manifestação de condutas impositivas e normativas que ilustram a reflexão sobre as relações de poder entre usuários e trabalhadores de saúde, feita o capítulo de Revisão de Literatura desta pesquisa. Frequentemente o trabalhador de saúde justifica este tipo de conduta dizendo que as regras e normas que impõe “são para o bem do paciente”. Porém esta forma de atuação contribui unicamente para tornar o usuário cada vez mais dócil e submisso às decisões dos trabalhadores de saúde e menos confiante em si. São relações assimétricas de poder que promovem, não o “bem do paciente”, mas a perda da criticidade e autonomia deste em gerir sua vida. Submetido desta forma ao controle do trabalhador de saúde o paciente acomoda-se em uma posição, que de uma certa forma é também cômoda, tornando-se cada vez mais dependente de ações médicas e acreditando que somente por intermédio do trabalhador poderá obter saúde.

Contudo, sabemos que uma prática de saúde normativa, baseada em recomendações higiênicas do ponto de vista biologicista e higiênico-preventivista é insuficiente para dar total resolução à problemática com a qual o trabalhador de saúde se depara no exercício de sua prática. Urge então, a necessidade de mudanças e da humanização das práticas de saúde.

A Promoção da Saúde e conseqüentemente a participação e o empoderamento das pessoas e comunidades são caminhos concretos a serem seguidos na busca por essas mudanças. Isto somente será possível na medida em que as relações de poder entre trabalhadores de saúde e usuários se tornem menos normativas e mais simétricas.

De acordo com Medeiros (2003), para a efetiva humanização das práticas de saúde, democratização do conhecimento e participação em saúde se faz mister a revisão de nossas práticas enquanto trabalhadores de saúde, bem como pensar criticamente o espaço institucional e social de nossas ações. Gestores, trabalhadores e usuários certamente são capacitados a dar seu grau de contribuição para a realização das transformações que podem culminar na mudança do modelo vigente devendo, porém estar imbuídos de vontade política. Na interpretação da autora estas transformações ocorrerão com maior velocidade se houver com a população um processo educativo, aberto, dialógico, desprovido de preconceitos e amoroso, que motive a população a compreender que está submetida a um modelo medicalizado de saúde que privilegia a tecnologia e a torna refém do modelo capitalista.

Neste modelo medicalizado, segundo Wendhausen (2002), criou-se o estigma da incompetência e do desconhecimento dos indivíduos acerca de si mesmos, o que exige tutela.

Este discurso disciplinar é válido até os dias de hoje especialmente no setor saúde para o qual dentre outros preceitos, é necessário manter os cidadãos sob controle e vigilância contínuos de modo a disciplinar seus corpos para que cumpram preceitos (por exemplo, de higiene) determinados pelo sistema de saúde. Neste sistema, o saber médico se constitui no único corpo de conhecimentos reconhecido socialmente como produtor de saúde para os indivíduos.

Para a autora a apropriação pelo Estado deste discurso, que leva aos poucos a um distanciamento dos sujeitos de seu corpo, passa a ser objeto de investimentos do primeiro para assim tornar os corpos úteis e produtivos, tanto quanto submetidos e divididos em compartimentos. Este distanciamento somado ao disciplinamento é que permite ao Estado tomar as populações como objeto de sua intervenção. Dessa maneira, o Estado penetra no espaço privado das famílias, tornando-as dependentes do ato médico e por extensão do próprio Estado.

É interessante notar que apesar de adotarem práticas que perpetuam este modelo medicalizado de saúde os trabalhadores da equipe têm consciência e se ressentem deste tipo de dominação exercida pelo Estado. Esta situação pode ser ilustrada com a continuação da fala do mesmo participante citado anteriormente:

É mais fácil dominar uma população na medida em que ela é mais dependente. Então existe uma facilidade patrocinada pelos governos que parecem dizer: seja passivo, não é preciso fazer nada que nós damos o médico e a enfermeira que estão incumbidos de resolver seus problemas de saúde (julho/2).

É importante que os participantes compreendam a ambigüidade de sua postura. Ao mesmo tempo em que perpetuam uma atitude de medicalização nas relações trabalhador de saúde/usuário, esperam que o cliente se liberte das rédeas impostas por um Estado medicalizado.

Para Wendhausen (2002) a possibilidade de que os indivíduos tomem o controle de sua própria vida e avaliem os serviços de saúde aos quais recorrem, fica restrita quando estes estão sujeitos a uma série de normas que os disciplinam e que os tornam dependentes em todo momento de algum tipo de intervenção profissional.

Outro aspecto da postura da equipe com relação à concepção de participação como sendo *Participar de seu Tratamento de Saúde* pode ser ilustrado a partir da finalização da fala do mesmo participante:

Se a saúde da pessoa não está legal é porque é culpa dela, não é culpa minha. Então ela é a primeira a ter que reverter isso (Julho/2).

Esta fala nos conduz a reflexões com relação a uma cultura que focaliza o doente como único objeto e sujeito de ação, atribuindo-lhe um compromisso individual que pouco ou nada

considera as demais condições (sociais, culturais e econômicas) que possam estar atuando como determinantes da doença. É a cultura da culpabilização da vítima.

Esta, de acordo com Valla (1998), é um dos efeitos mais perniciosos do mau funcionamento dos serviços públicos no Brasil, e demonstra a falta de compromisso dos governos que delegam unicamente às pessoas a responsabilidade por estarem doentes. A culpabilização ocorre freqüentemente quando ao perceber sua incompetência em proporcionar condições saudáveis de vida para as pessoas o sistema de saúde conclama a população a participar no combate à doença em busca da erradicação do mal.

Assim, nos deparamos com uma realidade contraditória na qual um sistema de saúde medicalizado exerce o domínio sobre a população buscando, ao mesmo tempo, uma suposta redenção pelo estado lastimável de saúde da maioria da população na medida em que não se considera responsável pelas decisões pouco saudáveis que os indivíduos tomam.

No decorrer do trabalho com a equipe buscamos despertar a criticidade de seus integrantes no sentido de perceberem a incongruência destas concepções e conseqüentemente de suas práticas com relação à participação em saúde.

Neste sentido, constatamos que o processo de discussão implementado através do trabalho com a equipe, principalmente na fase de teorização, produziu alterações no discurso de alguns trabalhadores participantes com relação à suas **Concepções de Participação**. Assim, observamos sutil e paulatinamente que as **Concepções de Participação** como sendo *Comparecer às Reuniões, Atividades e Programas Propostos pela Equipe de Saúde e Participar de seu Tratamento de Saúde* foram sendo substituídas por uma concepção de participação mais dialógica retratada na subcategoria *Discutir os Problemas e Fazer Sugestões/Intervir*. Esta afirmação pode ser ilustrada a partir desta fala:

É participar das coisas que aconteçam e participar junto, tomar parte junto. Tomar as decisões junto. Conversar e ver o que é melhor, troca idéia (Novembro/5).

Como constatado por este participante, não se trata apenas de a população comparecer às reuniões quando requerido ou participar de seu tratamento de saúde porque, segundo Demo (1999) isso facilmente leva ao imobilismo, mas da mudança na forma de encarar a realidade. Isto no entender do autor passa por dois momentos cruciais: a autocrítica do trabalhador de saúde em reconhecer sua tendência impositiva e o diálogo aberto e desarmado com todos os interessados,

não mais vistos como objeto, alvo ou clientela, mas como sujeitos ativos de seus próprios destinos.

Esta mudança no discurso dos participantes que se operou ao longo dos encontros se refletiu em uma mudança das práticas da equipe. Podemos ilustrar esta afirmação com a subcategoria *Utilizando o Conselho Local como Estratégia na Busca de mais Participação*.

Esta subcategoria mostra bem a mudança que se operou na equipe, pois nela encontramos práticas negativas (que retratam a postura inicial da equipe), mas também práticas positivas (que retratam a transformação da postura da equipe ao longo do trabalho).

Certamente é positivo que a equipe identifique o conselho local como um fórum facilitador da participação, porém o *aspecto negativo* desta prática foi identificado no primeiro encontro com os trabalhadores participantes quando estes relataram suas estratégias de atuação:

A gente prega que se algum usuário tiver alguma reclamação com relação a unidade de saúde ele deverá vir resolver com a gente, discutir a questão no Conselho Local e participar juntamente. Mas a gente avisa: Não venha só com críticas, venha também com sugestões de soluções porque problemas nós sabemos que existem, mas o que nós precisamos são de soluções (Maio/2).

Esta fala denuncia duas questões. A *primeira* é relacionada à impressão que fica de que o grupo vê o conselho local de saúde apenas como um local para reclamações, o que ainda reflete um conceito limitado de participação. Para González (1996 *apud* VÁZQUEZ *et al*, 2003) a participação expressada com a idéia de manifestar queixas, sugestões e de poder emitir as próprias opiniões situa os indivíduos no patamar da consulta. Nesta instância, os participantes opinam sobre todos ou alguns aspectos de um determinado problema ou situação e esta opinião constitui-se no elemento de juízo para a tomada de decisões.

Ao longo do trabalho procuramos refletir com a equipe se esta participação do usuário ou da comunidade, desprovida de força deliberativa, apenas emitindo pareceres sobre as questões de saúde, representa verdadeiramente o empoderamento tão conclamado quando falamos de Promoção à Saúde. Certamente que não, e por isso mesmo urge a necessidade de se buscar formas mais concretas de empoderamento das comunidades nas quais atuamos.

A *segunda* é relacionada à ambigüidade do discurso do participante que ao mesmo tempo em que afirmava querer a participação do usuário, colocava uma série de barreiras para esta participação, não se percebendo enquanto mediador do processo de empoderamento. Atuando desta forma a equipe, antes de promover uma participação ativa acabava por desencorajar as pessoas de participar na medida em que impunha condições para esta participação. Assim, a

própria prática da equipe se colocava como um dos **Fatores Limitantes para a Participação**. Esta condição será discutida adiante.

Ainda com relação ao *aspecto negativo* das **Práticas Participativas da Equipe** identificado no início do trabalho podemos também citar a subcategoria *Negociação de Participação por Direitos*. Esta subcategoria pode ser ilustrada nos discursos abaixo:

Para fazer as pessoas comparecerem na reunião e a gente pudesse escolher os membros pro Conselho Local nós mandamos um bilhetinho para elas dizendo que quem não comparecesse nessa reunião não poderia reclamar do serviço depois (Julho/2).

Percebemos o equívoco destas práticas que refletem uma postura autoritária e não coerente com a Promoção de Saúde na medida em que consideramos que o empoderamento constitui um de seus eixos centrais. Uma postura como esta, antes de promover o empoderamento e a formação de alianças entre os trabalhadores de saúde e a população na busca do enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade, promove o antagonismo entre a equipe de saúde e os grupos comunitários estimulando a desconfiança e a não cooperação entre eles.

Para Carvalho (2004) um projeto de transformação social demanda, mais do que discursos vazios contra a pobreza, uma postura ativa de enfrentamento das determinações macro e micro-sociais da iniquidade social, colocando em questão e superando diferenciais de poder que porventura existam na relação entre os diversos grupos como, por exemplo, trabalhadores de saúde e usuários, homens e mulheres, dentre outros.

Ainda de acordo com Freire (1981) o trabalhador social deve assumir uma prática de parceiro no processo de aprendizagem trabalhando com indivíduos a quem considera sujeitos. Ele precisa se colocar na posição daquele que comunica um saber relativo a outros que também possuem um saber relativo. Deve ser humilde e crítico não acreditando ser ele o único agente de mudança, pois entende a transformação social como uma tarefa que compete a todos que com ela se envolvem e comprometem.

