

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

ROSANGELA APARECIDA BORBA

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

Itajaí – SC

2005

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ROSANGELA APARECIDA BORBA

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

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

Orientadora:
Profa. Dra. Águeda Lenita Pereira Wendhausen

Itajaí – SC
2005

ROSANGELA APARECIDA BORBA

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

Esta dissertação foi considerada aprovada ao seu término final pelo Programa de Pós-Graduação no curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Itajaí, 06 de maio de 2005.

Águeda Lenita Pereira Wendhausen
Coordenadora do Mestrado

BANCA EXAMINADORA:

Águeda Lenita Pereira Wendhausen
Presidente/Orientadora

Elizabete Kleba
Membro

Rosita Saupe
Membro

Julian Borba
Membro

Ingrid
Supl

*“O destino une e separa pessoas, mas,
mesmo sendo tão forte ele é incapaz de fazer
com que esqueçamos pessoas que por algum tempo nos fizeram felizes”.*

Dedico esse trabalho. . .

*À minha querida irmã “Zani”
que nos deixou assim, tão de repente deixando uma saudade imensa.*

AGRADECIMENTOS

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

*Ao meu companheiro Rudinei e a minha filha Camila,
pelo tempo que não lhes pude dedicar.*

A minha mãe, pelo apoio e dedicação e ao meu irmão, amigo de toda a vida.

*A minha orientadora Águeda,
que acreditou em mim e soube estar presente em todas as etapas deste trabalho.
Sem a sua ajuda não teria conseguido.*

*A Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Eleide Margareth Farahit e a
Coordenadora de Estágio Maria Denise Mesadri
pelo apoio e motivação na elaboração desta pesquisa.*

*Aos meus amigos Lea e Claudenir
pelo incentivo, por saber que em qualquer momento posso contar com vocês.*

*A amiga Denise Stringari Marco
pelo apoio e incentivo na elaboração desta pesquisa.*

As amigas e companheiras Ivana e Salete, parceiras sem igual.

A querida Ionice amiga das horas de choro e de risos.

*As companheiras de disciplina, Lucina Bica, Liliam, Sibeles e Silmara
pelo apoio e companheirismo.*

*Aos companheiros Ana, Guedes, Daniela e Danilo
pelo apoio, solidariedade e substituições das minhas atividades.*

*A Rita, a Zúlmira e a todos os meus colegas de mestrado
pelo apoio e carinho sempre que precisei.*

Aos companheiros da 17ª Regional de Saúde pelo incentivo.

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

*As Doutoradas, Elisabeth Kleba e Ingrid Elsen,
por tão gentilmente aceitar fazer parte da banca.*

*A equipe do Programa Saúde da Família do Bairro dos Municípios
pelo carinho do convívio.*

Em especial aos usuários participantes da pesquisa.

BORBA, Rosangela Aparecida. **Concepções e Práticas sobre Participação dos Usuários de um Programa Saúde da Família**. 2005. 107 fls. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí.

RESUMO

A implantação e construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e de estratégias como a da Saúde da Família, garantiu e tem favorecido práticas participativas em saúde. Porém, as comunidades apresentam um envolvimento bastante limitado os processos participativos. Este trabalho discute as concepções e práticas participativas dos usuários de uma unidade básica de saúde, em um município da Região da Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí Açu – AMFRI, onde atuam duas equipes do Programa Saúde da Família. Na construção desse trabalho contamos com a participação de 14 (catorze) usuários que freqüentavam regularmente a unidade básica de saúde. Teve como orientação metodológica as etapas da metodologia problematizadora proposta por Bordenave e Pereira (2002). Na análise de dados utilizou-se a análise temática proposta por Minayo (2000), da qual resultou a qualificação das categorias propostas nos objetivos, de onde emergiram subcategorias. Em relação às Concepções de Participação a subcategoria que mais se destacou no grupo foi Aprender, Praticar e Opinar, em que os participantes colocam a participação como um processo que favorece a aprendizagem, através da troca de diferentes saberes, o que impulsiona à transformação todos os envolvidos no processo. Entendem também, que esta aprendizagem deve levar a uma prática e à liberdade de expressão. Quanto às Práticas Participativas o grupo evidenciou Os Problemas na Relação com o Serviço de Saúde, que não respeita o usuário em suas necessidades e não é resolutivo. O problema é que os usuários ainda visualizam somente a falta de acesso aos “atos médicos” como o mais relevante, o que evidencia a forte representação de assistência à saúde relacionada apenas ao modelo medicalizado e hospitalocêntrico. Como Fatores Facilitadores da Participação ficou evidenciadas ao grupo duas subcategorias: Informar a Comunidade, no sentido de esclarece-la sobre os objetivos e funcionamento da ESF e Criar um Conselho Local de Saúde, que foi percebida pelo grupo como uma importante estratégia a ser colocada em prática com brevidade. Os Fatores Limitadores, para o grupo estiveram mais relacionados à Falta de Informação da Comunidade sobre a ESF, o que tem como conseqüência o afastamento das pessoas dos serviços de saúde. Conclui-se que o sucesso da participação em saúde depende de diversos elementos, entre eles, os interesses e opiniões dos principais atores envolvidos nem sempre considerados – os usuários.

Palavras-chave: Participação em Saúde. Saúde da Família. Promoção da Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Arco de Maguerez (Bordenave; Pereira, 2002).....	50
Quadro1: Identificação dos usuários Participantes da Pesquisa.....	55
Figura 2: Categoria: Concepções de Participação	65
Figura 3: Categoria: Práticas Participativas.....	75
Figura 4: Categoria: Fatores Limitadores da Participação.....	83
Figura 5: Categoria: Fatores Facilitadores da Participação.....	87

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA	16
1.1 As Políticas de Saúde no Brasil	16
1.2 Participação do usuário nos Serviços de Saúde	24
1.3 Promoção da Saúde: uma perspectiva para a Participação.....	36
1.4 O Programa Saúde da Família como estratégia para a Atenção Básica ...	42
CAPÍTULO II: PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
CAPÍTULO III: RESULTADOS	53
3.1 A dinâmica dos encontros	53
3.1.1 Primeiro Encontro: Sensibilizando o grupo - Estabelecendo Rapport.....	53
3.1.2 Segundo Encontro: Observação da Realidade	55
3.1.3 Terceiro Encontro: Pontos-Chave	56
3.1.4 Quarto Encontro: Teorização	58
3.1.5 Quinto Encontro: Teorização.....	59
3.1.6 Sexto Encontro: Hipótese de Solução.....	60
3.2 Apresentando as categorias do estudo	62
3.2.1 Categoria: As concepções de Participação	62
3.2.2 Categoria: Práticas Participativas.....	74
3.2.3 Categoria: Fatores Limitadores da Participação.....	82
3.2.4 Categoria: Fatores Facilitadores da Participação.....	87
CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	104
Apêndice A.....	105
Apêndice B.....	106
Apêndice C	107
Apêndice D.....	108
Apêndice E.....	109

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira teve como consequência a criação e implementação de um Sistema Único de Saúde tendo como base legal o Art. 198 da Constituição Federal de 1988 e as Leis 8080/90 e 8142/90. Entretanto os princípios da equidade, integralidade, universalidade e participação social, relevado por esta Reforma, estão ainda por ser consolidados implicando na busca de um novo fazer em saúde.

Desta forma entendo que, como profissionais de saúde devemos contribuir para a reflexão de nossas práticas, buscando sua crítica e propondo alternativas para sua qualificação. Neste sentido é que desenvolvi o presente estudo cujo tema é a concepção e práticas dos usuários de um programa saúde da família sobre participação.

Paim (1991) tem criticado o modelo tradicional de atenção à saúde, mas, ao mesmo tempo, tem comentado que para a efetivação do atendimento às necessidades da saúde da população é imprescindível o exercício da participação organizada dos grupos sociais, assim como, o reconhecimento e o estímulo das potencialidades das iniciativas comunitárias. Essas, na sua opinião, têm sido importantes na qualificação e redefinição das relações sociais, que indubitavelmente auxiliarão na redução do sofrimento humano, prevenção de agravos, bem como na promoção, preservação da saúde, aprimoramento da consciência sanitária e ecológica, contribuindo decisivamente para a melhoria da qualidade de vida da população.

Para Teixeira (1999) o processo de construção do Sistema Único de Saúde enfrenta, no momento atual, um dos maiores, se não o maior desafio, consolidar o processo de mudança do modelo assistencial, processo esse que vem desenvolvendo-se, principalmente, a partir de 1993-1994, quando se desencadearam a municipalização e a implementação da estratégia de Saúde da Família.

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Tem como objetivo

substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizada como atendimento de demanda espontânea, eminentemente curativa, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, concordo com Teixeira (1999, p.21) quando aponta que

A Saúde da Família só vai fazer diferença no contexto atual da atenção à saúde, se superar o processo de medicalização e avançar na constituição de novos sujeitos das práticas de saúde, não apenas os profissionais imbuídos dessa lógica, mas também a própria população assistida, em um processo de empoderamento que introduza as questões de promoção da saúde, transversalmente, no campo da saúde coletiva e no seio da própria prática médica.

Os desafios para a área da saúde parecem constituir-se na busca de propostas que sejam factíveis e de impacto em relação ao perfil epidemiológico da população, redimensionando a atenção às políticas de saúde, de modo que contemplem os aspectos de promoção, prevenção, reabilitação da saúde, e que promovam antes de tudo, a cidadania dos sujeitos.

Em nosso entender a reorganização dos serviços na direção de um novo modelo assistencial só será possível com a participação do usuário nos serviços de saúde, pois este pode apontar problemas e soluções que atendam às suas necessidades mais diretamente. Um dos grandes eixos que orienta esse processo é a **participação do usuário nos serviços de saúde** (grifo nosso), mas para isso é necessário o desenvolvimento de sujeitos sociais para o exercício do direito e da cidadania.

Assim, na perspectiva de contribuir com a busca de novas práticas em saúde este estudo foi proposto, cujo objetivo foi implementar uma discussão com usuários de um Programa Saúde da Família.

É interessante observar que propostas de participação do usuário nas instituições de saúde apresentam problemas e limitações e que a proposta de estudar questões relativas à participação do usuário no serviço de saúde (no nosso estudo um programa de Saúde da Família) aporta elementos que ajudam na busca de caminhos que potencializem as ações de promoção e assistência à saúde, possibilitando a conquista de uma melhoria da qualidade de vida da comunidade a partir de soluções que elas mesmas encontram.

Acredito que a construção de espaços de exercício de cidadania em qualquer âmbito em que possa ocorrer, possibilita que o usuário alcance níveis maiores de

autonomia quando participa da tomada de decisões de saúde nas situações que envolvam a sua comunidade e o seu município

Como Coordenadora Regional do Programa Saúde da Família a opção de pesquisar a participação dos usuários em uma unidade básica de saúde representou um desafio, uma forma de experimentar e avaliar um novo modo de me relacionar com o trabalho em saúde, pois já que como trabalhadora participei na avaliação da implantação deste programa em diferentes municípios. Durante esses meus 20 anos de trabalho como enfermeira, desempenhei as funções na área de assistência no hospital, na educação e na área gerencial, o que me permitiu perceber a importância da mobilização e da participação da população na discussão e no enfrentamento de seus problemas de saúde. O curso de mestrado emergiu como possibilidade de estudar esse importante tema na área da saúde.

Nesse sentido, este trabalho de pesquisa surgiu do interesse de conhecer como os usuários concebem participação em saúde e se há, efetivamente, espaço para sua participação concreta nos serviços de saúde.

Com este intuito foi desenvolvida esta dissertação tendo como objetivo geral: **Implementar um processo de discussão com os usuários de um Programa de Saúde da Família de um município do Sul do País sobre a prática da participação em saúde;** e como objetivos específicos:

- 1. promover o exercício de uma prática participativa, utilizando a metodologia da problematização;**
- 2. investigar a concepção dos usuários sobre participação;**
- 3. verificar quais as ações que os usuários entendem como participativas e**
- 4. identificar os fatores facilitadores e limitadores da participação.**

O trabalho divide-se em cinco capítulos. No primeiro capítulo discuto as contribuições constantes na literatura pertinente, apreendendo dessa literatura alguns componentes para subsidiar o estudo, dando relevância aos aspectos que contribuíram para avaliar a participação do usuário nos serviços de saúde.

No segundo capítulo, desenvolvo o marco conceitual que subsidia a prática que desenvolvi com os usuários participantes da pesquisa.

No capítulo três apresento a metodologia do trabalho de pesquisa, o campo de trabalho onde a pesquisa foi desenvolvida, as técnicas de investigação e de intervenção que foram utilizadas com os usuários e também como foram analisados os dados empíricos, utilizando a técnica da análise temática.

No quarto capítulo são elaboradas as discussões dos resultados da pesquisa, onde analiso as concepções dos usuários sobre participação no Programa Saúde da Família, suas práticas participativas, bem como os fatores facilitadores e limitadores da participação. E no quinto e último capítulo faço algumas reflexões que considero importantes, entendendo que a participação envolve um processo contínuo de aprendizado e uma sociedade que se pretenda democrática deve motivar e envolver a comunidade para o desenvolvimento de praticas participativas.

Capítulo I

Contribuição da Literatura

1 CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA

1.1 As Políticas de Saúde no Brasil

A Política de Saúde tem sido alvo de atenção e objeto de profundas discussões no âmbito governamental e acadêmico nos últimos anos. De fato, pode-se dizer que a “crise” da saúde tem sido uma das questões prioritárias para a sociedade brasileira e não são poucos os caminhos apontados para sua solução. Formas alternativas de gestão de novos mecanismos de financiamento, privatização dos serviços, enfim são várias as propostas de reorganização da política de saúde no Brasil.

Neste capítulo, procuro apresentar uma breve discussão acerca da evolução histórica da política de saúde no Brasil, enfatizando seus principais momentos até o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS e do Programa Saúde da Família – PSF - como estratégia de reordenação da assistência básica à saúde da população.

A formação de uma política nacional de saúde no Brasil teve início somente a partir de 1930, com alteração do próprio caráter do Estado e a necessária ampliação de suas bases sociais. Politicamente, 1930 significou a ruptura com a estrutura de poder da Primeira República e a instalação de um Estado com elevado grau de autonomia, decorrente da grave crise de hegemonia que se abateu sobre a sociedade brasileira após a crise política dos anos 20. Somente a partir dessa época pode ser identificada uma política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. (MELLO, 1982).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, mantendo basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde.

Em 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública foi incorporado, como fundação, ao Ministério da Saúde.