Na perspectiva do autor o reconhecimento dos potenciais de autodeterminação e o respeito à liberdade de opção dos sujeitos envolvidos no processo não significa falta de interesse ou objetivos do trabalhador social. Toda a prática social é movida por ideais, projetos e interesses e toda a prática educacional, seja ela democrática ou autoritária, é diretiva. Porém, quando o *ser diretivo* do educador interfere na capacidade criadora e indagadora do educando, restringindo-a então ela se converte em manipulação. É autoritarismo.

O aspecto positivo da prática do grupo na subcategoria *Utilizando o Conselho Local na Busca por mais Participação* foi identificado em um dos últimos encontros com a equipe e é resultado de uma mudança que acreditamos, se operou ao longo do trabalho. Esta mudança é bem ilustrada com o relato abaixo:

A gente tá planejando no nosso conselho aqui pra fevereiro do ano que vem que cada conselheiro vai se apresentar a 10 usuários e convidar eles pra vir às reuniões do conselho. Porque o usuário não sabe quem são os conselheiros. Então existe um conselho, mas eles não sabem quem são e nem quando esse conselho reúne. Então aí se a população quer reclamar alguma coisa do posto, quer perguntar algo ou quer ter acesso a alguma coisa já sabe onde procurar os conselheiros (Julho/5).

Mais do que induzir a determinados comportamentos verifica-se, através desta fala, que a equipe passou a apoiar as pessoas para que estas tomem suas próprias decisões. Isso promove o desenvolvimento de uma consciência crítica o que pode potencializar a capacidade de intervenção sobre a realidade de uma comunidade.

A estratégia de utilizar o conselho local como base para fomentar a participação dos usuários representa a criação de possibilidades de emergência de novos atores que venham a atuar contribuindo positivamente para a integração e interação entre a equipe e a população criando verdadeiras condições para a efetivação da participação em saúde na comunidade.

Para Carvalho (1995) a possibilidade de a população exercer poderes de forma paritária confere aos conselhos a característica de representarem a concretização um espaço contra-hegemônico, que os distinguem substancialmente de outros organismos de natureza estritamente civil. Além disso, pela sua ação de interpelação ao Estado o espaço de um conselho de saúde significa a concretização na cultura política brasileira da alteridade, ou seja, da presença do outro, marcando a distinção das situações em que estão presentes sempre os mesmos para aquelas em que se admite a diversidade de sujeitos em relações permeadas pela noção de direitos socialmente pactuados.

Verificamos também, no discurso dos participantes, uma preocupação com atividades educativas. Assim, como podemos observar nas falas a seguir, são criados espaços específicos na agenda da equipe para atividades como grupos, palestras, atividades lúdicas dentre outras.

Uma vez fomos fazer palestra na escola (Novembro/2).

Existem grupos de hipertensos, gestantes e puericultura (Março/2).

É importante enaltecer estas iniciativas, que por si mesmas podem constituir-se em um espaço privilegiado para debates, troca de idéias e experiências entre usuários e trabalhadores de saúde. No entanto, constatamos que estas reuniões são preparadas previamente e “levadas prontas”. Acreditamos que esta forma de atuação diminui a efetividade destes momentos como sendo de interação entre a equipe e a comunidade.

Nestas práticas educativas, de acordo com o relato abaixo, a equipe intuitivamente percebia, como Godbout (1983), que a participação reside na troca voluntária de mobilização por um certo poder.

Eu acho que eles participavam mais porque a gente deixava pra eles escolherem o tema que era pra gente falar na próxima reunião (Junho/2).

Segundo autor, disso decorre que quanto mais o indivíduo participa, maior a tendência que este se integre à organização deixando de ser “mais um”, porém cada participante tende a dar o mínimo e esperar o máximo o que às vezes pode frustrar o trabalhador de saúde. Como na fala abaixo:

Eles só querem receber tudo. Só querem que a gente faça alguma coisa, mas pra nós eles não fazem nada (abril/3).

A consequência, para o autor, é que se as pessoas participam pouco é porque retiram pouco do sistema. Assim, é importante que a equipe tenha em mente que não basta a população decidir quais assuntos gostaria que fossem abordados nas reuniões. Seria importante garantir um espaço de diálogo que é crucial no processo de mútuo aprendizado entre os diversos grupos que atuam em uma relação educacional.

Para Briceño-Léon (1996) é importante também, que as ações implementadas pela equipe de saúde tragam resultados concretos que possam ser obtidos através de esforços e metas que o usuário possa cumprir. Assim, se o indivíduo participa e obtém realizações, reforça-se a idéia conectiva do esforço e realização. Ele aprende através de ações que pode fazer algo por sua própria saúde.

Neste sentido, concordamos com Wendhausen e Saupe (2003) que os saberes populares acrescidos do conhecimento técnico dos trabalhadores de saúde podem resultar em diferentes maneiras de enfrentamento das situações que se apresentem no dia a dia.

Por fim, na categoria **Concepções de Participação**, temos a subcategoria de participação como sendo *Exercer o Direito do Voto*. Este, de acordo com Demo (1999) é um dos

instrumentos mais usados de controle do poder. Para o autor é imperativo reconhecer que o voto é um controle relativo, pois representa uma maneira de chamar a população a decidir sobre seus mandantes dentro de claros limites. Estes limites estão justamente na dinâmica da democracia representativa. Assim, vota-se esporadicamente, o voto é passivo e extremamente limitado ainda que, em tese, todos detenham esse direito além de que dificilmente os votantes possuem um domínio maior sobre o processo de seleção dos candidatos.

Em adição, Joslyn e Ligler (2001 *apud* Baquero 2003) argumentam que, embora as eleições ofereçam aos cidadãos um mecanismo institucional para expressar suas vontades, implicitamente proporcionam os meios para afirmar a crença na legitimidade do sistema político vigente. Para os autores a história recente do Brasil tem mostrado que esse procedimento não tem se constituído em um fator de poder do cidadão. Pelo contrário, os eleitores parecem sistematicamente mais desconfiados e decepcionados com a política. A consequência disso parece ter sido a institucionalização de um desinteresse generalizado em relação aos meios convencionais da política.

É inquestionável a importância do voto que segundo Demo (1999) pode reduzir a corrupção do poder, mas é bem menos efetivo que a participação socialmente estabelecida. Isto porque diante de uma sociedade suficientemente organizada e consciente de seus direitos e deveres, o poder sente-se mais comprometido.

Sendo assim, compartilhamos da opinião do autor que é mister a consolidação de outras formas mais efetivas de controle do poder relacionadas à rede de organização da sociedade civil, ligada a uma dimensão sócio-econômica e política. Somente assim o poder torna-se algo estrutural e do dia a dia, porque cristalizado em uma consciência constantemente cultivada de cidadania.

6.2.2 Fatores Limitantes e Fatores Facilitadores da Participação

Como já citado quando descrevemos os encontros com o grupo, um dos pontos de discussão no trabalho implementado junto à equipe de Saúde da Família foi a questão de como motivar as pessoas para a participação, ou seja, como superar os **Fatores Limitantes da Participação** e utilizar os **Fatores Facilitadores** como motivadores para a participação. Assim, muitas das reflexões que aqui serão feitas são oriundas das reflexões com o grupo e já foram

citadas por ocasião da descrição dos encontros. Neste momento, acreditamos que será importante resgatar algumas destas reflexões.

As subcategorias construídas para as categorias **Fatores Limitantes** e **Fatores Facilitadores da Participação** são apresentadas nos quadros 4 e 5 em ordem decrescente de frequência em que foram citadas pelos participantes:

Quadro 4: Categoria 3 - Fatores limitantes para a participação

<i>CATEGORIA</i>	<i>SUBCATEGORIAS</i>
<i>Fatores Limitantes para a Participação</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Comodismo e apatia das pessoas - Postura dos trabalhadores de saúde - Pouca cultura de participação na comunidade - Perda da motivação ao longo do processo - Contexto histórico – político no Brasil - Dificuldades do serviço público - Individualismo - Cultura da medicalização - Imediatismo das pessoas - Não é fácil participar - Pouca resolutividade das reuniões - Pouco acesso à educação e à informação

Quadro 5: Categoria 4 - Fatores facilitadores da participação

<i>CATEGORIA</i>	<i>SUBCATEGORIAS</i>
<i>Fatores Facilitadores da Participação</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Educação em saúde - Identificação cultural com a comunidade - Eventos recreativos/sociais e esportivos - ESF/Estrutura bem organizada das ações municipais - Conselho local de saúde - Vislumbrar resultados positivos

Segundo os participantes da pesquisa as subcategorias *Comodismo e Apatia das Pessoas* e a *Pouca Cultura de Participação na Comunidade* representam os mais importantes **Fatores Limitantes para a Participação** na área em que atuam. Constatamos no discurso dos trabalhadores da equipe que estes atribuem significados complementares a algumas subcategorias, dentre elas as que estamos discutindo no momento. Assim, segundo os participantes existe *Pouca Cultura de Participação na Comunidade* devido ao *Comodismo e Apatia das Pessoas*.

De acordo com o grupo o *Comodismo e Apatia das Pessoas*, que se revela através da *Pouca Cultura de Participação na Comunidade*, faz com que os indivíduos esperem que os trabalhadores de saúde ou o poder público encontrem soluções para todos os problemas da comunidade sem a necessidade de sua participação. Estas percepções do grupo podem ser exemplificadas a partir das falas abaixo:

A participação aqui é fraca (Maio/2).

Eles querem que se resolva o problema, mas não participam pra ajudar a resolver (Dezembro/2).

O povo brasileiro é muito passivo. Não briga por nada, não luta por nada (Março/2).

Aqui na associação de moradores ninguém quer muito se envolver com qualquer coisa. Sempre esperam pela pessoa que é o presidente e é sempre ele que resolve tudo. Eu acho que isso acontece porque são acomodados ou não querem se envolver (Novembro/3).

Mas agora tá mais difícil mobilizar as pessoas porque ninguém se interessa mais em participar (Setembro/5).

A ambigüidade desta visão do grupo reside no fato de que, como já citado quando contextualizamos a Unidade de Saúde da Família no capítulo Metodologia, o surgimento da própria unidade na qual a equipe atua deve-se a um movimento comunitário participativo. Mediante este fato concreto, como dizer que a comunidade é acomodada e por isso existe *Pouca Cultura de Participação na Comunidade*? É importante que a equipe se questione se o aparente desinteresse da comunidade deve-se realmente ao *Comodismo e Apatia das Pessoas* ou se a equipe não está conseguindo entender a dinâmica da comunidade e por este motivo falha em sua atuação como mediadora da participação.

Ao longo do trabalho buscamos respostas para estas questões. Nesta busca o grupo concluiu que a participação não é um fenômeno fácil. Assim, construímos uma nova subcategoria dos **Fatores Limitantes para a Participação** que é denominada *Não é fácil Participar*.

Então porque que não tem a participação? Porque é difícil participar. É difícil estar ali junto (Maio/3).

A questão de vida também, porque hoje todas as pessoas têm que trabalhar. Então a vida é muito mais corrida, não se tem mais aquele tempo (Julho/5).