Em 1966, a criação do INPS significou um rompimento histórico apenas no sentido da unificação dos Institutos e na exclusão da participação dos trabalhadores e sindicatos do processo decisório, uma vez que a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS-1960) já sinalizava a padronização da cobertura estabelecida a forma de financiamento. De acordo com Silva (1984), a ênfase na assistência médico-

hospitalar, prestação de serviços realizada preferencialmente através do setor privado, ausência de participação das classes subalternas no processo decisório, e centralização administrativa e financeira a nível federal, foram consolidadas nesta época.

A criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975 teve como objetivo a extensão da cobertura e reorganização institucional do sistema de saúde no Brasil, na busca de maior equidade.

Em 1976, criou-se o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) com o objetivo de compor uma estrutura básica de saúde em regiões distantes e desprovidas de condições básicas.

A política de saúde, a partir da criação do INPS e durante toda a década de 70, esteve fundamentalmente baseada em programas governamentais no campo da assistência médica previdenciária, cuja expansão pode ser entendida como uma “ênfase médico-assistencial privatista com gerência estatal”. (SILVA, 1984 p. 74).

Para Carvalho (1995) a década de 70 vem acompanhada de uma série de investidas na área social, principalmente por meio de programas destinados às populações marginalizadas, cujos movimentos sociais começam acirrar-se em busca da assistência e benefícios sociais, configurando-se como uma potencialidade na desestabilização da política econômica adotada pelo governo central. Nesse intento, assiste-se por toda a América Latina uma investida em programas de extensão de assistência, em geral centrados em metas de ampliação da cobertura das ações de atenção primária e em metodologias ou ideologias da Medicina Comunitária. Nesse contexto, a idéia de participação comunitária era nuclear, designando tanto o aproveitamento do trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias, quanto a valorização da organização autônoma da comunidade como possibilidade de transitar para melhorias sociais.

As políticas sociais e de saúde no Estado brasileiro, neste período, encontraram ressonância na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizado em Alma-Ata em 1978 (BRASIL, 2000), que teve o intuito de conclamar uma urgente ação governamental de todos os países à área da saúde, tendo-a como um direito fundamental, com vistas a uma melhor equidade a todos os povos, conclamando a uma ação conjunta intersetorial.

A Conferência denunciava a grave desigualdade social entre e dentro dos países, tecendo uma forte crítica a distribuição da riqueza mundial, e declarava que

para atingir patamares aceitáveis de saúde até o ano 2000 deveria haver um pleno desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem internacional. E, que, as políticas públicas de promoção e proteção aliadas ao desenvolvimento econômico e social eram pontos cruciais para a obtenção de uma melhor qualidade de vida da população. Ainda ensejava que para alcançar pleno sucesso, os cuidados primários de saúde necessitariam da participação individual e coletiva tanto no planejamento como na execução (BRASIL 2000).

Para Carvalho (1995, p. 19) estas experiências com a Atenção Primária em Saúde se por um lado previam apenas a expansão da extensão de cobertura, por outro, levaram a um exercício da participação comunitária, que abriu brechas para uma prática à revelia dos próprios programas, e acabava se constituindo em “laboratórios não de alternativas oficiais, mas de organização e politização comunitárias na perspectiva de um projeto sanitário contra-hegemônico”. Posteriormente assumem caminho e identidade própria, sendo experiências legitimadoras para o movimento de participação popular no processo da reforma sanitária brasileira, que começa a tomar corpo.

Para Ammann (1997, p. 171) o período entre o final da década de 70 e final de década de 80 é marcado por uma intensa produção intelectual que tenta demarcar o território em prol do desenvolvimento da comunidade com fins emancipatórios, contrários, portanto, à ortodoxia anterior. Os intelectuais “trataram o tema de uma perspectiva dialética, no contexto histórico das relações sociais de produção e dos processos de dominação/exploração vigentes nas sociedades capitalistas”.

Para a autora existe uma ascensão em prol da democratização também em termos de produção intelectual. Inúmeros seminários são realizados pelos intelectuais, dos quais o Serviço Social passa a ter uma expressão forte na crítica ao modelo de desenvolvimento de comunidade até então realizado, e nesse sentido, a participação social é entendida como “o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada” (AMMANN, 1997, p. 171).

As décadas de 80-90, no Brasil, foram marcadas por profundas transformações no setor saúde. O pano de fundo de todas as mudanças propostas, no Brasil, foi a crise econômica que se instalou no maior prestador de assistência

médica do país, o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social-INAMPS (GONÇALVES, 1999).

A principal característica desse período foi a formulação e implementação de uma profunda reforma no sistema de saúde brasileiro, o qual passou a caracterizar-se pela integração dos subsistemas de saúde pública e medicina previdenciária, constituindo um sistema único e nacional, bem como pelo desenvolvimento de um processo de descentralização administrativa. Para Viana (1994 p. 23) “esta reforma do sistema de saúde foi impulsionada pelas próprias características políticas e econômicas da década de 80, responsável por trazer à tona um movimento de conscientização do conceito de cidadania”.

Durante a década de 90, em vários países ocorreram processos de reformas do setor saúde. No entanto, a experiência brasileira foi e continua sendo única. A Reforma Sanitária no Brasil pautou-se, desde o seu início, por princípios de universalização, integralidade da atenção à saúde, descentralização, equidade e participação da população. A Reforma Sanitária foi a única reforma democrática do Estado, sustentada e defendida por um movimento social amplo, plural e suprapartidário, que desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde articulou-se ao redor de valores e propostas pautadas no lema “Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado” (BRASIL, 1986).

A 8ª Conferência além de propor a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a instituição do Sistema Único de Saúde, apontou para um olhar mais específico do conceito saúde considerando-o como “... resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços” (BRASIL, 1986).

Em 1988, com a pressão de movimentos populares organizados em partidos, associações de classe, entidades sindicais e acadêmicas, consubstancia-se, através da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Tanto o texto constitucional como as suas leis complementares asseguram como princípios básicos a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade da assistência, a hierarquização da atenção, a descentralização político-administrativa e, novamente, mais explícita do que nunca, a participação comunitária (OLIVEIRA, 1996).

A conquista constitucional de 1988, que diz ser a “saúde direito de todos e dever do Estado” insere todos os brasileiros nestas condições de igualdade. O

conceito de Direito à Saúde aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde e consagrado na atual constituição, o qual pressupõe que para ter saúde é preciso que sejam atendidas necessidades básicas como: direito à alimentação, a educação, a cultura, ao trabalho, ao lazer, a habitação, ao transporte, entre outras, concluímos que a conquista do Direito à Saúde requer uma efetiva participação dos sujeitos sociais envolvidos nesse processo.

A Organização Mundial da Saúde (Brasil, 1986) define saúde como a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro lado, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; deve abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.

Historicamente, nosso país convive com situações extremas que vão, desde as vividas por aqueles cidadãos que desfrutam de excelentes condições de vida, tendo, portanto, assegurado o acesso ao Direito à Saúde, até aos que sobrevivem em condições de extrema pobreza, conseqüentemente excluídos, na prática, desses mesmos Direitos que lhes estão assegurados legalmente.

No que tange ao processo de construção dos direitos à saúde, destacam-se dois aspectos como fundamentais: o primeiro deles corresponde à formação de uma consciência sanitária, “a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade” (BERLINGUER, 1978); e o segundo aspecto, intrinsecamente ligado ao primeiro, situa a participação popular como mecanismo fundamental no referido processo (BOSI, 1994).

Paralelamente a esse avanço, que institui o que alguns autores chamam de “SUS legal”, coexistiam e se ampliavam as dificuldades para a sua efetiva implementação. A expansão da universalização dos direitos foi acompanhada de racionamento na oferta e de progressiva queda na qualidade dos serviços. Torna-se visível a tensão entre a dupla significação que tinha o processo de descentralização da saúde nesse período: a política e a econômica. A descentralização como estratégia política de democratização avançou com a aprovação dos preceitos jurídicos-legais necessários. Nessa dimensão, a política, consubstanciada na luta político-institucional, a vitória foi do movimento sanitário (SILVA, 2001).

Na década de 90 houve um processo acelerado de construção do Sistema Único de Saúde no País, que se iniciou a partir da Lei 8.080/90, mas foi somente a

partir da Lei 8.142/90 e das diversas Normas Operacionais Básicas das (NOBs), que os espaços de participação e de integração (Conselhos e Conferências) ganharam papel de destaque no plano jurídico legal do SUS, constituindo-se em instâncias de participação e de decisão.

A partir de 1991 o SUS passa a ser operacionalmente regulamentado pelas NOBs, as quais orientam o que pode e o que não pode, o que deve e o que não deve ser feito no SUS. A primeira NOB do SUS foi a NOB 1/91, cujas principais medidas foram: - a transferência de unidades hospitalares e postos de atendimento, federais, para os estados e para os municípios e o pagamento das ações a partir de faturas gerados, tanto pelos serviços contratados e conveniados, quanto pelos municípios e estados. Os municípios passaram a receber por fatura, como qualquer outro prestador. A municipalização da saúde inicia-se com uma tendência muito forte de estimular as internações pelo SUS, além de colocar que a assistência à saúde deve ser realizada unicamente através da assistência médica. Isto porque, dentre os procedimentos remunerados pelo Ministério da Saúde não estavam incluídas as ações de prevenção como: vigilância epidemiológica e sanitária, não estimulando, portanto, os municípios a realizá-las (BRASIL, 1993).

A segunda Norma Operacional Básica do SUS, NOB-01/92, de 1992, acrescenta à primeira, o critério populacional para o repasse dos recursos financeiros e introduz o envio automático dos mesmos, àqueles municípios que já estivessem cumprindo as exigências previstas na constituição, ou seja, já tivessem constituído o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 1992).

A NOB 1/93 é editada em junho de 1993 e procura corrigir aspectos negativos da NOB 1/91, dá um novo e importante passo rumo à descentralização administrativa do SUS e a criação das Comissões Intergestoras nos níveis estadual e federal, as quais passaram a ser os órgãos máximos de decisão do SUS nos respectivos níveis. Uma das primeiras tarefas destas comissões foi decidir sobre o tipo de gestão que cada município iria adotar. Desta maneira, a partir da edição da NOB 1/93, institucionalmente, o SUS passa a ser formado pelas seguintes instâncias de poder: Conselho Municipal de Saúde, Comissão Intergestora Regional, Comissão Intergestora Bipartite, Conselho Estadual de Saúde, Comissão Intergestora Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. Importante ressaltar desse novo formato institucional do SUS é que, tanto os Conselhos, como as Comissões Intergestoras são fóruns de decisão, cuja composição permite a participação do nível local, através de sua

entidade representativa que é o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS (BRASIL, 1993).

Esta NOB traz, pela primeira vez, mecanismos concretos no sentido de possibilitar as instâncias de participação e de decisão do SUS. Vislumbra-se a possibilidade dos segmentos organizados, representados nos Conselhos de Saúde, debaterem sobre o modelo de assistência à saúde, vigente, que em grande parte é centrado na doença e voltado para a atenção médica individual e curativa, abrindo caminho para sua superação em direção ao projeto de atenção integral à saúde, de acordo com as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1993).

Em 1997 foi aprovada a NOB 1/96, como instrumento de regulação do SUS, esta NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá consequência prática aos princípios e às diretrizes do Sistema, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil. De acordo com a NOB 01/96 o modelo de atenção deve ser transformado em um modelo centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. (...) a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) (BRASIL, 1996).

Mais recentemente, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001, o Ministério da Saúde dá um importante passo na consolidação do SUS, com vista à construção de redes assistenciais em Atenção Básica, eficazes e resolutivas, integralmente coesas com os níveis de atenção mais complexos, prevendo o desenvolvimento de mecanismos que visem a garantia de qualidade (BRASIL, 2001).

Para Cordeiro (2001), possivelmente, a NOAS poderá regular a competição entre municípios para a incorporação de tecnologias mais complexas e de maior custo, dando prioridade ao aumento da resolutividade nos diversos níveis de cuidados de saúde.

Para Costa (1989), a temática dos movimentos sociais, apesar de bastante referida no debate da reforma sanitária, ainda não recebeu na saúde coletiva desenvolvimento teórico sistemático que definisse suas características e singularidades no interior da sociedade brasileira.

Na mesma direção argumenta Souza (1990) em “Movimentos de saúde: dificuldades à sua apreensão”, trabalho que reflete e questiona a ausência de estudos sobre essa temática, no campo da saúde coletiva; em contrapartida, na área das Ciências Sociais, segundo a autora, esse tema ocupa posição de destaque. Reafirma a necessidade de desenvolverem-se análises críticas sobre o tema, no campo da Saúde Coletiva, tendo em vista a responsabilidade que é atribuída aos citados movimentos, na concretização da Reforma Sanitária brasileira.

Para Silva (2001) é necessário reafirmar a agenda do movimento sanitário, no qual se destacam: democratização da gestão; resgate da cidadania; incorporação de excluídos; controle social e substituição do atual modelo de saúde pelo SUS, com integralidade, equanimidade e qualidade. Além disso, como afirma o autor, é necessário construir um consenso sobre as estratégias de mudanças. Não existem dúvidas de “onde se quer chegar”. O objetivo é o “SUS democrático”, que personifica os princípios da Reforma Sanitária brasileira. É necessário conhecer os limites e possibilidades de implementação de mudanças decorrentes do processo de municipalização da saúde para aperfeiçoar as estratégias políticas e operacionais do SUS.

Os desdobramentos da luta pela Reforma Sanitária influenciaram a aprovação do capítulo da saúde na Nova Constituição, na qual se introduz um conceito ampliado de saúde garantido por Políticas Sociais Econômicas e contemplam os princípios defendidos na 8ª Conferência de Saúde, para a construção de um Sistema Único, regionalizado, e hierarquizado com acesso universal igualitário, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e **participação da comunidade**.

Demo (1992), ao se referir aos grupos na comunidade, comenta que é bastante raro encontrar aqueles que assumam um papel de reivindicadores de direitos, sendo mais comum o contrário, uma massa de pedintes que têm uma postura de dependência e submissão. Para ele, o papel da comunidade não é de substituir a do Estado, mas de organizar-se competentemente para ajudá-lo a funcionar. E conclui que, sem a comunidade, a qualidade do Estado sofre um esvaziamento e acaba sendo porta de entrada de políticas sociais restritas, clientelísticas e de dependência, ao invés de instrumentalizar a emancipação

popular na defesa dos seus direitos sociais.

1.2 A Participação dos Usuários nos Serviços de Saúde

“Exclusão social, desenvolvimento e cidadania escrevem-se de maneira diferente consoante a vida das pessoas e comunidades que têm por dentro”

António Cardoso Ferreira

A participação efetiva da população, com poder para apontar problemas e buscar soluções, garantindo, junto ao Estado, os direitos de integralidade e qualidade dos serviços, constitui-se em um avanço na qualidade dos serviços de saúde. Esta participação social na construção do Sistema de Saúde é necessária e indispensável para que este se conforme de modo mais democrático e eficaz.

A participação como fenômeno de manifestação coletiva tem inúmeros significados e pode ter diferentes dimensões. Ela pode assumir um caráter institucionalizado nas instâncias formais do Estado ou menos institucionalizado dentro de movimentos da sociedade, de forma direta ou indireta.

O termo utilizado para designar a participação da população na área da saúde foi “participação comunitária”. Este termo originou-se no início do século XX, a partir das experiências de medicina comunitária desenvolvidas nos centros comunitários de saúde norte-americanos. Nesses centros, o trabalho comunitário tinha caráter de assistência social (dirigia-se aos pobres, com maiores riscos sociais e sanitários); de educação (transmissão de conhecimentos que estimulassem o autocuidado, a solidariedade e o coletivismo); de integralidade (programas de atenção materno-infantil, saúde mental, tuberculose, etc.) e de descentralização e organização comunitária (o êxito do trabalho dependia do grau de integração da comunidade). Neste sentido, a participação comunitária advém do termo comunidade e refere-se a um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo ambiente, em condições sociais e culturais homogêneas, predispostas à solidariedade coletiva e ao trabalho voluntário e de auto-ajuda (CARVALHO, 1995).

Cohn et al. (1993) analisam a participação popular e gestão dos serviços de saúde, a partir da experiência do município de São Paulo. Nesse estudo, os autores avaliam a administração municipal no período de 1989 a 1992, numa tentativa de

incorporar os movimentos sociais, através da participação popular, buscando a democratização dos serviços de saúde, objetivando implementar o SUS, na cidade de São Paulo. O estudo aponta problemas importantes como os identificados “nos fluxos de informação e a hostilidade de parte dos funcionários, principalmente com relação aos setores mais organizados, porque estes são vistos freqüentemente como elementos perturbadores”. Estas são questões bastante complexas, pois estão intrinsecamente vinculadas à “relação entre mobilização e efetivação de demandas”. Neste sentido, os autores colocam a participação como espaço para a realização de ações educativas e de construção de uma relação de parceria e de solidariedade entre a Unidade de Saúde e os seus usuários, bem como “um caminho para a construção da cidadania” com vistas a superar os problemas apontados.

Ainda no final da década de 80, encontramos o estudo organizado por Valla e Siqueira (1989, p.91) realizado no Rio de Janeiro, em que os autores trazem uma discussão sobre o papel do Centro Municipal de Saúde e sua relação com os usuários, em que “busca-se compreender qual é a concepção hegemônica de saúde que se desenvolve no interior do Centro e como essa percepção se relaciona com a discussão de cidadania e aplicação da verba pública”. O estudo aponta aspectos da participação popular, possibilitando introduzir “uma nova lógica – a das necessidades coletivas, [...] impondo-se através da consciência e da organização de atores políticos”.

Sobre a questão da participação do Estado, Demo (1992) tem discutido que seu papel frente à comunidade é de uma instância de instrumentação necessária, é ele que tem a tarefa de agilizar todo o processo da informação e subsídios técnicos que permitam manter a justiça, em termos de distribuição de recursos e ações de saúde, além de que, constitucionalmente tem o dever de manter os serviços públicos com formulação de políticas públicas de boa qualidade. No entanto, alerta que, esse não pode prescindir da sociedade civil que politicamente bem organizada é a base de sustentação de um Estado compromissado com a democracia.

Para Oliveira (1996) as palavras participação e cidadania passam a freqüentar cada vez mais os discursos sobre saúde. O que deve ser entendido é o reconhecimento verdadeiro do outro como cidadão, com direitos que devem ser respeitados e deveres iguais aos de todos os indivíduos vivendo em sociedade, sem diferença de sexo, etnia, cor ou classe social. Com isto concorda Westphal (1995),

quando diz que a participação é um aprendizado que envolve aspectos políticos e de exercício da cidadania.

Valla e Siqueira (1989) afirmam que a proposta mais importante da 8ª Conferência Nacional de Saúde é a de estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado.

Mendes (1995, p.43) também destaca a importância desse princípio que cria e torna possível a participação do usuário na gestão do sistema de saúde, permitindo o exercício da cidadania, o que possibilitaria passarmos de uma “cidadania regulada, base das políticas de saúde compensatórias, para uma cidadania plena que reconheça o direito igual de todos às ações de saúde”.

Os movimentos populares constituem as redes, os fóruns, as articulações e fortalecem a sociedade civil, a cidadania, antes “regulada” pelo Estado, com as novas práticas desses sujeitos, avança para uma concepção de cidadania “ativa”, com a conquista de direitos e transformação social.

Para Santos (1979) a cidadania regulada, consiste, na ação excessiva de controle do Estado sobre o indivíduo e, por outro, numa atitude de passividade do próprio indivíduo na relação com o Estado. A cultura da não-participação, os efeitos da política clientelista e o período de ditadura que proibiram a ação política criaram no Brasil uma concepção de cidadania passiva.

Essa concepção de cidadania passiva começa a mudar na década de 1980, com a inserção dos movimentos sociais na vida política do País no processo de redemocratização e a partir da participação política ativa em administrações públicas locais na definição de prioridades, demandas, processos de planejamentos, etc. (SADER, 1991).

Com o processo de inserção de sujeitos sociais na realidade política brasileira, nasce, nos anos 90, a concepção de “cidadania ativa”. Para Benevides , “a cidadania ativa pressupõe a participação popular como possibilidade de criação, transformação e controle social sobre o poder, ou os poderes”, (BENEVIDES, 2002. p.20). Nessa nova cidadania, os cidadãos são sujeitos e não objetos da política. Como sujeitos, têm atuação efetiva em processos políticos, pois entendem que o direito resulta da luta social e não é dádiva do Estado. Na cidadania ativa, o cidadão tem “direito a ter direito”.

Na reflexão de Kunsch (1986) a cidadania deve ser definida como a possibilidade plena dos direitos e o exercício dos deveres por todos os membros de uma sociedade. Isso implica a realização dos direitos civis (liberdade de pensar, liberdade de expressar-se, liberdade de ir e vir etc.), dos direitos políticos (poder de escolher e ser escolhido para a direção dos bens sociais, modernamente o direito de votar e ser votado), e, finalmente, dos direitos sociais (direito ao trabalho, à alimentação, à habitação, ao lazer etc...). Por outro lado, a cidadania implica o exercício de deveres para a realização do bem-estar de todos os outros membros da sociedade, traduzidos em trabalho, produtividade, relações igualitárias, etc. Historicamente, a cidadania assim definida, ainda não se realizou e permanece sendo um ideal dos povos.

A construção do Sistema Único de Saúde imprimiu mudanças no aprofundamento do processo de participação da comunidade. Sobre estas mudanças, Silva (2001) tem discutido que a participação mais ampla nas decisões do governo transformou-se em bandeira dos setores sociais mais progressistas, com a Constituição de 1988. A estratégia para a ampliação dessa participação, por esses setores, tem sido construída com o objetivo de institucionalizar formas de democracia direta no processo político.

Para a Organização Mundial de Saúde a participação ou envolvimento comunitário para a Saúde significa envolvimento ativo das pessoas que vivem juntas, de forma organizada e coesa, no planejamento e implementação dos Cuidados Primários de Saúde, usando recursos locais, nacionais ou outros. No processo de envolvimento comunitário os indivíduos assumem a responsabilidade, tanto por sua saúde e bem estar como da comunidade. A participação comunitária seria menos forte e teria uma conotação de uma certa passividade (BRASIL, 1986).

Na opinião de Martins (1992 p. 2) a participação comunitária seria, para muitos, em particular para os “planejadores burocráticos” do Ministério da Saúde, um meio de melhorar os gastos com os cuidados da saúde, limitando-se “a fazer com que as comunidades aceitem de melhor grado as atividades de saúde que eles previamente definiram”. Este autor insiste na necessidade de um envolvimento dos usuários, trabalhando coletivamente, na análise dos problemas e na tomada de decisões para resolvê-los. A diferença de conceitos entre participação e envolvimento comunitários nem sempre está ligada à terminologia usada, mas à maneira como eles são interpretados. O importante seria a perspectiva em que a participação comunitária é

vista. Assim, esta poderá ser vista como um meio, para atingir determinados objetivos e metas, utilizando os recursos sócio-econômicos da comunidade. Neste caso, atingir esses objetivos é mais importante que o processo de participação. A participação também poderá ser vista como um fim em si própria, isto é, a ênfase é dada no processo de participação, durante o qual se constrói confiança e solidariedade entre os membros da comunidade. Nesta perspectiva, a participação comunitária seria um processo ativo respondendo as necessidades locais em constante mudança.

Para Carvalho e Acioli (1998) o conceito de participação relaciona-se, estreitamente, com a idéia de cidadania, ao enfatizar a reivindicação política, a democratização e a socialização do saber, das decisões e do planejamento das metas. Concorde Pinto (1982) quando refere que a participação só é real quando a população reivindica e assume sua parte em processos que vão do diagnóstico, passam pelo planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas.

O Brasil se encontra muito distante da democracia no sentido substancial, de igualdade, tanto na dimensão de direitos quanto na dimensão econômica. Torna-se desnecessário reafirmar a grande desigualdade existente em nosso país, no campo dos direitos humanos, sociais e da distribuição de renda (SILVA, 2001).

Chama-nos a atenção que mesmo com o advento formal da participação, não se instaura automaticamente a igualdade de oportunidades de acesso ao poder, muito menos são eliminadas as desigualdades de potência reivindicatória entre os diversos segmentos sociais. Assim, nem por isso os setores majoritários deixam de barganhar seus interesses, nem os setores marginalizados têm suas necessidades sociais plenamente atendidas (PALHA, 2001).

Para Souza (2000) o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde nas últimas décadas oscila entre momentos de avanços e retrocessos no processo das políticas públicas, refletindo a política de saúde no país. O crescente processo de municipalização com efetiva descentralização de ações, de poderes e de recursos; a constituição dos conselhos de saúde em todos os níveis de execução do Sistema Único de Saúde como um espaço de fato da participação popular e do exercício do controle social, são alguns exemplos importantes de avanços no processo de implantação do SUS.

Carvalho (1995) comenta que a medida em que avançam as experiências no campo da saúde pública nas diversas regiões do país, também se acirra o processo

de degradação das condições de vida da população brasileira, e nesse contexto, mediado pelas investidas no campo da saúde via Atenção Primária em Saúde, sindicatos, associações, movimentos estudantis entre outros, eclodem os movimentos sociais urbanos.

A evolução mais recente dos conceitos e perspectivas embutidos na reforma sanitária aponta cada vez mais fortemente para a necessidade da ampla participação social no projeto maior da saúde, em termos da necessária descentralização, da construção democrática das alternativas do encontro da eficiência e do controle social. A questão da participação comunitária tem sido considerada como uma chave e um estrangulamento em face das perspectivas da saúde, em países como o Brasil, onde “as ações de saúde sempre se distribuíram de maneira estanque, desordenada e descontínua dos pontos de vista operativo, político ou institucional” (DIAS e DIAS, 1985, p.128).

O processo de implementação do SUS vem acumulando experiências positivas no território nacional, sobretudo em relação à descentralização político-administrativa da rede de serviços; à garantia de acesso universal ao sistema público, com efetiva ampliação de cobertura da assistência à saúde, tanto na rede básica como nos serviços especializados; e ao fortalecimento dos mecanismos de legitimação da participação popular (CHIESA e FRACOLLI, 1999).

A legislação federal (Constituição Federal, Art. 198, inciso III e Lei 8.080/90, Art. 7º, inciso VIII) estabeleceu normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, regulamentados pela Lei 8.142/90, Art. 1º - parágrafos 1 a 5.

De acordo com essa Lei, as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população. Sua periodicidade deverá ser estabelecida pelos Conselhos de Saúde correspondentes, não devendo ultrapassar quatro anos.

Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura e onde se manifestam os interesses de diferentes segmentos sociais, possibilitando

a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades.

Em seu parágrafo 2º, a Lei 8.080/90 define: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo” (BRASIL, 2003).

Para que possam melhor refletir os pontos de vista de toda a comunidade que representam, é importante entender que na perspectiva do controle social, a participação da população na gestão da saúde coloca as ações e serviços na direção de interesses da comunidade e estabelece uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor.

A legislação, porém, deixou uma lacuna principalmente nos aspectos de representatividade e legitimidade dos diversos segmentos sociais e naqueles referentes à organização, estruturação e funcionamento dos conselhos. Para preencher essa lacuna e orientar a formação dos Conselhos de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, editou, em dezembro de 1992, a Resolução nº 33 – Recomendações para Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Em novembro de 2002, considerando o acumulado no exercício do controle social em 10 anos, bem como as demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais expressas na 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, nas Plenárias de Saúde e em outros fóruns representativos, a Resolução nº 33 foi atualizada pelo documento Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2003).

Este documento estabelece a paridade do número dos usuários em relação aos demais segmentos representados. Ou seja, 50% do número total de conselheiros será de representantes de usuários, enquanto que os outros 50% deverá ser composto por representantes dos demais segmentos, sendo 25% de trabalhadores de saúde e 25% restantes de governo, entidades ou instituições de serviços públicos, filantrópicos e privados (BRASIL, 2002). Já para as Conferências de Saúde não há limite de participantes, uma vez que, quanto mais ampla a participação da

comunidade, melhor será alcançado o seu objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo.

Para Carvalho (1995), o controle social é entendido como a tentativa de se estabelecer uma nova relação entre o Estado e a sociedade, que implica numa abertura do Estado, para que a sociedade participe de suas decisões. Esta forma de entendimento sobre a atuação da população organizada no cenário político-sanitário é bastante recente e teve origem, na área da saúde, a partir das reformulações setoriais que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Este Sistema tem, como um de seus pilares, a participação da comunidade, cabendo assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde.

Silva (2001) entende que o controle social e a participação cidadã confundem-se, porque ambos procuram conquistar direitos sociais e partilham dos mesmos valores. A participação cidadã, no entanto, está centrada na busca da equidade social, da universalização dos direitos, na solidariedade. Seus objetivos estão ligados à construção de uma democracia mais substantiva, de igualdade, de conquistas. O controle social, por outro lado, constitui-se em mecanismo de vigilância de agentes e instituições políticas que atuam nas estruturas do poder. Se tradicionalmente, conforme afirma Vieira (1999, p.252), o controle social era “visto como o aumento da capacidade de influência da sociedade sobre o Estado”, hoje “passa a ter duplo caráter: aperfeiçoar os mecanismos de controle da sociedade sobre o Estado e inventar formas de controle da sociedade sobre a sociedade” .