Neste sentido, para Demo (1999) o primeiro obstáculo a ser vencido para a efetivação da participação é a tendência que temos de banalizar a questão. A participação não pode ser tida como um fenômeno fácil ou corriqueiro. Talvez porque não esteja em nossos hábitos participar. É

mais prático receber dos outros, esperar que os outros resolvam nossos problemas. Esta é uma situação provocada por uma sociedade autoritária e que convive com regimes autoritários. A tal ponto que a participação assusta. Para o autor somente conseguiremos fomentar a participação na medida em que tivermos uma consciência crítica de nossa tendência impositiva.

Outra questão a ser superada pelos trabalhadores que atuam com comunidades carentes, segundo Valla (1998), é relacionada às diferentes interpretações que a equipe de saúde e as populações menos favorecidas têm da realidade. Para o autor, a própria idéia de prevenção com a qual o trabalhador de saúde trabalha implica em um olhar para o futuro, ou seja, a previsão como categoria principal de atuação. Ao contrário nas populações carentes a lembrança das dificuldades de sobrevivência já enfrentadas faz com que as pessoas preocupem-se em prover o dia de hoje e por isso conduzem suas vidas com a categoria principal de provisão.

Assim ao serem convocadas pela equipe de saúde para participarem de uma maneira mais ativa no dia a dia da unidade as pessoas não mostram interesse, pois não percebem em que esta participação pode contribuir para a provisão em suas vidas.

Como citado no quarto encontro com o grupo, não se pode interpretar uma comunidade desorganizada como comodista. Na verdade, segundo Demo (1999), trata-se de um processo histórico e cultural de opressão que domesticou as pessoas, de modo a tornar o assistencialismo uma necessidade vital. Assim, o indivíduo não decidiu pelo parasitismo, mas foi levado a ele pela estrutura de dominação imposta fazendo com que se acostume a esta situação como um modo de vida.

Para Freire (1981) os oprimidos, enquanto adaptados à situação que os oprime, sofrem uma dualidade segundo a qual buscam a liberdade e ao mesmo tempo a temem, enquanto não se sentem capazes de correr o risco de assumi-la. Em meio a este medo da liberdade e aparente conformismo se negam, muitas vezes, a escutar o apelo que se faça a eles (no caso os trabalhadores de saúde em busca de mais participação) ou que tenham feito a si mesmos para libertarem-se das amarras que os prendem a uma realidade de dominação.

Assim, segundo o autor, sofrem a ambigüidade entre a alienação ou o exercício da cidadania, entre seguirem as prescrições ou terem opções, entre serem espectadores ou atores, entre silenciar ou falar. A superação desta contradição é um processo doloroso que exige a liberação de uma estabilidade cômoda, na medida em que impõe o enfrentamento do

desconhecido. Como um parto, a partir do qual surge um homem novo não mais oprimido e tampouco opressor, mas sim empoderado e participativo.

Complementando Demo (1999) afirma que em condições de pobreza atingem-se facilmente níveis de exploração extremada, na qual grupos humanos apenas vegetam sem consciência desta situação e sem se dar conta da possibilidade de reverter este processo. Assim, a proposta da participação como forma de defender os interesses da comunidade pode parecer incoerente e até mesmo temida pelas pessoas.

Em nossa avaliação, o que para o grupo é interpretado como acomodação e conformismo pode ser na verdade o reflexo de um sentimento de impotência perante a realidade que se apresenta, na qual o indivíduo sente-se satisfeito com o mínimo que obtém quando compara este mínimo com sua situação passada ou com uma realidade mais difícil das pessoas que o cercam. Assim, o indivíduo teme perder este mínimo sentindo-se coagido a não ir contra a opressão de um Estado que em sua concepção tolhida não cumpre deveres, mas distribui favores e que pode punir esta insubordinação privando-o do pouco que conquistou.

Por este motivo, de acordo com Valla (1998), torna-se importante que os trabalhadores de saúde façam um esforço de modo a compreender as condições e experiências de vida da população e suas representações e visões de mundo. Assim, poderá ser possível compreender a maneira como as populações carentes encaram sua vida, pois é provável que estes setores, em virtude de sua situação social, tenham a percepção de que uma melhoria significativa de vida seja “utopia”.

Ao lembrarmos da situação de vida de agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e até mesmo alguns trabalhadores de saúde de nível universitário, acreditamos que não estaríamos equivocadas ao dizer que estes poderiam ter também esta percepção de que uma melhoria significativa na qualidade de vida da comunidade seja “utopia”.

Eu acho que na verdade a gente tem resolutividade até um pedaço e que a outra parte realmente é difícil a gente ter resolutividade (Maio/6).

Concordamos com Kleba (2005) que a motivação para romper com a apatia exige, por um lado, que o indivíduo consiga equacionar problemas concretos em seu dia a dia e, por outro lado, que haja um sentimento de competência gerado pela expectativa de uma situação mais favorável em comparação com a que se pretende romper. Para Gronemeyer (1974 apud Kleba, 2005) o aumento da autonomia e autodeterminação dos indivíduos e grupos ocorrerá somente na medida

em que estes sejam capazes de enfrentar riscos e conflitos, encarando e superando seus medos frente aos grupos em situação mais favorável ou a um futuro desconhecido.

Durante o processo de discussão implementado a equipe percebeu que muitas vezes a comunidade até adere às propostas participativas da equipe, mas esta motivação inicial vai se perdendo com o tempo. Esta situação pode ser ilustrada nas falas abaixo e deu origem a nova subcategoria que compõe os **Fatores Limitantes para a Participação** que foi denominada Perda da Motivação ao Longo do Processo.

Montamos um Conselho local aqui e depois de algumas reuniões tem muita gente que está faltando. Em média 2 ou 3 por reunião (Julho/2).

A participação vai diminuindo ao longo do tempo, pois as pessoas ficam desanimadas (Novembro/3).

Uma dificuldade grande que a gente sente aqui é a dificuldade de manter a participação. As coisas até começam, mais o problema maior é manter a participação (Maio/3).

Pela lógica do grupo (e nossa também) este fenômeno está ligado à questão discutida anteriormente de que *Não é Fácil Participar*. Tendo isto em vista, o grupo percebeu que o grande desafio que se lhes impõe é encontrar maneiras de capacitar e motivar a comunidade (e manter esta motivação) para que esta conheça, enfrente e supere seus medos em busca de uma participação cidadã, através da qual os indivíduos passam de objeto de manipulação a sujeitos conscientes de sua cidadania.

Aí eu acho que tem que fazer todo um trabalho de motivação, começar isso, pra mudar esse comodismo das pessoas (Março/3).

Para tanto, os participantes elegeram subcategoria *Educação em Saúde* como o mais importante **Fator Facilitador da Participação** e, por conseguinte o *Pouco Acesso à Educação e à Informação* como **Fator Limitante para a Participação**. Esta situação é bem ilustrada nas falas abaixo:

Seria necessário educar o povo pra exercer aquilo que ele tem direito (Março/2).

Outra coisa assim é que a maior parte da população desconhece como, por exemplo, já existe uma cooperativa ali no mercadinho. Existe o cursinho de reaproveitamento de alimentos. Participação baixa. Falta de interesse ou pouco acesso à informação (Março/2)?

A educação dá subsídio pras pessoas poderem resolver seus problemas dentro da comunidade e não achar que tudo se resolve tendo como centro o atendimento médico, mas que existe outros meios (Julho/5).

Podemos constatar nas falas dos trabalhadores da equipe que estes percebem que se as pessoas por vezes não participam pode não ser por falta de interesse, mas por falta de informação ou de um trabalho educativo que motive este interesse. Entendem, também, que na medida em que as pessoas adquirem saber, adquirem também mais poder para mudar uma determinada situação. Concordamos com Demo (1992) que parte fundamental da pobreza⁸ é a inconsciência desta situação, o que faz com que seja fortemente cultivada pelo grupo dominante. Um processo emancipatório começa com a descoberta crítica de que a pobreza é imposta, produzida e cultivada, portanto, injusta.

Sendo assim, a *Educação em Saúde* se apresenta como importante estratégia que os trabalhadores de saúde podem lançar mão de modo a promover a descoberta de uma consciência crítica nas pessoas, com respeito à suas condições de vida, que se materialize em estratégias concretas de enfrentamento da realidade, emergentes do conhecimento adquirido.

Para Bordenave (1987, p. 72-73) a participação pode ser aprendida e é suscetível de crescimento, como os demais processos sócio-humanos.

Ela pode ser aprendida e aperfeiçoada pela prática e a reflexão. A qualidade da participação se eleva quando as pessoas aprendem a conhecer sua realidade; a refletir; a superar contradições reais ou aparentes; a identificar premissas; a antecipar conseqüências; a entender novos significados das palavras; a distinguir efeitos de causas, observações de inferências e fatos de julgamentos. A qualidade da participação aumenta também quando as pessoas aprendem a manejar conflitos; clarificar sentimentos e comportamentos; tolerar divergências; respeitar opiniões; adiar e gratificar. A qualidade é incrementada quando as pessoas aprendem a organizar e coordenar encontros, assembléias e mutirões; a formar comissões de trabalho pesquisar problemas; elaborar relatórios; usar meios e técnicas de comunicação.

Segundo Faundez (1993) este processo educativo deve ser concebido de modo a permitir a apropriação de um “saber fazer” e um “saber ser” de modo a instaurar, na medida do possível, um novo poder-saber mais democrático, justo e solidário. Por este motivo a participação da comunidade é importante durante todo o processo, desde a determinação das necessidades até eleição de possíveis estratégias de enfrentamento. Através desta participação a comunidade tem a possibilidade de se apropriar não somente de um saber destinado a resolver seus problemas sócio-econômico-culturais e de saúde, mas também aprender a reforçar seu poder organizando-se de uma maneira crítica.

⁸ Referindo-se não somente à pobreza financeira, mas à pobreza de uma situação na qual o cidadão é oprimido por situações de iniquidade e desrespeito a sua condição de cidadania.

A valorização que a equipe dá à *Educação em Saúde* como importante **Fator Facilitador da Participação** representa por si só um avanço do grupo em sua reflexão. Porém, observamos em determinadas falas que alguns participantes concebem a *Educação em Saúde* principalmente como uma maneira de passar orientações para a comunidade e não como uma interativa troca de saberes. A fala abaixo mostra esta situação:

Mas assim, com o tempo vai ter que ser tomado novas medidas porque você precisa alcançar a população, dar educação pra essa comunidade e até orientar como funciona o posto. A gente enfrenta problemas aqui no posto porque que as pessoas não sabem exatamente como funciona o posto (Julho/5).

Um processo educativo libertador, segundo Freire (1981), não pode se fundamentar em uma compreensão dos indivíduos como seres “vazios” os quais devemos “preencher” com conteúdos de nosso saber. Deve basear-se em uma concepção dos indivíduos como seres conscientes e buscar a problematização destes em suas relações com o mundo, levando em conta o sua percepção da realidade e modo de vida.

Neste raciocínio, é importante entender que as pessoas têm percepções diferentes de uma mesma realidade. Assim, o que para os trabalhadores de saúde representa um problema, na percepção do usuário pode ser algo natural.

Somente adotando uma postura dialógica de troca de saberes o trabalhador de saúde poderá ter esta compreensão e agir não como o detentor único do saber que busca impor sua verdade a outrem, mas como mediador de um processo de reflexão-ação-reflexão que pode transformar a ação educativa em elemento fundamental para o resgate da liberdade e autodeterminação do indivíduo.

Outro aspecto observado com relação ao entendimento de alguns participantes sobre *Educação em Saúde* é que estes a compreendem principalmente como a educação formal, esquecendo ou até desconhecendo outras faces e formas de realizá-la.