Neste sentido Wendhausen e Caponi (2002, p.1627), chamam atenção para

a importância da participação em todos os níveis do sistema da saúde, não somente em nível coletivo e em instâncias representativas, mas de forma mais direta nos serviços e nas comunidades. Nesse sentido, faz-se necessária uma mudança de atitude daqueles que trabalham nestes serviços, estimulando o usuário a conhecer mais sobre a temática da saúde relacionando-a a seus direitos, a partir de sua própria experiência vivenciada enquanto cliente.

Concordo com Martins (1992 p.6) que um dos objetivos fundamentais de qualquer “Política Nacional de Saúde” deve ser o de atingir um elevado grau de “**envolvimento comunitário para a saúde**”, para a promoção ativa da saúde da comunidade, das famílias e da saúde individual dos seus membros.

A Constituição de 1988, apostou na construção de uma sociedade mais justa e livre, baseada no aprofundamento da democracia participativa como principal mecanismo para se atingirem a dignidade, a liberdade e a justiça social. Neste sentido a participação cívica, é entendida como o conjunto de ações desenvolvidas

pela sociedade civil no controle social efetivo sobre as decisões de política do Estado (Figueiredo, 2001). Para o autor “a literatura atual sobre democracia participativa, comunidade cívica, capital social e associativismo resgata a importância da sociedade civil na consolidação do processo democrático”.

De acordo com Putnam (2002) o capital social tem um aspecto individual e um coletivo. Os indivíduos, ao estabelecerem relacionamentos com outros indivíduos formam conexões que beneficiam a ambos. O autor apresenta a seguinte definição de capital social: “(...) o capital social se refere a características da organização social, como por exemplo, as redes, normas e confiança, que facilitam a cooperação e a coordenação em benefício mútuo.” (PUTNAM 2002 p. 90). O capital social é capaz de gerar confiança social entre os indivíduos presentes em uma mesma rede social.

Para Monastério (1999), a quantidade, qualidade e persistência das interações sociais entre vizinhos, amigos membros, assim como a habilidade do trabalho em conjunto procurando o bem comum, gera capital social. A participação de diversos setores com diversos níveis de poder (Estado, Comunidade, Organizações Não Governamentais e Bancos de Desenvolvimento) na implementação de programas de desenvolvimento têm maiores chances de sucesso, criando Capital Social através das interações dos participantes, sendo benéfico na hora de solucionar futuros problemas.

O capital social é, para Bourdieu (1980), o conjunto de relações e redes de ajuda mútua que podem ser mobilizadas efetivamente para beneficiar o indivíduo ou sua classe social.

Para Putnam (2002) a consciência que cada um tem de seu papel e de seus deveres como cidadão, aliada ao compromisso com a igualdade política, constitui o cimento cultural da comunidade cívica. O mesmo autor afirma que nesta comunidade todos devem ter os mesmos direitos e deveres constituindo assim a verdadeira cidadania onde as relações são horizontais e recíprocas. Segundo o autor numa comunidade cívica, primeiramente, a busca pelo bem público deve prevalecer sobre os interesses particulares, sem que isto signifique que os cidadãos sejam integralmente despojados de seus direitos e desejos. Esta mesma sociedade envolve considerações sobre os padrões de participação dos cidadãos e sobre solidariedade social, como fator da dinâmica sócio-econômica.

Desta forma, Putnam (2002) considera que os sistemas de participação cívica são uma forma essencial de capital social: quanto mais desenvolvidos forem esses sistemas numa comunidade, maior será a probabilidade de que seus cidadãos sejam capazes de cooperar em benefício mútuo.

Para o autor as características que podem contribuir para a definição de uma comunidade cívica são: a cidadania implica direitos e deveres iguais para todos; as relações horizontais de reciprocidade e cooperação, e não relações verticais de autoridade e dependência, mantêm unida a comunidade; os líderes devem ser e também se considerar responsáveis por seus concidadãos; os cidadãos são prestativos, respeitosos e confiantes uns nos outros, mesmo quando divergem em relação a assuntos importantes; a confiança mútua é peça-chave para a constituição, preservação e progresso da comunidade cívica (PUTNAM, 2002)

Para Carvalho (1998), o foco de atenção da participação cidadã, esteja ela sendo exercida na sociedade, no mercado ou no interior do aparelho estatal, pode estar tanto no Estado quanto na própria sociedade.

A participação cidadã é definida por Teixeira (1998 p. 35) como “um processo complexo e contraditório da relação entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento da sociedade civil através da associação organizada dos indivíduos, grupos e associações”, não se define simplesmente apoiando ou lutando contra o Estado, mas incorporando uma concepção de Estado que contem interesses contraditórios, constituindo direito de todos os cidadãos e segmentos sociais buscar formas de se fazer representar no interior do aparelho estatal, procurando legitimar seus interesses.

Para Teixeira (2001, p. 31) a participação cidadã só será diferente da participação social e comunitária, se não se restringir somente a prestação de serviços a comunidade ou a sua organização isolada. Segundo o autor,

Tampouco se trata de simples participação em grupos ou associações para defesa de interesses no processo, porém seus objetivos são mais amplos. Embora essencialmente política, constituindo-se numa atividade pública e de interação com o Estado, distingue-se da atividade política stricto sensu, uma vez que se sustenta na sociedade civil e não se reduz aos mecanismos institucionais nem busca o exercício do poder.

Neste sentido Gonh (2001) considera que a participação cidadã só é promovida através do reconhecimento de uma sociedade civil organizada como novo ator social e isso acontece com a institucionalização de mecanismos de democracia

direta, tais como orçamento participativo, conselhos municipais, fóruns de consulta, que passam a realizar a prática do exercício da participação popular.

De acordo com Putnam (2002 p. 116)

quando os cidadãos se interessam pelas questões comunitárias as associações prosperam e votam por convicção e não por clientelismo, aí é que vamos também encontrar líderes que acreditam na democracia e não na hierarquia social e política .

A consolidação do processo democrático passa, por uma nova concepção a respeito do sistema de governo que permita maior participação da sociedade civil nas decisões políticas. Não porque um sistema com mais participação, por si só, elimine as iniquidades sociais, mas porque a baixa participação e a iniquidade estão de tal modo interligado, que uma sociedade mais equânime e mais humana exige um sistema de participação política mais intensa (Macpherson, 1977 apud Figueiredo, 2001 p. 29),

Para Pateman (1992, p. 97-98) são necessários dois pré-requisitos fundamentais para que democracia participativa possa se efetivar:

- 1) mudança da consciência do povo - que devem deixar de ser essencialmente consumidores para passarem a agir como executores e desfrutadores da execução e do desenvolvimento de suas capacidades – para o que é necessário fortalecer na sociedade o sentido de “comunidade”;
- 2) diminuição da atual desigualdade social e econômica, visto que a desigualdade exige um sistema político que limita a participação do cidadão, para manter a sociedade coesa.

Nesse sentido, a participação deixa os limites dos serviços de saúde e assume o plano social mais amplo, com novos objetivos e táticas: a democratização da saúde, com acesso universal e igualitário aos serviços, e a democratização da sociedade, com garantia de liberdade e acesso ao poder. (Magajewski, 2002)

O envolvimento da comunidade neste processo é o reconhecimento que muitos chamam “dar poder às comunidades” ou empoderamento (em inglês: “empowerment”). No seu sentido mais geral, refere-se a habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria da sua situação de vida.

De acordo com Maciel (1995), é importante perceber que o conceito de empoderamento vai além das noções de democracia, direitos humanos e participação para incluir a possibilidade de compreensão a respeito da realidade do

seu meio (social, político, econômico, ecológico e cultural), refletindo sobre os fatores que dão forma ao seu meio ambiente bem como à tomada de iniciativas no sentido de melhorar sua própria situação.

A Declaração de Alma Ata (Brasil, 1986) afirma, no seu parágrafo IV, que “todo o ser humano tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente no planejamento e na implementação dos cuidados de Saúde que lhes são destinados”.

Para Kleba (2005 p. 116)

a medida em que o processo de conscientização traduz-se num processo de desenvolvimento pessoal, onde o sujeito que o vivencia aumenta sua capacidade de apreender a realidade de forma produtiva, este se torna instrumento de emancipação, pois amplia a esfera do poder de decisão e intervenção. Nesta perspectiva, o processo de conscientização revela-se um processo de empoderamento.

O processo de empoderamento pode ser dividido em três níveis:

- 1) Empoderamento individual ou psicológico, quando se refere à habilidade do indivíduo de tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida.
- 2) Empoderamento comunitário, que surge como um processo de ação social, onde indivíduos e organizações aplicam suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, para construção da capacidade social e pessoal e a transformação de relações de poder na resolução de problemas.
- 3) Empoderamento organizacional que se refere ao controle democrático onde cada membro compartilha informação e poder. Ele utiliza um processo cooperativo de tomar decisões e está envolvido em aumentar os esforços em direção da definição de uma mesma meta. (TEIXEIRA, 2002).

Paim (1991) destaca a importância organizada dos grupos sociais para satisfazer as necessidades de saúde da comunidade, assim como o reconhecimento das potencialidades da comunidade, contribuem para a qualificação e redefinição das relações sociais.

De acordo com Putnam (2002) grupos sociais cujos membros desenvolveram confiabilidade e se relacionam na base da confiança uns nos outros terão maior capacidade de desenvolver ações que exijam a participação da comunidade do que outros, que careçam dessas prerrogativas.

Para Teixeira (2002) o empoderamento e a Promoção da Saúde são lentes conceituais, que objetivam proporcionar os meios, para que as pessoas consigam uma maior resolutividade e controle sobre o que afeta a sua saúde, não retirando a

responsabilidade do Estado, no cuidado da saúde de sua população. Para isso acontecer é necessário que haja espaços positivos para que indivíduos e coletividades obtenham saúde.

1.3 Promoção da Saúde: uma perspectiva para a Participação

Em meados da década de 80, com a crescente insatisfação e críticas ao modelo de atenção predominante, emergem novamente as discussões sobre a Atenção Primária em Saúde, e nesse sentido, a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa no Canadá em 1986 (BRASIL, 1996), vai provocar uma grande discussão acerca da crescente demanda por um novo entendimento de saúde pública no mundo a partir dos progressos já percebidos pós-Alma-Ata.

A Primeira Conferência atém-se a alguns pontos importantes para almejar o pleno sucesso da melhoria de qualidade de vida e de saúde das populações: que sejam assegurados os meios para as populações terem efetivo controle sobre ela, sendo que o alcance de um bem-estar físico, mental e social tem uma relação direta na realização das aspirações, necessidades e uma contínua adaptação e/ou enfrentamento ao meio ambiente (BRASIL, 1996).

A ampliação do conceito de saúde, assim como a sua obtenção, requer alguns requisitos: a paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema saudável, justiça social. Além de considerar que, para atingir progresso pessoal, econômico e social, os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos devem ser levados em conta. A saúde, sob este prisma, passa a adquirir um conceito de positividade a partir do uso dos recursos pessoais, sociais, qualquer planejamento das ações de saúde, intersetorialidade, tendo o cuidado de considerar as especificidades de cada localidade (BRASIL, 1996).

A Carta de Ottawa considera que a Promoção de Saúde é uma estratégia para obter uma equidade sanitária, e que, portanto, é necessário promover os meios para que a população tenha o pleno desenvolvimento de suas potencialidades. Pela sua importância no contexto das políticas públicas de saúde, pontos da Carta de

Ottawa são retomados posteriormente nas próximas Conferências e Declarações Mundiais: Adelaide na Austrália (1988), Sundsvall na Suécia (1991), Declaração de Santafé de Bogotá na Colômbia (1992) e Jacarta na Indonésia (1997) (BRASIL, 2000).

Se considerarmos as Conferências e Reuniões que foram desenvolvidas desde a década de 70, percebemos que existe uma preocupação com a questão da saúde e da vida. Em Alma-Ata a saúde é tomada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença, e considera-se como um direito fundamental. Em Ottawa, o conceito é tomado como recurso para a vida e não um objetivo para viver, numa dimensão positiva, pois mantém uma relação de interdependência com a qualidade de vida (BRASIL, 2000).

Em Adelaide, a saúde é considerada como um sólido investimento social e a participação comunitária aparece como um elemento importante na responsabilidade pela saúde ao lado de governos e setores sociais. Em Sundsvall, a saúde é vista na sua inseparabilidade e interdependência com o meio ambiente e é referendada a necessidade da capacitação das pessoas para a tomada de decisões. Em Bogotá, a produção social de saúde é atrelada aos fatores econômicos, políticos, sociais, culturais, ambientais, biológicos e de conduta sendo que a participação é entendida na mesma dimensão da carta de Ottawa, chamando a atenção para a necessidade da participação das mulheres. E, em Jacarta são referendados os conceitos supracitados percebendo a saúde como essencial para o desenvolvimento social e econômico e as orientações de Ottawa são seguidas na medida em que fala do direito de voz, tomada de decisão, e o desenvolvimento de habilidades pessoais (BRASIL, 2000).

A participação comunitária é considerada como um instrumento vital para o sucesso da Promoção da Saúde. É vista como essencial desde a fase do planejamento, execução dos cuidados primários de saúde preconizados em Alma-Ata, até o incremento de poder nas comunidades, através do desenvolvimento de habilidades pessoais obtidas por meio de informações, educação à saúde: nas escolas, lares, locais de trabalho e outros espaços comunitários, preconizados pela Conferência de Ottawa (PALHA, 2001).

Demo (1995) define comunidade como um grupo social espacialmente localizado, de dimensão populacional restrita, relativamente homogêneo e organizado, e politicamente consciente, concebendo uma cultura, decorrente de

suas vivências. Essa cultura é 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. Comenta que quando existe um trabalho comunitário que visa à emancipação dos sujeitos, este pode não prescindir de pedir auxílio, mas antes de tudo, está claro que a ajuda deve ser apenas um primeiro passo, o importante é que esta comunidade entenda que têm direitos, e que pode conduzir com certa autonomia seu próprio destino, e procurar controlar o Estado através da participação democrática.

Para ele, a promoção comunitária tem como fundamento o direito da participação política e nutre-se do processo emancipatório, ou seja, possui no seu horizonte a superação da pobreza política, que necessariamente irá levar a uma tomada de consciência, com capacidade de intervenção autônoma, alternativa e organizada, afirmando que “a comunidade precisa perceber que ela, sendo a origem do poder, é a responsável básica pelo seu desempenho qualitativo”. Comenta que a assistência é muitas vezes tida como um valor radical frente a outros direitos sociais, não que não seja, mas que somente na eminência da sobrevivência ela deve assumir tal valor. Porquanto, o seu uso tem sido no sentido de provocar uma certa sujeição de grupos ou pessoas tornando-as incapazes de gerir seus próprios caminhos. E reforça o que anteriormente havia comentado, que o papel da comunidade não deve ser de substituição das funções do Estado, nem tão pouco de submissão, mas de partícipe para o que o Estado funcione a serviço desta (DEMO, 1995, p.161).

Ao recuperar alguns conceitos aqui apresentados pretendeu-se ampliar as discussões sobre a reorganização dos serviços de saúde, necessária para o fortalecimento do SUS, na perspectiva da Participação da Comunidade em busca da Promoção da Saúde.

A Carta de Ottawa define a Promoção à Saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 1996). As bases legais do direito à saúde são postas, neste contexto, como direito de cidadania, valorizando a participação popular nas decisões sobre a política de saúde por meio das relações que são estabelecidas entre os profissionais das equipes de saúde da família e da comunidade.

A universalidade e o acesso aos sistemas nacionais de saúde são referenciados em todas as Conferências e Reuniões, considerando a Atenção Primária em Saúde como porta de entrada para os sistemas de saúde (BRASIL, 2000).

No contexto brasileiro, o campo da Promoção à Saúde é recente, ainda em expansão, porém com enorme potencial, dadas às demandas emergentes na década de 90, decorrentes da descentralização preconizada pelo SUS que favorecem o desenvolvimento de um movimento municipalista da Saúde e o fortalecimento da participação popular e o controle social da população nas questões de saúde (PALHA, 2001).

Para Lefèvre (2000) a Promoção da Saúde busca uma alternativa para compreender a saúde e a doença, oferecendo espaços positivos para que indivíduos e coletividades obtenham saúde. Nesse sentido, antes de qualquer incursão a respeito da Promoção da Saúde, é necessário que tenhamos claro que existe uma diferença conceitual importante em relação à prevenção e promoção, conceitos muitas vezes considerados como sinônimos ou equivalentes.

Comenta o autor que a Promoção da Saúde adquire um caráter permanente, enquanto a prevenção é provisória. Assim sendo, considera que a Promoção da Saúde implica em

(...) medidas ou conjunto de medidas, ou processos ou conjunto de processos, adotados antes do surgimento de uma dada ou de um conjunto de condições mórbidas com vistas a que tal condição não ocorra (ou que tenha diminuída a probabilidade de ocorrência) ou ocorra de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos ou coletividades (...) visa à eliminação permanente ou pelo menos duradoura da doença porque busca atingir as causas e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos (LEFÉVRE, 2000, p.3).

Com relação à prevenção, diz o autor que sendo provisória, ela tem um caráter de intervenção frente a alguns agravos que podem acometer indivíduos ou coletividades, na medida em que, de posse de determinadas tecnologias, pode-se através de medidas de alcance individual ou coletivo, evitar que tal condição mórbida tenha diminuída sua probabilidade de ocorrência, ou ocorra de formas menos graves nos indivíduos ou coletividades, assim, a prevenção,

(...) é, desta forma, um termo que deve ser reservado para esta intervenção antes do surgimento da doença e, portanto, não deve ser confundida com

Promoção da Saúde porque a prevenção será sempre uma intervenção provisória que terá de ser sempre repetida para que não ocorra a doença. (LEFÉVRE, 2000, p.3) .

O autor, reconhecendo que os indivíduos e coletividades necessitam ser tratados dos agravos, e que devem ser protegidos e proteger-se das doenças, comenta que, sempre que possível, as doenças devem ser erradicadas, ou minimizadas dentro do meio em que surgem.

Mello (1998) destacou a importância da educação popular como eixo central do processo educativo que enfatize a participação ativa e horizontal nas relações de poder, considerou que o conjunto de métodos e técnicas que instrumentalizam práticas em educação popular, independente da condição de alfabetização dos participantes, é estimulador ao desenvolvimento de um trabalho prazeroso que encoraja análises e reflexões críticas de problemáticas sociais que tenham a importância para a saúde.

Para Pedrosa (2001) é preciso repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação social, compreender que as verdadeiras práticas educativas só têm lugar entre sujeitos sociais e considerar a Educação em Saúde como estratégia para constituição de sujeitos ativos, que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador.

O grande desafio da participação comunitária é da educação em sua perspectiva processual de formadores da cidadania, com vistas à formação dos legítimos sujeitos do desenvolvimento. Sua função insubstituível, como diz Demo (1986), é de ordem política, requerendo componentes importantes a serem assumidos por suas lideranças, tais como: A noção de formação, não de adestramento, pois parte da potencialidade do educando, assumindo como interessado primeiro do processo ; a noção de participação, de autopromoção e de autodefinição, ou seja, o conteúdo central da política social, entendida como realização da sociedade participativamente desejada ; a noção de sujeito social, não de objeto, de paciente, de cliente, de elemento ; a noção de direitos e deveres, sobretudo fundamentais, tais como os direitos humanos, os deveres do cidadão, o direito à satisfação de necessidades básicas, o direito à educação, etc. a noção de democracia, como forma de organização sócio econômica e política mais capaz de garantir a participação como processo de conquista ; a noção de liberdade, igualdade e comunidade, que leva à formação de ideologias comprometidas com

processos de redução das desigualdades social e regional, com o desenvolvimento, a qualidade de vida e o bem estar culturalmente definidos, com a satisfação das necessidades básicas e a garantia dos direitos fundamentais ; a noção de acesso à informação e ao saber, como instrumentos de crescimento da economia e da sociedade, bem como da participação sócio-econômica e política ; a noção de acesso a habilidades capazes de potencializar a criatividade do trabalho visto aqui como componente cultural, mais do que como simples elemento produtivo.

A participação das comunidades nos processos de educação em saúde pode apresentar diversos modos dependentes das técnicas e dos objetivos intrínsecos. Assim, considera-se simbólica, quando a população é apenas incluída no processo, sem ação ativa, nem mesmo receptiva. Ela é receptiva quando existe o recebimento de algum serviço do Estado. A participação é ativa nas situações em que a população toma parte num conjunto de atividades não planejadas, pelas comunidades como no caso de mutirões e mobilizações. Por fim, a participação é real quando a população reivindica e assume parte de processos que vão do diagnóstico, passam pelo planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas (PINTO, 1982).

Uma das formas de difusão e incorporação das propostas de movimento da Promoção da Saúde no Brasil tem sido a criação de “cidades saudáveis”, iniciativa fomentada pela Organização Mundial da Saúde. A noção de “cidades saudáveis” implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações “comunitárias” no planejamento e na execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (WESTPHAL, 1997; MALIK, 1997; KEINERT, 1997; FERRAZ, 1999; RADIS, 2000).

O exposto acima assinala a importância do envolvimento da população no enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação das condições de vida que prejudicam os potenciais de benefício da saúde. A dimensão comunitária passa a ser um dos pilares fundamentais na construção do modelo orientador da atenção básica, pressupondo o engajamento da população nas decisões sobre a operacionalização das ações de saúde. A participação em saúde efetiva baseia-se numa cidadania ativa e numa ruptura com as resistências

tecnoburocráticas, e, principalmente, em uma vontade política das autoridades públicas em garantir espaços onde se possam incorporar grupos de interesses e de valores diferentes, potencializando a concretização de mudanças (CHIESA e FRACOLLI, 1999).

Um dos grandes eixos que orienta para o sucesso no desenvolvimento de políticas públicas é a Promoção da Saúde e a Participação da Comunidade, mas para isso é necessário o desenvolvimento de sujeitos sociais para o exercício do direito e da cidadania.

Portanto as bases legais do direito à saúde, nesse contexto, devem valorizar a participação do usuário nas decisões sobre a política de saúde, como direito de cidadania, por meio das relações que são estabelecidas entre os profissionais das equipes de saúde da família e da comunidade. A atual política do Ministério da Saúde reafirma essa opção com relação à reorganização do modelo de atenção à saúde, propondo como eixo desse processo a Promoção da Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.

1.4 O Programa Saúde da Família como estratégia para a Atenção Básica

Em 1991, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma estratégia de implementação do SUS, que desenvolve atividades relacionadas à prevenção e educação em saúde, implantado principalmente nos municípios de baixa densidade populacional. No PACS, o enfoque principal é a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução do ACS como um trabalhador incumbido de desenvolver ações relacionadas ao controle de peso, orientações a grupos específicos de patologias, distribuição de medicamentos, entre outras.

Em 1994, “Ano Internacional da Família”, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia de reestruturação do modelo assistencial, constituindo uma unidade prestadora de serviços e atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica. Neste sentido Silveira nos chama atenção para a

(...) tamanha importância da Família na saúde que, no vai-e-vem da história das políticas públicas de saúde no Brasil, ela permanece quase sempre como um alvo central dessas ações, tal como hoje acontece na Estratégia Saúde da Família (SILVEIRA, 2000, p.5).

O Programa Saúde da Família (PSF) é definido como o modelo de atenção para execução de ações de prevenção, promoção e atenção primária em saúde para o indivíduo, família e comunidade com vistas a reformular ou organizar a atuação prática do SUS em nível básico ou primário “(NETO, 1998, p.2).

A atenção primária é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, a partir de uma perspectiva da população. Essa perspectiva está em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito amplo de saúde (STARFIELD, 2002).

Kaloustian (1998, p.11) define **família**, como:

(...) o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência do desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar de seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal. Em seu espaço é que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também no seu interior *que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais.*

O Ministério da Saúde considera **família** como: “o conjunto de pessoas ligadas pôr laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade familiar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados” (SIAB, 1998, p.7).

O modelo assistencial proposto pelo PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde, além da assistência individual, como elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo, cujo foco se amplia para o indivíduo/família e a comunidade. O PSF tem como objetivo colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização com vista à integralidade e participação da comunidade (CHIESA e FRACOLLI, 1999).

Alguns autores têm defendido o PSF como a estratégia de reorganização da atenção primária da saúde, em nosso País. Mendes (1996), por exemplo, destaca alguns aspectos positivos em experiências do PSF, tais como aumento da resolubilidade, diminuição das internações hospitalares, mudança do perfil de morbidade hospitalar e maior satisfação da clientela.

De acordo com Teixeira (1999), a pertinência dessa estratégia para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais.

Para Campos (1994) ainda há um longo caminho a percorrer para se alcançar uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas para o controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

Silva (2001) afirma que como a estratégia do PSF é um processo recente, ainda será necessário algum tempo para avaliar seus resultados. Neste sentido, Souza (2000) propõe que como estratégia estruturante de reorganização da atenção básica, o PSF só se viabilizará se produzir mudanças nas práticas sanitárias, construindo novos vínculos entre os serviços de saúde e a população.

A reflexão sobre o caminho percorrido nos últimos 15 anos no que diz respeito à construção do SUS faz crer que, apesar das dificuldades, o Brasil tem hoje a oportunidade histórica de avançar na efetivação de uma política de saúde e na organização de um sistema público de serviços de saúde que represente, de fato, uma inovação do ponto de vista do modelo de atenção, ou seja, do ponto de vista da direcionalidade do processo de mudança no conteúdo das práticas de saúde (TEIXEIRA, 1999).

Para o Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia organizativa da Atenção Básica no âmbito do SUS. No entanto, minha experiência como coordenadora regional do Programa PSF/PACS na Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú (AMFRI/SC), demonstra que o PSF precisa de aperfeiçoamento para que atinja níveis adequados de qualidade na atenção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Não podemos deixar de avaliar, como um fator extremamente positivo para a construção do Sistema Único de Saúde, a participação popular e o controle social, incentivados pela implementação da Estratégia Saúde da Família. Os trabalhos das equipes devem fomentar o exercício da cidadania pela comunidade, efetivada através da participação dos usuários que é um dos princípios do SUS.

Capítulo II

Percurso **M**etodológico

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo está integrado ao projeto de pesquisa “Avaliando a participação social na região da AMFRI/SC” (Apêndice A), aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI (Parecer nº025/2004) (Apêndice B), sob coordenação da orientadora deste estudo. Está também integrado a mais três projetos de dissertação, cujo objeto é a participação na Região da AMFRI/SC, sendo que cada dois projetos abordam simultaneamente (utilizando o mesmo local de pesquisa) os profissionais da equipe de PSF e os usuários (caso deste projeto).

Optei por utilizar a abordagem qualitativa para desenvolver este estudo, pois, segundo Minayo (2000) "esta se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas". Neste sentido, Lüdke e André (1986) consideram que ao desenvolver uma pesquisa qualitativa, o pesquisador preocupa-se mais com o processo do que com o produto, pois seu interesse ao estudar um tema, é identificar como ele se manifesta nas interações cotidianas.

Esta pesquisa foi desenvolvida em um município do sul do país com 86,896 habitantes. É uma cidade com características totalmente urbanas, e considerada como importante região litorânea de veraneio e turismo. A distribuição percentual da sua economia está centrada na indústria, do turismo e do vestuário. É uma cidade litorânea com um fluxo migratório intenso, resultando na ocupação desordenada das encostas dos morros e vales sujeitos a enchentes. 79,7% da população está situada acima do nível da pobreza.

Dados estimados de 2004, fonte IBGE, registram 27.674 mulheres em idade fértil, 1.362 gestantes, 7.414 idosos acima de 60 anos e número estimado de famílias (3,3 pessoas por famílias) igual a 26.332. O sistema de saúde é composto por seis Centros de Saúde, duas Policlínicas, um Hospital Geral e uma Unidade Hospitalar Especializada. Os dois hospitais são particulares conveniados com o Sistema Único de Saúde.

No município estudado o processo de construção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), da cidade em questão, iniciou-se em meados de 1994, com convênio entre a prefeitura e o Ministério da Saúde. 41,2% da população está coberta pelo

Programa Saúde da Família num total de 10 equipes.

A unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa possui duas equipes atuando em Saúde da Família. Cada uma é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. Essas equipes acompanham 2001 famílias, totalizando 7930 pessoas. A faixa etária predominante é de 20 a 39 anos, totalizando 2753 pessoas e a faixa etária de 10 a 19 anos totaliza 1661 pessoas. 93,76% das crianças na faixa etária de 7 a 14 anos freqüentam a escola e 97,08% das pessoas cadastradas são alfabetizadas. A hipertensão e a diabetes são as doenças de maior incidência referida pelas pessoas. 99,62% das famílias têm seu abastecimento de água pela rede pública, 46,10% realizam tratamento de água no domicílio pelo método da filtração, 99,81% da coleta do lixo é realizada pelo sistema público, sendo que somente 12,7% possuem sistema de esgoto. 84,70% das famílias possuem fossa séptica no seu domicílio e 99,62% possui energia elétrica. Esses dados foram coletados no sistema de informação de atenção básica – SIAB. Na comunidade não existe Conselho Local de Saúde e os participantes da pesquisa desconhecem a existência de um Conselho Municipal de Saúde.