O problema da pouca participação das pessoas é um problema educacional. É lá na escola que se deve aprender (Março/2).

É indispensável entender, como Briceño-Léon (1996), que a educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas está em toda a ação sanitária. Não se pode negar que a educação pode ocorrer de uma maneira formal como uma palestra ou um folheto, por exemplo, mas esta também ocorre informalmente em nossas ações do dia a dia. Segundo o autor existe uma dimensão educativa não intencional em todas as ações dos trabalhadores de saúde. Este modo

informal de educar representa uma possibilidade de comunicar as mais diversas mensagens nas mais variadas situações.

Esta dimensão educativa de nossas ações é um dos fatores que faz com que a *Postura dos Trabalhadores de Saúde* seja um fator importante a ser considerado para a participação em saúde. Isto porque dependendo de suas posturas os trabalhadores podem fomentar ou desestimular a participação.

Nesta pesquisa a *Postura dos Trabalhadores de Saúde* foi identificada também, como um importante **Fator Limitante da Participação**. Esta subcategoria incorpora quatro sentidos. O *primeiro* diz respeito à formação dos trabalhadores de saúde. No entender da equipe a formação que o trabalhador de saúde recebe é insuficiente para trabalhar com questões sociais como a participação.

A gente acha que a nossa formação, de enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário não nos dá respaldo pra trabalhar com essa questão de controle social e participação. Essa participação mesmo do usuário neste processo de saúde-doença, de promoção e prevenção (Março/3).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) o modelo pedagógico hegemônico na formação de profissionais de saúde é tecnicista, centrado em conteúdos organizados de forma compartimentalizada e fragmentada, preocupando-se basicamente com a sofisticação dos procedimentos e, por conseguinte incentivando à especialização precoce o que perpetua modelos tradicionais da prática de saúde.

Assim, concordamos com os trabalhadores da equipe que as diversas formações de trabalhadores em saúde pecam no sentido de não formar um trabalhador de saúde integralmente apto e com perfil adequado para trabalhar com questões como a participação. É uma realidade que muitos trabalhadores que atuam no serviço público não tem perfil adequado e freqüentemente consideram o trabalho na rede pública apenas como um complemento de renda, ou seja, um salário fixo até que o profissional tenha uma boa clientela em seu consultório particular. Este é um problema real e representa, sem dúvida, um obstáculo a ser superado.

A solução deste problema reside em que o trabalhador de saúde realmente se comprometa com sua função no serviço público, buscando adaptar seu perfil, através de formação continuada e reciclagens constantes, hoje denominadas pelo Ministério da Saúde de Educação Permanente. Em longo prazo são necessárias mudanças profundas nos currículos de cursos preparatórios de trabalhadores em saúde (não somente em nível universitário, mas também a formação de

profissionais auxiliares e Agentes Comunitários de Saúde) de modo a formar trabalhadores mais capacitados para trabalhar com as questões sociais, com as quais irá se deparar em sua vida profissional.

O *segundo* sentido desta subcategoria se refere à constatação que os participantes fizeram, ao longo do trabalho, de que também não exerciam a participação em seu dia a dia fora do âmbito profissional. As falas abaixo ilustram essa situação:

Se a gente for pensar bem a nossa vida é corrida e atribulada, mas a gente tem que questionar: do que eu participo? (Maio/3).

Vocês acham que eu participo de reunião da minha comunidade? Vocês acham que vou à reunião do condomínio em casa? Eu não vou à reunião do condomínio do meu prédio. E a gente fica cobrando a participação deles. (Maio/3).

Eu também já pensei nisso. Do que a gente participa? (Junho/3).

Esta condição de também não participarem, de qual a equipe se deu conta, pode representar um **Fator Limitante da Participação**, pois a postura de não participar pode refletir um desinteresse e uma descrença na participação como um meio de alcançar melhorias na qualidade de vida da comunidade. Em uma situação como esta, estando os trabalhadores de saúde desmotivados de participar, como poderiam lograr sucesso em motivar as pessoas para a participação? Ademais, como foi citado anteriormente, existe uma dimensão educativa que permeia as atitudes do trabalhador de saúde. Assim, é importante que o trabalhador leve em conta esta dimensão em suas ações cotidianas, atuando de uma maneira reflexiva, rejeitando atitudes impensadas em suas ações cotidianas, pois estas podem comunicar uma mensagem contrária àquela que ele gostaria de comunicar. Ao não ser participativo em suas atitudes do dia a dia o trabalhador transmite uma mensagem não verbal de que a participação não é importante e acaba por desestimular a participação, mesmo que em seu discurso queira promovê-la.

O *terceiro* sentido desta subcategoria aparece ao constatarmos no discurso de alguns participantes que estes não se percebem como mediadores do processo de participação da comunidade.

A gente não pode fazer nada, se eles não querem participar (Abril/3).

Porque sempre a procura pela participação das pessoas tem que ser iniciativa dos profissionais de saúde (Maio/3)?

Em nenhum lugar diz que nós temos essa função de estar participando de conselho, de estar articulando e chamando a comunidade. Nós fazemos isso porque isso está englobado dentro do programa do PSF e porque participação popular, controle social,

está na lei 8080, na 8142 do SUS que tem que haver o controle social e a participação popular (Maio/3).

Segundo Kleba (2005) o papel do trabalhador de saúde como mediador da participação é elemento essencial de apoio e viabilização do processo de empoderamento. Para que este se realize de fato é necessário que todos os envolvidos participem no enfrentamento de uma dificuldade para assim aprender na prática a reagir contra os problemas, buscar soluções conjuntas, apoiando-se mutuamente e assumindo, ambos os grupos, um papel mais solidário que confere veracidade ao seu status de cidadão.

Estas reflexões da autora são apoiadas por Bobzien e Stark (1991 *apud* Kleba, 2005) para quem o apoio do trabalhador de saúde é necessário para possibilitar e promover o desenvolvimento da capacidade de enfrentar conflitos e construir alternativas de enfrentamento dos problemas que se apresentam ao usuário. Em outras palavras Martins (1989 *apud* Kleba, 2005) afirma que o apoio trabalhador de saúde é importante para que se possa completar com o usuário a produção de um conhecimento crítico, cuja gênese encontra-se na revelação deste como sujeito, na medida em que lhe abrimos a possibilidade de resgatar seu conhecimento como válido.

O trabalhador social sem dúvida tem muitas tarefas de mediação. Dentre elas Stark (1996 *apud* Kleba 2005) distingue quatro, que são: traduzir e mediar as diversas formas de reflexão e comunicação entre os diversos grupos, estimular e capacitar a participação da comunidade, representar interesses e promover mudanças sociais construindo estruturas participativas e promovendo a articulação entre os grupos envolvidos.

No entender de Freire (1981) para o trabalhador social estar apto a desenvolver esta função de mediador deve se interessar pela vida e pelo meio no qual as pessoas vivem e a partir disso desenvolver uma relação dialógica (estando trabalhadores de saúde e usuários como iguais em uma relação de efetiva troca de saberes que se completam na busca de um novo saber) a partir da qual se possa reconhecer as necessidades e potencialidades de uma comunidade.

O *quarto* e último sentido da subcategoria *Postura dos Trabalhadores de Saúde* foi identificado em princípio pela pesquisadora e ao final do trabalho por alguns participantes e se refere à postura autoritária de alguns trabalhadores de saúde, o que gera uma sensação de medo e impotência nas pessoas:

A minha cunhada engravidou e ela não queria ter engravidado e tava super abalada com isso porque ela já tem mais de 40 anos. E ela foi na médica e levou uma baita de uma bronca porque ela tinha que ter usado camisinha e a médica disse que ela era

irresponsável. Ela ficou muito pior do que ela já tava. Porque naquele momento ela tava precisando de apoio e a médica só deu bronca nela (Setembro/5).

A dona Margarida estava esperando já há dois anos pela cirurgia cardíaca que ela tava precisando e tava internada. Os filhos dela queriam ir atrás pra ver se conseguiam logo e o marido dela dizia que não fosse reclamar porque se fosse fazer alguma coisa os funcionários iam fazer alguma coisa de ruim contra ela dentro do hospital (Setembro/4).

No entender de Wendhausen (2002) deve haver uma distinção entre a autoridade do trabalhador de saúde enquanto *expert* em sua área (da mesma maneira que um pescador tem também autoridade enquanto *expert* na pesca) e uma atitude autoritária, normativa e higienizadora baseada em uma relação assimétrica, na qual o usuário é colocado em uma posição de mero expectador.

Entendemos que o trabalhador de saúde tem a sua autoridade enquanto *expert* em saúde, mas em momento algum pode deixar de reconhecer a liberdade e respeitar a autonomia de seu paciente, do contrário estará contribuindo cada vez mais para a medicalização e o desequilíbrio das relações de poder entre os diversos grupos. Ademais uma postura autoritária contribui unicamente para um sentimento de antagonismo e desconfiança da comunidade para com as propostas e atitudes do trabalhador de saúde.

Voltando à questão anterior de *Pouca Cultura de Participação na Comunidade* o grupo também fez alusão ao *Individualismo* das pessoas como outro importante **Fator Limitante para a Participação**. A equipe entende *Individualismo* como um sistema de isolamento das pessoas em uma sociedade no qual o indivíduo preocupa-se apenas com seu próprio bem estar, sem importar-se com o bem estar de sua comunidade e tem como consequência um sentimento de não pertencer a esta comunidade. As falas abaixo ilustram esta afirmação:

A questão do controle social, ela virou um controle umbilical. Então eu vou cuidar do meu; se eu conseguir ter o meu, livrar o meu, ajeitar o meu, beleza. As pessoas não pensam mais em sociedade participativa, em trabalhar junto (Maio/2)

As pessoas só lutam quando vão tirar algum proveito próprio. Se é para melhorar pra todo mundo, pro bairro todo elas ficam esperando pelos outros. São muito individualistas (Junho/4).

Este comportamento individualista é explicado por Baquero (2001) que afirma que na medida em que a exclusão social se agrava isto se reflete em problemas como o desemprego, desconfiança e desencanto com a política e na situação de incerteza dos cidadãos com relação a seu futuro. Estes aspectos têm levado à fragmentação da sociedade, descaracterizando identidades coletivas tradicionais como famílias e grupos comunitários e não propiciando a formação de

novas identidades coletivas. Ao mesmo tempo estes aspectos favorecem o estabelecimento de relações sociais pautadas pelo individualismo, pela fragmentação social, por uma insatisfação crônica com a ordem das coisas e pelo surgimento de associações à margem da sociedade, que desafiam a ordem social como, por exemplo, associações para o crime.

Cabe ressaltar que tal comportamento é o resultado não de uma predisposição dos cidadãos em privilegiar a informalidade, a apatia ou a alienação, mas de uma desordem política, econômica, social e cultural que caracteriza a sociedade contemporânea e que tem raízes na recente história política de ditadura e desrespeito à cidadania no Brasil. Este é outro **Fator Limitante para a Participação** que foi identificado pelo grupo: *O Contexto Histórico e Político no Brasil*.

Os políticos deveriam também ter um pouquinho mais de responsabilidade e ser mais coerentes (Março/2).

O governo militar deu um jeito de tirar tudo pra fazer o povo ficar cada vez mais emburrecido e menos participativo (Julho/2).

Os desafios imediatos relacionados a toda essa problemática dizem respeito a como criar ou reconstituir ambientes que estimulem participação e a como motivar os cidadãos a participar em um contexto de fragmentação e crescente desigualdade social (BAQUERO, 2003).