Os participantes da pesquisa foram os usuários que freqüentavam a Unidade de Saúde da Família, possuindo um vínculo com a unidade e conseqüentemente, com os profissionais de saúde. O grupo foi convidado a participar da pesquisa durante uma reunião educativa sobre doenças sexualmente transmissíveis organizada pela equipe do Programa Saúde da Família. Na primeira reunião marcada para esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa participaram 25 usuários, sendo 20 mulheres e 05 homens. Aceitaram participar da pesquisa 18 usuários. Para definição do grupo, solicitou-se aos usuários indicados que apontassem outros nomes para participarem da pesquisa. A composição final do grupo foi de 14 participantes.

Com o objetivo de estabelecer um vínculo inicial com os usuários, utilizei uma “entrevista de sensibilização” com o grupo. Neste momento alguns dados foram coletados sobre a identidade dos participantes, a disponibilidade e interesse das pessoas em participarem da pesquisa e o convite para participarem da primeira reunião do grupo.

A seguir foi realizado um grupo focal (Apêndice B) tendo como objetivos aprofundar o vínculo já iniciado e fazer um pré-diagnóstico das concepções e

percepções do grupo em relação ao tema participação em saúde. Grupo focal, genericamente, pode ser definido como uma forma de entrevistas com grupos que se baseia na comunicação e na interação entre os participantes da pesquisa para gerar dados (PEDROSA; TELES, 2001).

A escolha dessa técnica de pesquisa deu-se pelo objetivo da investigação – conhecer a situação a partir dos envolvidos e da característica do objeto do estudo, ou seja, as concepções sobre participação, as práticas identificadas como participativas e os fatores limitadores e facilitadores da participação. Além disso, ela permite apreender a dinâmica social por atitudes e motivações expressas em interações grupais e explorar as necessidades do grupo (WESTPHAL, 1995).

O grupo focal, segundo Minayo (2000) deve constituir-se de 6 a 12 informantes, possuir um Moderador (guia) que deve promover a participação de todos tentando focalizar e aprofundar a discussão. Dessa forma, trabalhou-se com dados obtidos de um grupo focal com 14 participantes no grupo.

O facilitador foi a pesquisadora e a relatora foi outra pesquisadora da mesma linha de pesquisa, que anotou e gravou as discussões. O grupo foi constituído homogeneamente, permitindo que os participantes se sentissem confortáveis e livres para participar da discussão. Após o grupo focal foram transcritas as fitas, as falas foram identificadas, no discurso dos participantes, consenso e diferenças a respeito de cada tema. Essa etapa teve como objetivo a realização de uma análise inicial dos dados, para dar retorno aos participantes proporcionando a discussão e a reflexão. A idéia aqui era validar o que o grupo colocou e, ao mesmo tempo, fazê-lo refletir sobre seus conceitos e práticas participativas, problematizando-os. A partir desta discussão, planejamos com o grupo a intervenção para os próximos encontros.

Nesta etapa utilizou-se como recurso principal de investigação/educação a Metodologia da Problematização. A primeira referência para essa Metodologia é o Método do Arco, de Charles Maguerez, do qual se conhece o esquema apresentado por Bordenave e Pereira (2002), cujos passos são representados esquematicamente na figura 1. Com esse esquema, é possível trabalhar por uma educação que gradativamente prepara o ser humano para ser cidadão e para se humanizar.

O caminho proposto pela Metodologia da Problematização possibilita principalmente a relação entre teoria e prática, tendo como objetivo uma ação que de forma intencional busca a transformação da realidade através da aplicação de

partes dos resultados obtidos no processo investigativo. A metodologia tem seu momento científico centrado mais na etapa da Teorização e permite o exercício intelectual de reflexão, presente em todo o processo (BERBEL, 1996).

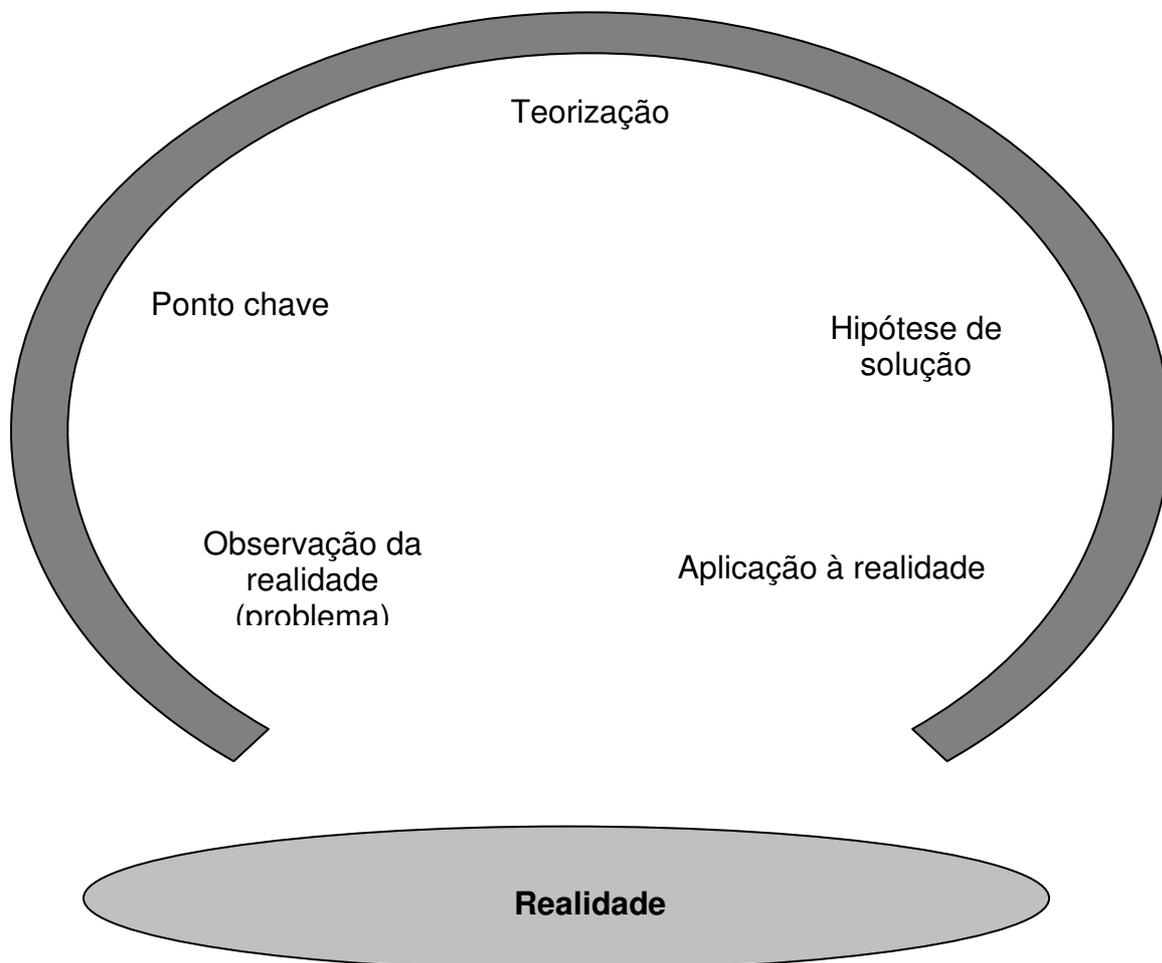


Figura 1: Arco de Maguerez (Bordenave; Pereira, 2002)

As etapas do Método, segundo Berbel (1996), são as seguintes:

A primeira etapa é a **Observação da Realidade**. Parte da observação de um aspecto selecionado da realidade (no nosso estudo a participação do usuário nos serviços de saúde). Esta observação pode ser através dos próprios olhos ou, quando isto não é possível, através de meios audiovisuais, modelos, etc. É com estas reflexões que os participantes são levados a levantar, ou definir, com os conhecimentos que têm naquele momento inicial do seu estudo, alguns pontos a estudar.

A definição do que estudar vai caracterizar a segunda etapa que é a dos **Pontos-chave**. Esta etapa estimula um momento de síntese após a análise inicial do

que foi feito; é o momento da definição do que vai ser estudado sobre o problema; é o momento de definir os aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos a fim de se buscar uma resposta para esse problema.

A terceira etapa é a da **Teorização**. Este é o momento da investigação, do estudo propriamente dito, daqueles pontos-chave definidos para esclarecer o problema e para buscar solução para o mesmo. Desde o início deve ficar bastante claro que todo o estudo levará o grupo à solução do problema, ou pelo menos ao encaminhamento para uma solução. O estudo é feito pelos participantes (usuários e pesquisadora). Depois da teorização e após aprofundarem seus conhecimentos sobre o problema naqueles aspectos definidos na etapa dos pontos-chave, os participantes comparam com as suas percepções iniciais, possibilitando então rever pontos que agora ficaram mais claros, mais elaborados. A partir do estudo, com a análise e a discussão dos dados colhidos e as conclusões que se pode chegar, está terminada a Teorização e caminha-se para a etapa seguinte.

A quarta etapa é a das **Hipóteses de Solução**. Esta deve ser uma etapa bastante criativa. Essa criatividade deve ser estimulada, devem superar aqueles conhecimentos e aquelas ações anteriores para poderem realizar alguma mudança naquela parcela da realidade. É preciso ter ações novas, ações diferentes, elaboradas de uma outra maneira para se poder exercer uma diferença na realidade de onde se extraiu o problema. Todas as possibilidades pensadas e elaboradas devem ser registradas.

A quinta e última etapa é a da **Aplicação à Realidade**. É uma etapa de prática, de ação concreta sobre a mesma realidade de onde foi extraído o problema. A finalidade maior é promover, através do estudo, uma transformação, mesmo que pequena, naquela parcela da realidade.

Todas as reuniões foram gravadas, transcritas e analisadas em seu conteúdo para o planejamento das reuniões seguintes.

A análise dos dados foi realizada tendo como principal referência o caminho proposto e trabalhado por Minayo (2000), como sendo a Análise Temática: pré-análise, exploração do material, interpretação e análise final.

Na pré-análise os documentos (descrição das reuniões, inclusive a do grupo focal) foram selecionados para serem submetidos a análise. Ainda nesta fase de pré-análise foi realizado a leitura transversal, exaustiva, procurando identificar os núcleos temáticos contidos nas falas dos participantes do grupo focal e das

reuniões. Foi elaborada uma síntese dos conteúdos, buscando verificar a representatividade, bem como a pertinência dos dados obtidos frente ao pressuposto fundamental e os objetivos propostos para a presente pesquisa.

Na fase da exploração do material realizei a codificação, buscando identificar as “estruturas de relevância” que segundo Minayo (2000) significam a apreensão das principais idéias formuladas sobre o objeto em estudo. Assim, trabalhando os conteúdos das falas dos entrevistados, foi realizada a classificação e a agregação dos dados, ordenando as unidades de registro e identificando as subcategorias de acordo com as categorias teóricas já determinadas para este estudo nos objetivos, a saber: Concepções de Participação; Práticas de Participação; Fatores Facilitadores da Participação e Fatores Limitadores.

Na etapa seguinte foi realizado a interpretação e análise final, momento em que foram identificados os conteúdos convergentes, divergentes e únicos presentes nas falas dos participantes e a articulação dos dados com os referenciais teóricos utilizados.

Tratando-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos é importante observar que os princípios éticos devem permear todas as etapas do estudo. Foram observadas todas as questões éticas constantes na Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para as pesquisas com seres humanos. Para garantir os direitos dos informantes, tivemos alguns cuidados de modo a manter o bom relacionamento e confiança entre o pesquisador e o grupo. Assim, após o contato direto como grupo a ser pesquisado enviamos um ofício à Secretária de Saúde, prestando esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e sua relevância e solicitando autorização para a realização da mesma (Apêndice C). Foi realizada uma reunião com os participantes da pesquisa para informar aos mesmos as características e finalidades da pesquisa e solicitar a todos a autorização, através de termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), para a realização do trabalho deixando claro que o não consentimento para tal não implicaria em restrições ou prejuízos para nenhum dos indivíduos.

Para resguardar o anonimato, foram omitidos os nomes do município, dos participantes e da unidade de saúde onde foi realizado o estudo.

Capítulo III

Resultados

3 RESULTADOS

3.1 A dinâmica dos encontros

3.1.1 Primeiro Encontro: Sensibilizando o grupo - Estabelecendo Rapport

O primeiro encontro aconteceu no dia 16 de novembro de 2004, no consultório de ginecologia (a unidade não possui sala de reuniões), com a participação dos 14 usuários indicados pelos profissionais e convidados previamente pela enfermeira da Equipe de Saúde da Família. A solicitação de que a enfermeira da unidade convidasse os usuários foi devido ao tempo que esta atua nesta equipe (4 anos), conhecendo bem os que freqüentam a unidade. Anteriormente já havia visitado informalmente a unidade e conversado com a enfermeira, explicando o objetivo do trabalho. Ela demonstrou bastante interesse em colaborar com a pesquisa.

No início do encontro agradei a participação de todos, solicitando que os usuários se apresentassem (nome, idade, escolaridade). Apresentei os objetivos do trabalho e convidei-os a participarem dos encontros. Todos aceitaram o convite demonstrando bastante interesse.

No quadro 1, apresenta-se a caracterização dos usuários participantes desta pesquisa.

Identificação	Idade	Sexo	Escolaridade
Usuário 1	54 anos	Feminino	1º grau incompleto
Usuário 2	30 anos	Feminino	2º grau incompleto
Usuário 3	49 anos	Feminino	1º grau incompleto
Usuário 4	57 anos	Feminino	1º grau incompleto
Usuário 5	42 anos	Feminino	2º grau completo
Usuário 6	24 anos	Feminino	2º grau completo
Usuário 7	62 anos	Feminino	1º grau completo
Usuário 8	27 anos	Feminino	2º grau incompleto
Usuário 9	60 anos	Feminino	1º grau incompleto
Usuário 10	38 anos	Feminino	2º grau incompleto
Usuário 11	40 anos	Feminino	2º grau completo
Usuário 12	21 anos	Feminino	2º grau completo
Usuário 13	69 anos	Feminino	1º grau incompleto
Usuário 14	37 anos	Feminino	2º grau completo

Quadro 1: Identificação dos usuários Participantes da Pesquisa

Participaram deste estudo 14 usuários que freqüentavam regularmente a unidade de saúde. Todos os usuários que permaneceram no grupo de pesquisa eram do sexo feminino com idade entre 21 e 69 anos, 01 usuária era representante da associação dos moradores do bairro e 05 freqüentavam as reuniões do Núcleo de Atenção ao Idoso duas vezes por semana onde desenvolviam trabalhos manuais, assistiam palestras e realizavam passeios de integração com o grupo. O nível de escolaridade dos usuários situou-se entre o 2º grau completo e incompleto, 05 usuárias estavam na condição de aposentadas, 02 trabalhavam como faxineira e 07 eram do lar.

Apresentei o consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), distribuindo os formulários. Após todos concordarem com os termos, os devolveram devidamente assinados. Solicitei permissão para gravar os encontros e todos concordaram. Foi também esclarecido que o sigilo seria mantido em todo o processo de trabalho, assegurando o anonimato dos indivíduos e do grupo. O grupo concordou que as reuniões aconteceriam uma vez por semana e sempre no final da tarde devido a alta temperatura, pois era verão.

Finalizando a reunião convidei a todos a confraternizar o encontro com um lanche.

3.1.2 Segundo Encontro: Observação da Realidade

O segundo encontro aconteceu no dia 23 de novembro de 2004, das 18:15 às 20:30, no consultório de ginecologia da unidade, que já havia sido preparado para o encontro pelos Agentes Comunitários de Saúde. Neste dia participaram da reunião os catorze usuários.

Agradei a presença de todos e iniciei o encontro com uma dinâmica de grupo. Foi distribuídos a cada participante um cartão com a foto de um animal para que os mesmos encontrassem seu par e iniciassem a apresentação. Esta dinâmica permitiu a socialização e proporcionou instantes de descontração do grupo.

A seguir foi realizado o grupo focal, com o objetivo de levantar as concepções e práticas de participação dos usuários participantes.

Contei neste encontro com a colaboração da minha colega de mestrado que participou como relatora anotando e gravando as discussões.

Esta etapa do processo de pesquisa, ou seja, a observação da realidade, permitiu conhecer o contexto que se pretendia estudar. Para observar a realidade sobre a participação do usuário no programa saúde da família, questionou-se os participantes sobre suas concepções de participação, a prática nos serviços de saúde e quais as ações que os mesmos entendiam como participativas. Ainda, como objetivo deste encontro foi identificado os fatores facilitadores e limitadores da participação.

De modo geral os participantes apresentavam dificuldades para explicar as concepções de participação e, com freqüência, respondiam descrevendo ações relacionadas, tais como:

Eu acho que participar é vir às reuniões (U. 11 e U. 2).

Eu já participo a muitos anos das reuniões do diabéticos e hipertensos e também das reuniões da igreja (U. 4).

Não identifiquei diferenças marcantes entre os participantes. No entanto, noções mais elaboradas do conceito de participação, emergiram das respostas de uma usuária (U12), que faz parte da associação de moradores do bairro e já foi candidata a vereadora:

A participação em si não é só esta reunião [...] é muito além desta reunião. Eu posso participar da seguinte forma: participação direta e participação indireta (U12).

As falas, depoimentos, expressões verbais deste encontro foram gravadas e transcritas. Para o encontro seguinte foram identificadas as unidades de registro, tendo como objetivo validar as percepções do grupo e identificar os pontos-chave a estudar.

Observamos (eu e a outra pesquisadora) que, durante as atividades, a porta da sala manteve-se aberta. Esse fato foi bastante negativo e interferiu em vários aspectos do grupo: o barulho externo dificultou a escuta das informações e dispersou a atenção do grupo.

No final do encontro, todos relataram satisfação em estar participando do encontro. Convidei a todos para um lanche de confraternização, agradei a participação de todos e marcamos o próximo encontro.

3.1.3 Terceiro Encontro: Pontos-Chave

O terceiro encontro ocorreu no dia 07 de dezembro de 2004, das 18:30 às 20:00 horas. Neste encontro participaram 08 usuários, os outros 06 participantes não justificaram sua ausência.

O objetivo deste encontro foi refletir com os participantes da pesquisa o que foi discutido na reunião anterior. Organizei, através de um painel, as unidades de registro levantadas e expliquei a importância da identificação das falas e a validação das mesmas.

Realizei a leitura do painel que definia nas palavras dos participantes o que é participação, as práticas participativas e os fatores facilitadores e limitadores da participação.

Após essa observação da realidade da participação dos usuários no Programa Saúde da Família, formulamos o problema de pesquisa. Pelo contexto encontrado foi possível perceber que o problema de pesquisa é propriamente um problema de falta de conhecimento dos usuários sobre as normas e diretrizes do Programa Saúde da Família e sobre o direito de exercer a cidadania através da

participação nos serviços de saúde. Essa falta de conhecimento ficou bem clara na fala da “Usuária” 12 e 7:

PSF é um partido político? Nem os funcionários que trabalhavam aqui tinham conhecimento do PSF (U12).

Eu sei que eles (a equipe) não têm culpa, porque eles também entraram no programa sem saber o que é, eles também são mal informados (U 7).

Outro problema que surgiu, e foi debatido exaustivamente, foi a relação do usuário com os serviços de saúde do município, principalmente em relação aos serviços de média e alta complexidade. Vários exemplos foram citados em todos os encontros, em que a insatisfação pode ser evidenciada na fala de vários usuários:

“Eu recebo remédio para diabetes, pressão. Mas se a gente precisa de algo mais sério aí é este empurra-empurra. Se eu tivesse que morrer já tinha morrido (U 4)”.

Vamos solicitar ao Prefeito treinamento para os funcionários. Se o médico não está atendendo o que está acontecendo? Nós não podemos esperar 02 ou 03 meses por um atendimento (U 12).

É um empurra-empurra a gente vai para lá e para cá. No hospital se a gente não pagar a gente morre (U 3).

Neste momento, o grupo discutiu a importância da participação do usuário nos serviços de saúde, a partir da relação com os profissionais de saúde, com a comunidade e com as autoridades locais para resolução dos problemas.

O grupo entendeu que conhecer a estratégia da saúde da família é um dos fatores mais importantes para facilitar a participação e deixaram transparecer a carência de informação e falta de conhecimento em relação ao programa e a participação dos mesmos nos serviços de saúde.

Após a discussão do painel e para o melhor estudo do problema, elegemos como pontos-chave a estudar: Normas e Diretrizes do Programa Saúde da Família e o conceito de **Participação**.

No final do encontro os participantes demonstraram que estavam bastante interessados em participar das atividades da unidade de saúde e em apontar alternativas para os problemas da comunidade. Combinamos que no próximo

encontro estudaríamos as Normas e Diretrizes para implantação do Programa Saúde da Família e o conceito de Participação.

3.1.4 Quarto Encontro: Teorização

Foi realizado no dia 22 de dezembro de 2004 das 18:00 às 20:00 horas. Participaram 10 usuários. Faltaram 04 usuários que tinham participado do encontro anterior. Iniciando a reunião agradei a participação de todos e expliquei como o encontro ia se desenvolver. Fiz um breve histórico dos encontros anteriores (achei necessário porque 06 usuários não tinham participado da reunião anterior) e expliquei como estava planejado o encontro para este dia. Resgatei o painel com a concepção de participação, práticas participativas, fatores facilitadores e limitantes da participação e expliquei novamente a importância da identificação das falas e sua validação. Discutimos o conceito de participação e como a comunidade pode e deve participar das atividades da equipe de saúde da família.

De acordo com a programação proposta iniciei o encontro fazendo um breve resgate dos encontros anteriores e falando da minha intenção de apresentar o referencial teórico de Bordenave sobre participação. Para facilitar esta apresentação, contei com o auxílio de um retroprojeter e do livro de Juan Dias Bordenave: O que é Participação (BORDENAVE, 1987). Apresentei uma pequena biografia deste autor. A seguir, apresentei as concepções de participação, as diversas maneiras de participar, os graus e níveis de participação, as forças atuantes na dinâmica participativa, a participação na comunidade, a participação na escola, a participação no município e alguns princípios da participação, usando transparências.

Todo material produzido foi traduzido para uma linguagem de fácil entendimento e tive o cuidado de explicar qualquer termo técnico que não fosse de entendimento dos participantes. Após cada parágrafo da leitura era aberto um espaço para apresentação de dúvidas e discussão dos participantes.

Percebi, na expressão dos participantes, que os temas apresentados eram desconhecidos de todos e mesmo estimulando a discussão somente as usuárias 12, 3 e 7 manifestavam sua opinião, como podemos observar nas falas a seguir:

Eu acho ótimo essas reuniões (estava se referindo aos nossos encontros). Porque a cada dia a gente aprende mais (U3).

Quem tem estudo, sabedoria, então ensina como é que funciona (U7).

[...] levar em uma reunião aberta para a população, muitas pessoas não tem conhecimento, mas pela necessidade vai se manifestar (U12).

Esse encontro foi mais longo e o calor que fazia interferiu muito na concentração e discussão dos participantes. Como o grupo apresentava cansaço combinamos a discussão sobre o Programa Saúde da Família para o próximo encontro. Servimos um lanche e uma das usuárias (U3) muito timidamente me convida para comer um peixe em sua casa. Sinto que com a frequência das reuniões o grupo começa a sentir mais liberdade para se manifestar.

Agradei mais uma vez a presença de todos e após o consenso do grupo marcamos a data do próximo encontro.

3.1.5 Quinto Encontro: Teorização

Foi realizado no dia 27 de dezembro de 2004, das 18:15 às 20:30 horas, com a participação dos 14 participantes do estudo. Acredito que a participação de todos foi devido ao convite que os agentes comunitários fizeram durante a visita domiciliar na semana que antecedeu ao encontro.

Iniciei a reunião agradecendo a participação de todos e esclarecendo a dinâmica do encontro para este dia. Conforme planejamento da última reunião, apresentamos através de transparências as Normas e Diretrizes do Programa Saúde da Família de acordo com o proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Durante a discussão foi apresentada aos participantes um breve histórico sobre o Movimento da Reforma Sanitária, a discussão em torno do modelo assistencial que tem se constituído em um importante e estratégico eixo na descentralização do SUS e na implantação do Programa de Saúde da Família. Foi enfatizado também que esta estratégia busca direcionar as ações de saúde no sentido da integralidade, da humanização, da aproximação do usuário ao serviço, voltado particularmente para o nível local.

Esta apresentação provocou comentários e indignação dos participantes, como podemos observar nas falas a seguir:

Eu como cidadã e membro da associação de bairro nunca fui convidada para participar de nenhuma atividade aqui no posto. Pois é isto que falta. Até hoje não reuniram a comunidade para explicar o que é o PSF (U 12).

E o pouco que a gente sabe que significa ele (o PSF) não funciona como deveria funcionar. Como participar de uma coisa que a gente não sabe como funciona (U 7).

Iniciamos uma discussão sobre a importância da participação da comunidade para o sucesso do Programa Saúde da Família e com exceção de 04 usuários, ficou a sensação que os demais não conseguiram entender claramente a estratégia do Programa Saúde da Família.

Como havia participado também dos encontros com a equipe de saúde da família junto com a colega de mestrado que desenvolvia pesquisa sobre o mesmo tema, com os trabalhadores que atuavam nesta localidade, entendi ser oportuno promover um encontro entre os usuários e a equipe.

Perguntei do interesse do grupo em participar desta reunião, tendo como objetivo a integração e a realização da próxima etapa da Metodologia Problematizadora, que seria levantar hipóteses de solução.

Os participantes demonstraram interesse e curiosidade em construir com a equipe do Programa Saúde da Família as Hipóteses de Solução. Combinamos também que nesta etapa discutiríamos as atribuições do Programa Saúde da Família, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Combinamos com a enfermeira da unidade a organização do encontro que ficou agendado para o dia 06 de janeiro de 2005.

3.1.6 Sexto Encontro: Hipótese de Solução

Foi realizado no dia 06 de janeiro de 2005 das 15:40 às 17:45 horas, em um auditório pertencente a um serviço da Secretária Municipal de Educação, que fica anexo à unidade de saúde. Contou com a participação da equipe, de 10 usuários, de

uma enfermeira do programa saúde da mulher e da médica da outra equipe do Programa Saúde da Família, que não está fazendo parte da pesquisa, mas demonstrou interesse em participar porque a equipe a que pertence divide espaço na mesma unidade de saúde. Esta etapa da pesquisa ainda envolve aspectos de teorização e o início do levantamento das hipóteses de solução.

Este encontro foi coordenado por mim e por outra colega de mestrado que estava realizando a pesquisa com a equipe discutindo o tema da participação na visão dos profissionais. Esta etapa foi muito importante, tanto para mim, como para minha colega porque foi a oportunidade de reunirmos a comunidade com os profissionais em torno de um mesmo assunto.

Iniciei a reunião explicando que o objetivo da pesquisa é que os membros participantes do grupo deverão ser os atores das ações, que podem transformar a realidade e que esta metodologia de pesquisa, na qual a comunidade se estuda a si mesma tem a finalidade de usar esse conhecimento e as novas percepções de si mesma para transformar sua situação (BORDENAVE, 1987).

Apresentei no retroprojeto as atribuições básicas de uma equipe de saúde da família de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), ressaltando que é condição mínima para a implantação da equipe que a comunidade participe desde o início do projeto, conhecendo seu papel, objetivos e que a partir daí o trabalho seja realizado em conjunto equipe/comunidade.

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

Após o levantamento das contribuições consideradas positivas e deixadas pela equipe e pelos usuários participantes da pesquisa, procurou-se encontrar alternativas para que estas contribuições, demasiadamente relevantes, possam colaborar para a prática da equipe e para uma nova concepção de participação do usuário nos serviços de saúde. Da discussão resultaram as seguintes propostas:

- a necessidade de criação de um conselho local de saúde;
- a importância da identificação de lideranças por microárea para representatividade da comunidade;
- a participação dos usuários no planejamento e avaliação das atividades da equipe de saúde da família;

- a necessidade de divulgação do trabalho da equipe de saúde da família para a comunidade, através de reuniões e folhetos explicativos.

Terminamos a reunião discutindo com a equipe e os usuários a próxima etapa que seria a Aplicação à Realidade. Esta etapa possibilita a intervenção direta na realidade, ajudando a promover uma aplicação concreta dos resultados da pesquisa. Para que se passe da teoria à prática assumimos o compromisso de:

- enviar uma cópia deste trabalho à Secretária Municipal de Saúde divulgando suas propostas e contribuições;
- divulgar este estudo em reuniões com a equipe, com o objetivo de promover a discussão e reflexão acerca da temática aqui abordada;
- divulgar este estudo em eventos;
- contribuir com a implantação de um conselho local de saúde.

3.2 Apresentando as categorias do estudo

Neste momento apresentaremos as categorias e subcategorias construídas no estudo. Cabe ressaltar que as categorias e subcategorias foram sendo construídas ao longo de um processo de discussão grupal e, portanto, sua significação é dinâmica e resulta da interação entre os participantes, o que decorre de nossa opção pela metodologia da problematização. As subcategorias foram agrupadas nas categorias pré-estabelecidas nos objetivos do estudo, quais sejam: **CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO, FORMAS DE PARTICIPAÇÃO, FATORES FACILITADORES DA PARTICIPAÇÃO E FATORES LIMITADORES DA PARTICIPAÇÃO**. Os diagramas de cada categoria, apresentados a seguir, dão a noção de como foram construídas as subcategorias, contendo alguns exemplos de unidades de registro levantadas.