Acreditamos que na medida em que se almeja a transformação do cidadão num ator político crítico consciente, que pense comunitariamente e supere o papel de mero expectador, é necessário que repensemos nossa sociedade dita democrática, mas que exclui uma parcela significativa de seus cidadãos de usufruir minimamente de direitos inalienáveis como saúde e qualidade de vida. Neste sentido, segundo Baquero (2001), o conceito de “capital social” pode proporcionar novos caminhos na direção de pensar mecanismos para redescobrir e recuperar o Estado e a sociedade valorizando, sobretudo, a participação cidadã.

Segundo Baquero (2003) para deter o processo de fragmentação da sociedade por meio do capital social é necessário fortalecer a ação coletiva. Três componentes são essenciais para alcançar esse objetivo: confiança; desenvolvimento de redes sociais e fomento ao engajamento cívico.

Existem várias divergências entre os autores quanto à definição de capital social, mas segundo Baquero (2001) o denominador comum de todos os estudos se dá pela valorização das ações cooperativas entre as pessoas que possibilitem uma ordem social justa e eficiente. Assim, o capital social seria gerado por redes de confiança que geram cooperação entre as pessoas, o que

por sua vez aumenta a confiança entre seus membros. Para o autor o consenso implícito é o de que o capital social é importante na medida em que permite que as pessoas trabalhem em conjunto resolvendo seus problemas de ordem coletiva. Assim, estas interações podem incitar que as pessoas se tornem mais críticas e fiscalizadoras da coisa pública tornando-se mais participativas. Decorre que quanto mais os cidadãos participam maior a possibilidade de geração de capital social e conseqüentemente que a democracia, num sentido mais amplo, se revigore. Para o autor esta engrenagem se retro-alimentaria na medida em que a participação não somente contribuiria para a formação de cidadãos mais participativos, mas também para propiciar um contexto de confiança social que estabeleceria e reforçaria normas de cooperação entre a comunidade. Esta afirmação está em consenso com Bordenave (1987) que acredita que a participação é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal. Assim, para o autor, só se aprende a participar participando.

Se por um lado o *Individualismo* e a ausência de um sentimento de pertencer a uma comunidade são **Fatores Limitantes para a Participação**, por outro lado a *Identificação Cultural com a Comunidade* pode promover um comprometimento da população com o coletivo e assim representar um importante **Fator Facilitador da Participação**:

Quando a pessoa está engajada em um movimento, por exemplo, uma minoria que tenha ideais não é preciso de chamariz nenhum quer dizer, o próprio ideal da pessoa atrai ela até o movimento (Julho/2).

Eu acho que a pessoa aprende a participar também quando ela acredita que é parte daquilo. Daí ela tem interesse em participar também (Novembro/5).

Em qualquer população se você tiver uma coisa em comum entre as pessoas é mais fácil unir. Se cada um é diferente do outro e muito diferente é mais difícil conseguir essa união (Julho/5).

Ao longo do processo de trabalho com o grupo, alguns participantes foram percebendo que a descaracterização cultural é um expediente importante para reduzir nas comunidades a capacidade organizativa reduzindo-os a conglomerados humanos. Por conseguinte os participantes se deram conta, como Demo (1999), que a cultura de uma comunidade representa um importante processo de identificação comunitária e pode influenciar positivamente na diminuição do *Individualismo* das pessoas.

Para o autor a identificação cultural significa a ativação das potencialidades e da criatividade de uma comunidade, ou seja, sua capacidade de interagir com as circunstâncias

externas e representa um componente essencial para o sentimento de pertencer a um grupo e participar de um projeto de vida. Neste sentido a cultura comunitária é parceira da participação.

Para Demo (1999) identificação cultural apresenta talvez a motivação mais imediata para a participação. A comunidade somente reconhecerá como seu o projeto que mesmo tendo vindo de fora é capaz de revestir-se de traços culturais do grupo. Concordamos com o autor que ao menosprezamos os traços culturais de uma comunidade jogamos fora uma oportunidade real de diálogo, contato e motivação.

As reflexões feitas por Demo (1999) vêm ao encontro do pensamento de Baquero (2001). Para este autor poderia surgir capital social do sentimento das pessoas de pertencer a uma determinada comunidade fortalecendo os laços sociais de confiança interpessoal e nas instituições conseqüentemente estimulando a participação. Em adição o autor acredita que o fato das pessoas sentirem-se pertencentes a uma organização possibilita a socialização de normas participativas promovendo desta maneira valores democráticos.

Outro importante **Fator Limitante para a Participação** é a *Cultura da Medicalização*. Como podemos perceber pelas falas abaixo ela está presente na percepção dos participantes:

O governo estimula o paternalismo porque, como eu disse antes, é mais fácil dominar uma população na medida em que ela é mais dependente. Então o governo fala que está dando saúde para as pessoas e que por isso elas não precisam intervir (Julho/2).

As pessoas não aceitam sair do consultório sem uma receita pra pegar o remédio (Maio/3).

Esta percepção é positiva, pois certamente a *Cultura na Medicalização* contribui para tornar a comunidade cada vez mais dependente e acomodada e conseqüentemente menos participativa. Contudo, é importante lembrar que em suas **Concepções de Participação** a equipe mostrou que suas práticas também são medicalizadas. Deparamo-nos então com uma contradição na qual uma equipe de práticas medicalizadas percebe que a medicalização representa um **Fator Limitante para a Participação**. Acreditamos ser necessário entender melhor o motivo deste comportamento ambíguo.

Para tanto, buscamos lembrar das reflexões feitas sobre medicalização da saúde e relações de poder no capítulo de Revisão de Literatura deste trabalho. Como já citado naquele capítulo, o poder não é de todo negativo e em todos os relacionamentos entre grupos humanos existem relações de poder. Lembramos também que o saber em saúde confere ao trabalhador de saúde um poder que pode tornar fortemente assimétricas as relações com sua clientela, o que certamente

representa um problema, na medida em que coloca o usuário em uma posição de subalternidade. Este tipo de relação assimétrica pode ser identificado nas mais variadas situações que envolvam usuários e trabalhadores de saúde, até mesmo em atividades como a educação que, pelo menos em tese, deveria ser um processo dialógico. Ao invés do diálogo, o que ocorre com frequência, é que o trabalhador de saúde assume uma postura normativa e autoritária e busca inculcar no cliente “conhecimentos científicos” que considera superiores ao saber popular e assim reafirma e reproduz seu poder em todas as relações com o usuário. Desta forma, a medicalização da saúde representa um modo de assegurar o poder dos trabalhadores e das instituições de saúde colocando-os em uma posição confortável enquanto grupo dominante.

Por outro lado, esta posição deixa de ser confortável para o trabalhador de saúde, na medida em que o cliente assume a comodidade de ser passivo e coloca toda a responsabilidade de sua saúde nas mãos deste, esperando que resolva, como que por encanto, todos os seus problemas de saúde. Esta postura do usuário é incômoda para o trabalhador que se sente sobrecarregado, pois com todo o seu saber técnico não tem a solução para todos os problemas de saúde de seus pacientes.

Acreditamos que seja esta a causa da ambigüidade que encontramos nesta equipe que, atuando de uma maneira medicalizada, considera a *Cultura da Medicalização* um dos **Fatores Limitantes para a Participação**.

Para Kleba (2004) é necessário que o trabalhador de saúde mude a imagem que tem do usuário como um ser portador de carências, incompleto e pouco capaz, para uma imagem de um ser humano portador de competências e habilidades. Esta imagem leva a uma reformulação de conceitos e objetivos da assistência à saúde deslocando o foco de carências e situações a serem evitadas ou remediadas para a descoberta e o desenvolvimento de suas potencialidades.

Acreditamos que a *Cultura da Medicalização* influencia negativamente, tanto na organização das práticas, como nas demandas sociais por saúde. Por este motivo é importante que a equipe perceba que a *Cultura da Medicalização* na comunidade é em grande parte resultado da medicalização de suas atitudes, que acabam por reforçar este comportamento nas pessoas. Da mesma maneira o trabalhador de saúde deve entender que uma parceria com a comunidade, valorizando o saber popular e o diálogo não acarretará na diluição do seu poder. Ao contrário, contribuirá para uma potencialização do poder de trabalhadores de saúde e usuários levando a um

novo exercício do poder, contrário ao da medicalização, mais crítico e reflexivo, que pode ser a base para a concretização de uma mudança que antes parecia utópica.

Certamente esta mudança de atitude não deve ser encarada como uma “receita de bolo” que conduzirá a mudanças imediatas como que em um passe de mágica. Representa um caminho a ser seguido de modo a construir uma possibilidade de mudança. Sabemos que este caminho não é fácil. Seguramente encontraremos muitas dificuldades e obstáculos a serem superados.

Os trabalhadores da equipe identificaram estas dificuldades também como **Fatores Limitantes para a Participação**, sendo esta subcategoria denominada *Dificuldades do Serviço Público*. Esta denominação não quer dizer que consideramos que estas dificuldades são intrínsecas ao serviço público e que jamais poderão ser resolvidas. Significa apenas que são dificuldades sentidas pelos trabalhadores da equipe em sua prática no serviço público. A fala abaixo ilustra melhor esta subcategoria:

Hoje em função de toda a problemática da sociedade, a demanda na US acaba sendo muito grande e você acaba tendo que fazer os programas aqui dentro mesmo e não consegue sair pra ir na comunidade e fazer o programa lá, fazer esse trabalho de promoção de saúde na comunidade (Maio/2).

Certamente em nossa prática diária encontraremos obstáculos, contudo é necessário buscar alternativas para superar estas dificuldades. Segundo Kleba (2004) é necessário ampliar o diálogo em todos os espaços da política de saúde, trazendo para a pauta as dimensões sócio-ambientais do processo saúde-doença, traduzindo as demandas reais e complexas da comunidade em situações de intervenção social nas quais os trabalhadores de saúde certamente têm seu papel. Porém, é necessário projetar o olhar para além das questões de saúde e vislumbrar condições (como por exemplo, violência, solidão, abandono, falta de trabalho e renda, trabalho insalubre, miséria, fome, dentre tantos outros) que, muitas vezes, passam despercebidas ao olhar do trabalhador de saúde, pois não se traduzem em sintomas físicos.

Em contrapartida, os trabalhadores da equipe apontaram muitos pontos positivos do sistema de saúde do município no qual trabalham e acreditam que a *Estrutura bem Organizada das Ações Municipais e o PSF* são **Fatores Facilitadores da Participação** no município:

Se a gente for comparar nossa cidade com outras cidades eu acho que o município está muito mais avançado. Pode falar que ainda existe uma ou outra dificuldade, mas na atenção básica estamos muito bem (Maio/2).

O próprio PSF já é um gerador de mudanças (Março/2).

Este depoimento nos mostra que os participantes não identificam apenas problemas no serviço público, mas também potencialidades, o que é muito positivo e, com certeza, favorecem a participação. É necessário dizer que acreditamos na importância da ESF em potencializar a participação, na medida que os trabalhadores da ESF realmente adotem uma postura de diálogo e respeito às diferenças, colocando em prática uma atuação voltada para a Promoção da Saúde e o empoderamento da comunidade.

Outras ações desenvolvidas pela equipe como *Eventos Recreativos/Sociais e Esportivos* e a existência de um *Conselho Local de Saúde* são também pontos positivos apontados como **Fatores Facilitadores da Participação**.

Um evento como o baile do idoso também é encarado pelas pessoas como um evento social e por isso atrai bastante gente e não só idoso. Aqui teve muitos que trouxeram a filha de 30, 35, 40 anos (Julho/2).

O conselho tem essa interatividade com a população que pode vir e participar do que é dela e dar opinião. Então hoje, se a pessoa vem ao conselho, ela pode mudar alguma coisa como o funcionamento do posto ou a forma como é feita alguma coisa. Então ela tem que perceber que ela manda (julho/5).

Para Carvalho (1998 *apud* Kleba, 2005) um conselho de saúde, além de representar um espaço de encontro e debate entre sujeitos sociais portadores de interesses diversos, pode representar um importante espaço de disseminação de informações que podem subsidiar a comunidade na luta pelo direito à saúde. Além disso, a participação em um conselho poderá ser um elemento motivador para a reflexão crítica das pessoas sobre suas necessidades e potencialidades.

Como já dito, estes espaços (tanto eventos como o conselho local) são importantes para a motivação e mobilização da comunidade. Porém, não devem ser utilizados de uma maneira prescritiva e impositiva na qual o trabalhador de saúde determina com antecedência a atividade e como ela irá transcorrer, colocando-se na posição de dono do processo. Agindo desta forma estará desperdiçando uma chance real de contato, interação e motivação.

Ao adotar uma postura dialógica o trabalhador poderá aproveitar estes espaços para intercâmbio entre a equipe de saúde e a comunidade, que podem atuar como parceiras na busca por melhorias que podem beneficiar ambos os grupos.

Ainda em busca de explicações para a *Pouca Cultura de Participação na Comunidade*, a equipe identificou o *Imediatismo das Pessoas* também como um **Fator Limitante para a Participação**.

Para a equipe de saúde as pessoas são imediatistas, querem soluções prontas e rápidas para seus problemas. Isto se torna um problema, pois sendo a participação um *Fenômeno Lento* (subcategoria de **Concepções de Participação**) as pessoas desistem de participar.

As pessoas são muito imediatista (Abril/2).

As pessoas muitas vezes são imediatistas e querem soluções prontas. Não tem a paciência de esperar por uma melhora (Março/2).

Na atualidade, segundo Maia e Albuquerque (2005), o imediato é visto como um valor que permeia vários aspectos da cultura, constituindo uma qualidade essencial para o consumo. Frequentemente a idéia do imediatismo é amplamente difundida, de um modo subliminar, pelos meios de comunicação de massa. Mais precisamente falando, o que se veicula é a satisfação imediata, a resolução instantânea de todos os problemas.

Além disso, a *Cultura da Medicalização* também pode contribuir para aumentar o *Imediatismo das Pessoas* do qual os trabalhadores da equipe se queixam. Isto ocorre porque o usuário ou a comunidade, acostumados à atitude do trabalhador de saúde em se colocar na posição de único detentor do saber, única alternativa para obter saúde, espera por uma solução quase que mágica para seus problemas de saúde.

Outro ponto a considerar é o fato de que muitas vezes o usuário não consegue vislumbrar resultados em longo prazo ou não entende algumas alternativas (que para ele parecem abstratas) de obter saúde, como, por exemplo, a promoção da saúde. Faz-se necessário, então, um processo de conscientização das pessoas para que adquiram uma percepção crítica do mundo e de suas possibilidades tornando-se assim, menos imediatistas.

Relacionada a esta subcategoria a equipe identificou outra que foi denominada *Pouca Resolutividade das Reuniões* e também representa um **Fator Limitante para a Participação**:

Elas dizem que se fala, fala, fala e não se faz nada (Setembro/3).

Com o tempo os conselheiros começam a faltar ao conselho. Porque pra você ficar no conselho uma hora você tem que ver resultados. Às vezes você perde todo o mês indo na reunião e até discute muitos problemas, mas se você não fizer alguma coisa e fica sempre discutindo e sempre na teoria as pessoas cansam (Julho/5).

Como discutido anteriormente, atividades que buscam a discussão dos problemas e a conscientização da comunidade são estratégias importantes quando buscamos realizar um trabalho cujo diferencial seja a participação em saúde.

Contudo, é importante compreendermos que conscientizar a comunidade e discutir os problemas é somente uma parte do processo de desenvolvimento comunitário. Ficar apenas nisso acaba por desmotivar as pessoas, pois elas não vêem resultados concretos de sua participação (DEMO, 1999).

Esta idéia nos remete novamente às reflexões de Godbout (1983) e Briceño-Léon (1996). Segundo Godbout (1983) o fenômeno da participação reside na troca voluntária de mobilização por um certo poder e que nesta relação cada participante tende a dar o mínimo e obter o máximo. Já Briceño-Léon (1996) nos fala do modelo *esforço-recompensa* pelo qual é importante que o indivíduo obtenha realizações para que aprenda que pode fazer algo em prol de sua saúde.

Assim é mais fácil entender o porque da comunidade se sentir desmotivada pela *Pouca Resolutividade das Reuniões*.

A comunidade cansa quando, quando entra no gargalo comum da discussão infinita, da reunião constante, da agitação pela agitação. Atinge-se facilmente nível exacerbado de excitação política. Entretanto, esta será a maior desmotivação, quando se percebe que a vida não melhora em nada, ou que a comunidade não passa de cobaia do agente externo, que a estuda, a avalia, a excita e nada mais. Participar por participar é a fórmula certa de matar a participação (DEMO, 1999, p. 129).

Em contrapartida, na medida em que a comunidade consegue *Vislumbrar Resultados Positivos* a partir de sua participação, sente-se cada vez mais motivada a participar. Este foi outro **Fator Facilitador da Participação** identificado pelos trabalhadores participantes da pesquisa:

A pessoa saber que ela participar vai valer alguma coisa. Com o conselho isso talvez a gente consiga isso. Mas o conselho também tem que mostrar serviço (Julho/5).

Acreditamos que uma cultura participativa em uma comunidade pode ser fortemente sedimentada a partir de necessidades sentidas pelas pessoas e que obtiveram resolução a partir da organização da comunidade. Assim, percebendo como a participação pode trazer benefícios para sua vida a pessoa aprende a participar. Concordamos com Bordenave (1987, p. 72) quando afirma que [...] *como os demais processos sócio-humanos, a participação é suscetível de crescimento do tipo biológico. Ela pode ser aprendida e aperfeiçoada pela prática e a reflexão.*

6.2.3 Importância da Participação

As subcategorias construídas para a categoria **Importância da Participação** são apresentadas no quadro 6 em ordem decrescente de frequência em que foram citadas pelos participantes:

Quadro 6: Categoria 5 - Importância da Participação

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Importância da Participação	<ul style="list-style-type: none"> – Melhora na relação/interação com a comunidade – Potencializar a cidadania/ poder de uma comunidade – Motivação da equipe

Esta subcategoria não estava inicialmente prevista nos objetivos da pesquisa, porém foi incluída em virtude do processo de crescimento do grupo que, ao longo do trabalho, consegue resgatar a importância da participação em saúde em seu dia a dia. Assim, observamos que nos últimos encontros alguns trabalhadores da equipe compreendiam melhor como a participação da comunidade poderia ser importante para o seu trabalho:

O trabalho em si mostrou pra gente a importância da participação (Julho/6).

Segundo os participantes da pesquisa a participação é importante principalmente porque leva a uma *Melhora na Relação/Interação com a Comunidade*:

A participação é importante pela inserção social da pessoa e melhoraria muito a interação entre nós unidade de saúde e comunidade (Maio/5).

Eu acho se as pessoas participassem mais seria melhor porque elas iam saber mais as nossas coisas e como funciona o posto. Eles iam dar as idéias deles também se eles participassem (Dezembro/5).

Para Kleba (2005) o fato de a comunidade participar junto a instituições públicas se constitui em uma extraordinária oportunidade de trabalho conjunto entre os diferentes grupos da sociedade e o Estado. Isto porque no entender de Doniak (2002) a proposta de desenvolvimento local participativo implica a democratização da vida social, através da mobilização da sociedade para a gestão compartilhada do desenvolvimento em processo, na democratização do poder local pelos mecanismos e canais de participação social, no reforço e na ampliação das organizações sociais, na promoção de parcerias e na existência de um sistema de informações aberto e descentralizado.

A participação proporciona uma *Melhoria na Relação/Interação com a Comunidade* porque, segundo Bordenave (1987), se constitui em uma tarefa coletiva e por isso se torna mais eficiente na medida em que ocorre a distribuição de funções e a coordenação dos esforços de usuários e trabalhadores de saúde em prol de um objetivo comum. Além disto, ao consistir no compartilhar de talentos, experiências, conhecimentos, interesses e recursos, a participação exige

também que as pessoas aprendam a se comunicar, quer dizer, a usar bem diversos meios de comunicação e métodos de discussão e debate que sejam produtivos e democráticos.

Acreditamos que a participação em saúde apesar de não garantir necessariamente a redução das desigualdades representa a possibilidade de democratizar as instituições, bem como uma possibilidade de real de superação do fosso cultural que se impõe nas relações entre trabalhadores de saúde e a população, bem como da assimetria nas relações de poder que predomina entre estes dois grupos.

No entender de Demo (1999) os fenômenos participativos têm a característica de se constituírem em espaços reais de negociação entre os diversos grupos e interesses. Não se trata de impor sua vontade ou ceder eternamente, mas escutar o que o outro tem a dizer, buscar convencer, ser convencido. Em outras palavras, consolidar regras democráticas aceitando o outro, não como objeto de negócio ou exploração, mas como parceiro. Para o autor participar significa a possibilidade de se reverem pactos sociais e de se proporem outros, sendo a negociação importante porque acarreta mútuo compromisso.

Esta possibilidade de formar parcerias com a comunidade se torna muito positiva para a promoção à saúde na medida em que esta pressupõe o fortalecimento das ações comunitárias.

Não podemos imaginar que neste processo de negociação não haverá conflitos. Ao contrário, fenômenos participatórios tendem a aumentar os conflitos. Porém, estes conflitos tendem a ser resolvidos a partir do reconhecimento de direitos, das negociações e da colaboração entre as partes envolvidas. A participação da sociedade é, pois, um exercício de sua real cidadania (BITTENCOURT, 1998 *apud* DONIAK, 2002).

Neste sentido a equipe compreende que além de promover uma *Melhora na Relação/Interação com a Comunidade*, a participação é importante para *Potencializar a Cidadania/Poder de uma Comunidade*:

A população tem um poder muito grande pra conseguir as coisas. Eles não imaginam o poder que eles tem a hora que eles se unem. É claro que a gente participando junto essa força vai ficar muito maior (Maio/6).

Para Kleba (2005) a participação é um passo importante na conquista da autoconfiança e da emancipação dos indivíduos e da comunidade que, através dela, podem desenvolver habilidades de negociação além de aprender sobre sua capacidade de reação, autodeterminação e co-responsabilização. Para a autora a participação é um mecanismo importante contra a alienação individual e a frustração perante uma sociedade, muitas vezes, opressora. Através dela os

cidadãos são atraídos à responsabilidade e seus espaços de ação são ampliados. É também um importante instrumento de socialização política, enquanto aprendizagem, na medida em que são criadas novas formas de agir, novas visões e interações com o sistema social e político. De acordo com Demo (1999) processos participativos acentuam a cidadania organizada, sendo que esta organização traduz um aspecto importante da competência democrática.

É importante perceber que a participação não é um fim em si mesma, mas um meio através do qual as pessoas tornam mais críticas e dispostas a lutar por seus direitos. Isto porque na medida em que uma comunidade ou indivíduo se envolve em um projeto sente-se proprietário e co-responsável pelo seu sucesso ou fracasso. A participação representa assim uma real possibilidade de alcançarmos a co-responsabilização de todos os envolvidos no setor saúde (gestores, trabalhadores e usuários) que tanto buscamos, bem como o empoderamento dos usuários e a distribuição de recursos em uma sociedade.

Neste sentido, a implementação de práticas e processos que tenham como meta o empoderamento trás à tona a necessidade de abordagens educativas que valorizem a criação de espaços públicos capazes de promover a participação dos indivíduos e grupos na identificação, análise crítica de seus problemas e busca por estratégias de enfrentamento.

Por fim, os participantes relatam que a participação das pessoas é importante também para promover a *Motivação da Equipe*:

A participação das pessoas é importante para a motivação da gente também. Quando vem bastante gente nos grupos e a gente sente que eles estão gostando então a gente sai daqui contente, porque houve a participação (Maio/5).

Acreditamos que o estímulo à participação pode ser conseguido através das consolidações de parcerias e da construção de um processo participativo que traga resultados positivos a todos. Assim os cidadãos sentem-se satisfeitos porque percebem melhoria na sua condição de vida e saúde da mesma maneira que o trabalhador sente-se recompensado ao constatar que o trabalho que traz resultados positivos é valorizado pelo usuário. Por este raciocínio retornamos ao primeiro item abordado nesta categoria (**Importância da Participação**) que é a *Melhoria da Relação/Interação com a Comunidade*. Acreditamos ser este um ponto importante, pois na medida em que ocorre uma *Melhoria da Relação/Interação com a Comunidade* as possibilidades de diálogo tornam-se ampliadas levando a resultados positivos e conseqüentemente à motivação de ambos os grupos, usuários e trabalhadores de saúde.

Capítulo 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como dito anteriormente a participação em saúde representa uma importante conquista no Sistema Único de Saúde. É necessário, porém que esta conquista se transfira do âmbito jurídico institucional para a prática das Unidades de Saúde. Neste contexto, segundo o Ministério da Saúde, a ESF pode representar um avanço, pois prevê, dentre outras questões, a participação de toda a comunidade, em parceria com a equipe em todos os momentos, desde a determinação das prioridades, até a escolha das estratégias de enfrentamento e avaliação do trabalho.

O que observamos ao longo dos mais de dez anos de implantação é que a incorporação da participação popular na ESF não é uma tarefa simples, pois depende da interação de fatores histórico-políticos e sócio-econômico-culturais relacionados aos gestores, comunidade e trabalhadores de saúde.

Entendemos que a determinação das *Concepções de Participação e Práticas Participativas* de uma equipe da ESF seja importante para entender como a questão da participação em saúde é operacionalizada no dia a dia de uma Unidade de Saúde.

Inicialmente nesta Unidade de Saúde a equipe percebia a participação, principalmente como comparecer às reuniões propostas pela equipe, discutir os problemas, fazer sugestões/intervir e também como a participação do usuário em seu tratamento de saúde (principalmente seguindo corretamente as recomendações médicas). Estas concepções se refletiam nas práticas da equipe que tinha como principal prática participativa o ato de convidar a comunidade para reuniões, grupos, atividades educativas, físicas e recreativas. Assim, a equipe solicitava eventualmente a colaboração desta na efetivação de suas propostas, porém a mantinha como mero objeto de sua ação, sem dar-lhe a oportunidade de lançar suas propostas e tomar suas próprias decisões.

No decorrer do processo de trabalho alguns participantes foram mostrando um certo amadurecimento de suas concepções, percebendo a participação também como o ato de o usuário fazer perguntas nos grupos educativos ou exercer o direito do voto, entendendo a participação como um fenômeno lento e gradual. Este amadurecimento foi importante, porém estas concepções ainda eram limitadas.

Um fator restritivo bastante presente nas práticas da equipe é a medicalização do cuidado à saúde o que gera assimetria nas relações entre os trabalhadores e a comunidade.

Contraditoriamente, apesar da equipe adotar práticas que perpetuam o modelo medicalizado de saúde, esta tinha consciência de que a cultura da medicalização representa um importante *Fator Limitante para a Participação*.

Além da cultura da medicalização a equipe apontou a pouca cultura de participação na comunidade, o individualismo, imediatismo, comodismo e apatia das pessoas, a postura dos trabalhadores de saúde, a perda da motivação ao longo do processo, o contexto histórico e político do País, o pouco acesso à educação e informação, a pouca resolutividade das reuniões e as dificuldades que enfrentam no serviço público como *Fatores Limitantes para a Participação*. De maneira semelhante a equipe apontou a educação em saúde, a identificação cultural com a comunidade, eventos recreativos, sociais e esportivos, o conselho local de saúde e a ESF dentre outros, como *Fatores Facilitadores da Participação*.

A educação foi um ponto muito valorizado pela equipe como *Fator Facilitador da Participação*. Este fato, por si só, já representa um avanço do grupo, porém observamos que alguns participantes concebem a educação em saúde principalmente como uma maneira de passar orientações para a comunidade e não como uma interativa troca de saberes.

Outro fator identificado pela equipe, que acreditamos interfere sobremaneira em promover ou limitar a participação, é a cultura. Não entendida aqui como folclore, refinamento ou erudição, mas como um processo de identificação comunitária através do qual o indivíduo ou grupo social se percebe como uma comunidade. Isto porque, não há projeto comum (como é o caso da participação) que possa ser assumido sem coesão comunitária. Neste sentido a falta ou a existência de laços culturais contribui para o nível de participação das pessoas de determinado grupo social.

Em nossa avaliação, consideramos que a postura dos trabalhadores de saúde é um fator importante e pode interferir positivamente ou negativamente no nível de participação de uma comunidade. Assim, acreditamos ser importante que os trabalhadores da equipe tenham um perfil voltado à prática da Promoção da Saúde, estejam realmente comprometidos e com a comunidade e acreditem no diálogo e na participação como estratégias na busca do crescimento e desenvolvimento da comunidade com a qual trabalham. Do contrário, a equipe corre o risco de perpetuar um modelo autoritário, medicalizado e excludente que promove, não o empoderamento da comunidade, mas sim o comodismo, a apatia e o individualismo das pessoas.

A Metodologia da Problematização (Bordenave e Pereira, 1982), adotada no processo de discussão com o grupo, contribuiu para que a realidade do cotidiano dos trabalhadores da equipe fosse problematizada, possibilitando a alguns um novo olhar com relação à sua prática diária e o relacionamento com a comunidade. Acreditamos, porém que a desilusão e o cansaço que observamos, principalmente das lideranças do grupo, dificultaram muito nosso trabalho de motivação da equipe. Entendemos que estes fatores dificultaram não somente o processo de reflexão crítica das práticas da equipe, mas também a disposição de alguns participantes em buscar mudanças positivas no seu dia a dia com relação à participação em saúde.

Em nossa avaliação, a metodologia problematizadora de Bordenave e Pereira (1982) é um valioso instrumento de capacitação para a participação, pois tem o potencial de estimular o desenvolvimento de atitudes críticas no indivíduo por meio da reflexão-ação-reflexão com relação à sua realidade. Além disso, representa um modo de trabalhar a educação para a participação de uma maneira participativa, o que por si só já representa um avanço, na medida em que lembramos que a educação não se faz apenas de modo formal, mas por intermédio de nossas ações e atitudes. Assim, acreditamos que ao educar participativamente estamos contribuindo para a formação de profissionais participativos em suas ações.

No decorrer do processo de trabalho com o grupo alguns participantes conseguiram resgatar a importância da participação em saúde no dia a dia de seu trabalho. Assim, observamos que nos últimos encontros alguns participantes compreendiam melhor o quanto a participação da comunidade poderia ser importante para a melhoria de sua relação/interação com a comunidade.

Este fato é muito positivo em nossa avaliação, pois acreditamos que embora as desigualdades sociais sejam imensas a participação representa uma possibilidade real de superação de diferenças sócio-econômico-culturais que dificultam o mútuo entendimento entre trabalhadores de saúde e usuários, bem como de democratização das relações e superação da assimetria nas relações de poder que predomina entre estes dois grupos.

Entendemos que na medida em que a equipe de saúde compreende a importância da participação deixa de considerá-la mais uma dentre as tantas outras atribuições que tem, sentindo-se cada vez mais motivada em buscar a participação da comunidade. Isto poderia representar o início de um processo de auto-avaliação crítica de suas práticas que poderia deflagrar na busca sistematizada por um melhor entendimento do que realmente seja a participação e como promovê-la.

Por fim, acreditamos, ser importante novamente ressaltar o papel estratégico das relações estabelecidas no cotidiano das Unidades de Saúde para o processo de mudança social e empoderamento das pessoas. Assim, não basta que o Ministério da Saúde proponha estratégias como, por exemplo, a ESF se não investir na formação de gestores e trabalhadores sob a lógica da integralidade das ações de saúde, aptos para compreender a realidade de vida da população, criar vínculos e trabalhar em equipe, priorizando a educação em saúde de maneira dialógica, crítica e reflexiva.

Neste sentido, é premente a necessidade de desenvolver e/ou incrementar programas de Educação Permanente de modo a capacitar os trabalhadores de saúde, não somente no nível teórico, mas na prática, para o trabalho com a comunidade de maneira participativa. Além disso é importante se firmar uma política de mudança nos cursos de graduação na área da saúde que induzam as universidades a cumprirem seu papel social de modo a formar profissionais integralmente aptos, não somente do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista social.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, M. D.; CARVALHO, E. F. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, sup2, p. 59-68, 1998.

AKERMAN, M. *et al.* Avaliação em promoção da saúde: foco no município saudável. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 638-646, 2002.

ALVES, E. D.; ARRATIA, A.; SILVA, D. M. G. Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde. **Cogitare Enferm**, v. 1, n. 2, p. 2-7, jul/dez, 1996.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 319-322, jan-fev, 2003.

BASTOS, J. R. M. ; PERES, S. H. C. S. ; RAMIRES, I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org). **Odontologia em saúde coletiva**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 117-139.

BAQUERO, M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Rev. Sociol. Polit.**, n. 21, p. 83-108, 2003.

BAQUERO, M. Alcances e limites do capital social na construção da democracia. In: BAQUERO, M. (Org). **Reinventando a sociedade na América Latina: cultura, política, gênero, exclusão, capital social**. Porto Alegre/Brasília: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 2001.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino e aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

_____ **O Que é participação**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde **A prática do controle social**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

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

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Estratégia de saúde da família: uma estratégia de reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____ Ministério da Saúde. Documento Preliminar. Março/96. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____ Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Gabinete do Ministro, 1992.

BRICEÑO-LEÓN, R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14 (sup. 2), p. 141-147, 1998.

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

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CANTARINO, G. ; MACHADO, H. Programa de saúde da família no contexto do sistema único de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**. Brasília, 1999.

CARVALHO, B. G. MARTIN, G. B. CORDONI JR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. ; SOARES. D.A; CORDONI JR, L. (Orgs) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina/Rio de Janeiro. Co-edição Editora UEL e ABRASCO, 2001.

_____. S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p.1088-1095, jul./ago., 2004.

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

_____. ; GOULART, F.A.A. (Orgs) **Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde**. Rio de Janeiro: Enso/Fiocruz, v.1, 1998.

CECCIM, R. B. ; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1400-1410, set./out., 2004.

CHIESA, 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 29jan. 2003.

CIANCIARULLO, T.I. *et al.* **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo, 2002.

CORREIA, M.V.C. **Que controle social: os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de saúde. **Sociologias**. Porto Alegre. s/v., n. 7., p. 16-49. jan/jun. 2002.

_____. As origens da idéia de participação na área da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina. v. 51, s/n. p. 30-37, jun. 1996.

CUNHA, J. P. P. ; CUNHA, R. E. Sistema único de saúde: princípios. In: CAMPOS, F. E. ; OLIVEIRA, Jr. M. ; TONON, L. M. (Orgs). **Cadernos Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

DALLARI, D. de A. **Elementos da teoria geral do estado**. 28 ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

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

DEMO, P. **Cidadania menor: algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política**. Petrópolis: Vozes, 1992.

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

DONIAK, F. A. **Participação comunitária no processo de desenvolvimento local: estudo do caso do município de Rancho Queimado**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

DREYFUS, H; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: forense Universitária, 1995.

FAUNDEZ, A. **O poder da participação**. São Paulo: Cortez, 1993.

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

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GODBOUT, J. **La participacion contre la démocratie**. Quebec: Edicions Coopératives Albert Saint-Martin, 1983.

GRISOTTI, M. Políticas de saúde e sistemas médicos no Brasil. **Katálysis**, s/v. n. 3, p. 49-61, nov. 1998.

JACOBI, P.R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 7, n. 3, p. 443-454, 2002.

JOHNSON, A. G. **Dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____ Educação, ampliação da cidadania e participação. **Educ. Pesqui.**, v. 26, n. 2, p. 11-29, jul/dez. 2000.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, 1999.

KLEBA, M. E. Participação social e saúde da família no contexto do sistema único de saúde: apontamentos para o debate. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM SAÚDE: O SUS E A ATENÇÃO BÁSICA. 2, 2004, Itajaí. **Anais...** Itajaí: Univali, 2004. p. 22- 32.

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

LEVCOVITZ, E., LIMA, L.D., MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n. 2, p.269-291, 2001.

LÜDKE, M. ; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. Pedagógica e Universitária: São Paulo, 1986.

MAIA, M. S. ; ALBUQUERQUE, A. **Cultura contemporânea, imediatismo e desamparo**. São Paulo: Núcleo de Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP. Disponível em: <<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/albuquerquemaia.htm>> Acesso em: 24 abril 2005.

MEDEIROS, M. C. **Educação em saúde: vivências do cotidiano de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MELLO, D. A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1149, out-dez, 2000.

_____ *et al.* Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (distrito São João dos Queirós, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 583-595, jul-set, 1998.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 6. ed. Hucitec/Abrasco: SP-RJ, 1999.

OLIVEIRA Jr, M. O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: GOULART, F.A.A. (Org). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

_____, C. A. **A contribuição dos fatores motivacionais para a qualidade**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____, M. F. J. ; ALBUQUERQUE, A. J. Participação popular e prática odontológica em serviço público de saúde: uma experiência. **Saúde em Debate**, n. 37, p. 40 – 43, 1992.

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

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

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil. Belo Horizonte: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf> acesso 10 jan. 2005.

REIS, B. P. W. O mercado e a norma: o Estado moderno e a intervenção pública na economia. **RBCS**. V. 18, n. 52, jun, 2003.

RIZZINI, I.; CASTRO, M. R. ; SARTOR, C. S. D. **Pesquisando: guia de metodologias de pesquisa para programas sociais**. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 1999.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org). **Odontologia em saúde coletiva**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia de saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

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

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

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

TRAD, L. A. B. ; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n.2, p. 429-435, abr/jun, 1998.

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

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

_____. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, supl. 2, p. 07-18, 1998.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. Paulus: Rio de Janeiro, 2004.

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

_____. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, sup 2, p. 39-57, 1998.

VÁZQUEZ, 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**, v. 19, n. 2, p. 579-591, mai/abr. 2003.

WENDHAUSEN, Á. **O duplo sentido do controle social**. Itajaí: UNIVALI, 2002.

_____. A construção da subjetividade nos serviços de saúde: da sujeição à autonomia solidária. **Texto Contexto Enferm.**, v. 9, n. 3, p. 54-73, ago/dez. 2000.

_____. ; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25. 2003.

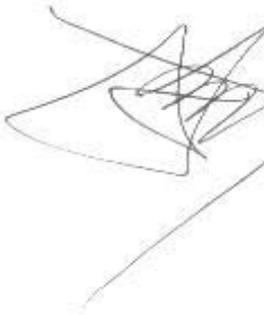
WHO (World Health Organization). Health Promotion - **The Ottawa Charter**. Geneva: WHO, 1986.

ANEXOS E APÊNDICES



9 ANEXOS

Anexo 1 – Certificado Concedido ao projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí.

	UNIVALI
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ	
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA	
Certificado	
Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "Concepções e práticas participativas de equipes profissionais e usuários ligados ao Programa Saúde da Família", da pesquisadora Luciane Campos , com orientação da Professora Águeda Wenhausem , 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 055/2004 pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.	
	Prof. Dr. Valdir Cochinel 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

10 APÊNDICES

Apêndice 1 – Ofício enviado à Secretaria de Saúde do município solicitando autorização para a realização da pesquisa.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Eu, Luciane Campos, mestranda do curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da UNIVALI venho por meio deste, solicitar sua autorização para realização de uma pesquisa denominada “**Concepções e práticas de uma equipe da estratégia de saúde da família sobre educação/ participação em saúde**” com os trabalhadores da Unidade de Saúde da Família XXXX.

O referido projeto tem como objetivos implementar um processo de discussão, com membros da equipe acerca do tema participação em saúde e investigar como a equipe compreende e pratica participação com os usuários de sua área de atuação.

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

Comprometo-me também em realizar uma devolutiva com os resultados do trabalho para os trabalhadores da equipe pesquisada de modo a contribuir para suas práticas profissionais com relação ao tema educação/participação..

Na expectativa de acolhida de minha solicitação, agradeço antecipadamente.

Luciane Campos

Cirurgiã Dentista

Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa.

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 mestrand Luciane Campos e sob a coordenação e orientação da Professora Dra Águeda Lenita Wendhausen, ambas vinculadas ao curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – opção Saúde da Família – do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da UNIVALI, conforme objetivos e metodologia expostos.

LOCAL e DATA _____

ASSINATURA _____

Apêndice 3 – Material escrito utilizado e distribuído ao grupo no quarto encontro para a teorização.

<p style="text-align: center;">Participação</p> <p>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 e presença. Demo (1999).</p>	<p style="text-align: center;">Participação</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ É um processo lento e gradual (conquista); ✦ Não esta em nossos hábitos participar; ✦ A participação assusta; ✦ É mais prático receber coisas dos outros; ✦ A participação não é um fenômeno fácil ou banal; ✦ É necessário motivação para participar.
<p style="text-align: center;">Motivação</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Dar motivos; ✦ motivo é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma e dá origem a um comportamento específico; ✦ Esse impulso à ação pode ser provocado por estímulo externo, do ambiente, e pode também ser gerado nos processos mentais do indivíduo; ✦ Expectativas > motivação > ação > resultados esperados (recompensa) > satisfação 	<p style="text-align: center;">Goldbout (1983)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ O fenômeno da participação reside na troca voluntária de mobilização por um certo poder. Assim as pessoas recebem um certo grau de poder e oferecem um grau de mobilização como retorno. ✦ Cada participante tende a dar o mínimo e obter o máximo. ✦ Para o autor se as pessoas participam pouco é porque retiram pouco do sistema.
<p style="text-align: center;">Demo (1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Capacidade de organização de uma comunidade > início do processo participativo; ✦ Comunidade desorganizada: acomodada ?? ✦ Dominação e submissão histórica e culturalmente impostas; ✦ A consciência dos processos de dominação pode ser tão restrita que a participação muitas vezes parece desinteressante; ✦ É difícil associar-se, organizar-se, mobilizar-se quando se acredita que pobreza e/ou falta de saúde é sina; ✦ Muitas vezes as pessoas apenas vegetam sem atinar para a possibilidade de reverter este processo. 	<p style="text-align: center;">MASLOW (1970)</p> <p>✦ O homem faz o que faz por causa das suas necessidades.</p>  <p style="text-align: right;">MSH</p>

Apêndice 4 – Material escrito utilizado e distribuído ao grupo no quarto encontro para a teorização.

<p>A teoria de Maslow nos diz que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Somente quando um nível inferior de necessidades está satisfeito é que o nível imediatamente mais elevado surge no comportamento. ✦ Nem todas as pessoas conseguem chegar ao topo da pirâmide de necessidades ✦ Quando as necessidades mais baixas estão razoavelmente satisfeitas, as necessidades localizadas nos níveis mais elevados começam a dominar o comportamento. Contudo, quando a necessidade de nível mais baixo deixa de ser satisfeita, ela volta a predominar no comportamento. 	<p>É importante considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ O processo de conquista do direito passa normalmente pelas fases de: tomada de consciência > proposta de enfrentamento > necessidade de organização política. ✦ Noção de cidadania: Qualquer direito corresponde a um dever. ✦ Conscientizar a comunidade é apenas parte do processo. O trabalho de conscientização apenas desestimula a participação. É importante ter objetivos concretos > modelo esforço recompensa
<p>Identificação Cultural e Participação</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Processo de identificação comunitária na qual uma comunidade se reconhece como tal. (ex. Palestinos: povo com uma mesma identidade cultural, porém sem um território específico); ✦ Significa a ativação das potencialidades e da criatividade de cada sociedade = Capacidade de interagir com as circunstâncias externas; ✦ Diferentes comunidades possuem diferentes traços culturais; 	<p>Identificação Cultural e Participação</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ A comunidade somente reconhecerá como seu aquele projeto que mesmo tendo vindo de fora é capaz de revestir-se de traços culturais do grupo. ✦ Não levar em conta a cultura comunitária = iniciativa imperialista e de dominação; ✦ Reação de defesa à dominação > Resistência à mudança; ✦ Identificação cultural > Motivação à participação; ✦ Quando menosprezamos os traços culturais de uma comunidade jogamos fora uma oportunidade real de diálogo, contato e motivação da comunidade.

Apêndice 5 – Material escrito distribuído ao grupo no sexto encontro.

QUADRO SINTÉTICO DOS RESULTADOS

<p>CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Comparecer às reuniões propostas pela equipe de saúde, – Discutir os problemas, fazer sugestões/intervir, – Participar do próprio tratamento de saúde, – Fenômeno lento, – Fazer perguntas nos grupos, – Exercer o direito do voto.
<p>PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Grupos, atividades educativas, físicas e recreativas, – Convidando para reuniões, – Utilizando o conselho local como estratégia na busca de mais participação, – Negociação de participação por direitos.
<p>PORQUÊ PARTICIPAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Melhora na relação/interação com a comunidade – Potencializar a cidadania/ poder de uma comunidade – Motivação da equipe
<p>FATORES LIMITANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Comodismo e apatia das pessoas – Postura dos trabalhadores de saúde – Pouca cultura de participação na comunidade – Perda da motivação ao longo do processo – Contexto histórico – político no Brasil – Dificuldades do serviço público – Individualismo – Cultura da medicalização – Imediatismo das pessoas – Não é fácil participar – Pouca resolutividade das reuniões – Pouco acesso à educação e à informação

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](#)