3.2.1 Categoria: As concepções de Participação

Na categoria **CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO** foi possível construir as seguintes subcategorias “**Aprender, Praticar e Dialogar**”, “**Participar de Reuniões**”, “**Vai além de reuniões**”, “**Compromisso**”, “**Solidariedade**”, sendo apresentada esquematicamente na figura 1.

No desenvolvimento, tanto das reuniões como da análise dos dados, foi constatado que a maioria dos usuários possuía as mesmas concepções sobre participação. Observei que tinham dificuldades para precisar o conceito de participação, pois o mesmo está ligado diretamente as suas práticas. Às vezes pareciam estar confusos, pois ficavam em silêncio quando questionados, outras vezes acabavam repetindo quase sempre as mesmas respostas.

Segue figura 2:

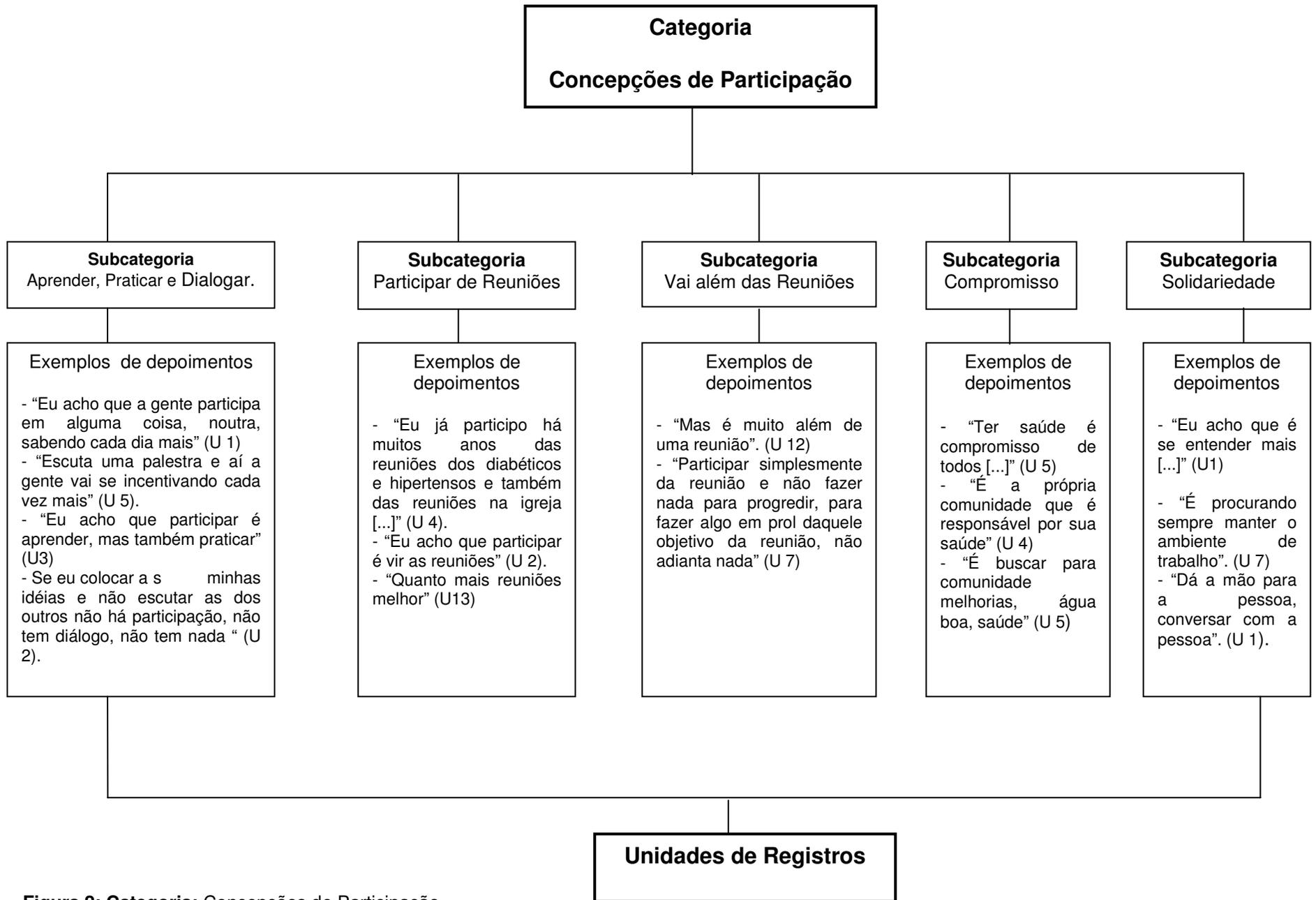


Figura 2: Categoria: Concepções de Participação

A subcategoria aprender, praticar e dialogar foi a que apresentou maior número de falas. Numerosas respostas relacionavam o conceito de participação em saúde com a busca de conhecimentos e informações, como expressam as falas a seguir:

Pois eu vim para aprender, a gente vai vivendo e aprendendo (U 3).

Eu acho que é bom praticar também o que a gente aprende (U10).

Para mim dar opinião primeiro eu teria que conhecer (U 4).

Eu acho que a gente participa em alguma coisa, noutra, sabendo cada dia mais (U1.)

Eu acho que participar é aprender, mas também praticar (U 3).

Para a gente poder participar [...] a gente tem que saber de tudo para depois poder opinar (U 4).

Além de buscar conhecimentos os usuários, entendiam a participação como a oportunidade de praticar o que aprendem, expondo idéias e emitindo opiniões.

Para Ruiz (1993), a habilidade dos seres humanos em aprender, permanece ao longo da vida. Se uma pessoa pode aprender, ela pode mudar e descobrir novos modos de usar seu potencial individual. É na busca de conhecimentos e de atividades, que muitos usuários buscam a unidade de saúde. Observa-se, no discurso dos mesmos, que a aprendizagem também é um dos motivos pelo qual os usuários se interessaram em participar desta pesquisa.

Olha, para mim, participação é a gente participando aqui (U 13). [...] “.
(se referia à pesquisa)

Acredito que liberdade de expressão deveria ser direito fundamental do usuário, com a possibilidade de manifestar sua opinião sobre o serviço ou os membros da equipe de saúde da família, sem o risco ou o temor a represálias. No início dos encontros com o grupo uma das participantes repetia sempre o mesmo discurso:

Eu não tenho queixas de nada, nem da médica, nem de ninguém [...] (U13).

Com decorrer dos encontros e ouvindo a fala dos outros participantes a mesma usuária relata:

Eu acho que esse pessoal do PSF deveria orientar as pessoas melhor [...] é um empurra-empurra, eles não tem noção do que eles tem que fazer e como eles tem que fazer (U13).

Observo que os usuários não expressam livremente suas reclamações, revelando timidez e inibição. Esse fato é bastante negativo e interfere diretamente na participação dos usuários nas decisões tomadas no âmbito da saúde. A equipe de Saúde da Família deveria oportunizar discussões com a comunidade, por meio da troca de informações e experiências, objetivando a transformação das práticas de saúde, sejam preventivas ou curativas, à realidade de cada indivíduo ou grupo social.

Para Freire (1987) o indivíduo seria o próprio sujeito de seu aprendizado, mobilizando suas experiências e potencialidades. Tanto o conhecimento como a consciência crítica, não seriam “coisas que se transferem”. Assim, a educação não poderia ser reduzida a um ato de transferência de algo pronto, daquele que sabe para aquele que não sabe, como se fosse um conjunto de instruções, um mero instrumento de difusão de um saber pronto e acabado. As práticas educativas, que se dão pelo diálogo, só podem acontecer entre homens iguais. Há, assim, uma mudança no lugar do educador, do educando e da relação entre eles (*que no nosso caso seria a posição dos técnicos e dos usuários*). O educando nesse sentido, não poderia mais ser colocado em uma posição inferior e negativa, onde sempre lhe faltaria alguma coisa (informação, conhecimento): é preciso reconhecer que todos têm saberes, experiências e capacidades.

Também para Bordenave (1987 p. 52) “a maior força para a participação é o **diálogo**. Diálogo, aliás, não significa somente conversa. Significa se colocar no lugar do outro para compreender seu ponto de vista; respeitar a opinião alheia; aceitar a vitória da maioria; pôr em comum as experiências vividas sejam boas ou ruins; partilhar a informação disponível; tolerar longas discussões para chegar a um consenso satisfatório para todos”.

Alguns usuários referiram sua insatisfação em relação a pouca possibilidade de expressarem-se nas ações educativas promovidas pela unidade. Por exemplo, a usuária 12 referiu que:

[...] a palestra que teve foi um pouco cansativa, porque só o médico falava e a gente escutava (U12).

Refletindo sobre o discurso destes usuários constatei que os mesmos expressam a importância do *diálogo* como uma função educativa da maior importância para a participação. Entretanto observo que os profissionais entendem que a presença do usuário em atividades da unidade é desperdício de tempo e adição de problemas aos já existentes. Buscando as conseqüências desse processo concordo com Valla (1994) quando aponta como um dos problemas da participação, o preconceito que os profissionais de saúde tem em relação às classes populares, com a idéia de que as classes populares são ignorantes, não têm conhecimentos necessários para ter saúde e precisam de educação. O mesmo discorda com essa posição, tentando apontar a forma como as classes populares demonstram seus conhecimentos e como eles são importantes para que tenhamos mais clareza da realidade. Na sua opinião há possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento, fazendo convergir o saber acumulado pelas classes populares a partir de sua vivência. Essa possibilidade é apontada na fala a seguir:

As palestras de drogas deveria ser diferente, não só criticando porque senão as pessoas não participam [...] então eles não vêm para essas palestras (U12).

É preciso lembrar que o **diálogo**, não torna as pessoas iguais, mas torna a relação mais democrática. “O diálogo tem significação precisamente porque os sujeitos dialógicos não apenas conservam sua identidade, mas a defendem e assim crescem um com o outro” (FREIRE, 1987, p.118).

Nessa relação às situações devem ser problematizadas e o profissional deve ser um elemento de ligação, um mediador de parte do conhecimento que o usuário precisa adquirir para tornar-se um ser ético, competente e com possibilidades de transformar a realidade por ele vivenciada.

No discurso dos usuários ficou claro que os mesmos têm interesse em adquirir informações que lhes garantam a possibilidade de compreender o que se passa com a sua saúde e a da comunidade onde vivem e nós técnicos deveríamos capacitá-los a decidir por programas e ações de saúde que revertam à realidade que foge dos padrões aceitáveis.

A participação deles (referem-se a equipe do Programa Saúde da Família) vem com a minha participação também, dando opiniões, o que podia ser mudado, o que podia ser colocado (U5).

Durante o sexto encontro, no qual foi oportunizado a integração entre a equipe de Saúde da Família e os usuários observei que quando os usuários se manifestavam, os profissionais logo procuravam voltar ao assunto em pauta, dando a entender que a fala dos usuários foi uma interrupção necessária, mas sem conteúdo e sem valor.

Wendhausen (2002, p.215) em pesquisa que realizou sobre participação em um Conselho Municipal de Saúde constatou também nas falas dos usuários:

não havia interlocução (pelo menos registrada em ata) em relação ao que era colocado, ou seja, o que era trazido parecia ser indiferente para os que ali estavam ou, ao contrário, era tão contundente que a todos fazia calar.

Para Briceño-León (1996), entre o profissional e o usuário não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas, portanto todos têm conhecimento e o processo educacional deve ocorrer gerando uma transformação de seus próprios saberes.

Acredito que esse discurso dos usuários tem especial importância quando se entende a construção do SUS também como um processo de aprendizado e de conquista da cidadania e independência. Pensar em participação do usuário no sistema de saúde implica na existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações. Requer processos que favoreçam a participação ativa, autônoma, representativa e co-responsável, que propiciem, de modo mais completo, o crescimento das pessoas ou das organizações coletivas (DEMO, 1996).

Para alguns participantes a concepção de participação está intrinsecamente ligada ao **Participar de Reuniões**:

Eu acho que participar é vir às reuniões [...] (U 2).

Eu participo vindo às reuniões [...] (U11).

Eu já participo a muitos anos das reuniões dos diabéticos e hipertensos e também nas reuniões realizadas na igreja (U4).

De fato as reuniões são tidas como uma das expressões mais utilizadas para simbolizar a participação. Sendo o ser humano um ser gregário, o encontro das pessoas é fundamental neste sentido. No entanto, nem sempre estar reunido significa necessariamente estar participando no sentido mais completo.

É importante que os trabalhadores de saúde mobilizem a comunidade para análise, discussão e decisão sobre as soluções dos problemas de saúde, não esquecendo do papel de educadores, do qual não se podem eximir. Na maior parte dos casos, a comunidade não possui o conhecimento tecnológico suficiente para poder tomar as decisões corretas, sem o apoio da equipe. A questão é que “educar não significa impor” (Martins, 1992, p. 13).

Na área da saúde as reuniões têm sido muito utilizadas como estratégia educativa em várias situações: doenças crônicas, gravidez, problemas na adolescência. No entanto, na maioria das vezes, é observado que esta forma de expressar a participação parece estar muito ligada ainda a apenas uma necessidade de controlar comportamentos de risco. Esta forma de expressar a participação parece revelar que na prática predomina ainda o controle dos comportamentos de risco dos indivíduos através de programas de controle como de: diabetes, hipertensão etc. Para Valla (1994) há um pressuposto nas classes dominantes de que as classes pobres, as classes populares, precisam de uma educação que lhes garanta uma melhor saúde. Há um ciclo vicioso: as pessoas são ignorantes e por serem ignorantes são pobres e por serem pobres não têm saúde, por não terem saúde são pobres. Enfim, um ciclo vicioso que, supostamente, seria rompido na medida em que as classes populares tivessem mais educação.

Por outro lado, os profissionais de saúde costumam pensar a educação como um meio capaz de modificar comportamentos da população no nível individual e, assim, de criar uma cultura de saúde ou de vida saudável. Assim ele geralmente pensa que não é preciso aprender a fazer educação em saúde, pois considera o saber oriundo da clínica e sua formação acadêmica suficientes para educar. Isto

entretanto acaba por se restringir ao repasse de informações aos usuários dos serviços.

Esse problema é apontado por Yépez e Morais (2004, p.82) em uma pesquisa sobre a forma como os usuários dos serviços de saúde, individual e coletivamente, “dão sentidos” à sua situação de “paciente” no contexto do serviço público de Natal. Os autores relatam que:

A principal consequência verificada em virtude do distanciamento observado na relação profissional e paciente é o denominado baixo comprometimento do paciente com o seu tratamento, imposto, na maioria das vezes, de forma verticalizada.

Ainda de acordo com os autores, os profissionais têm dificuldade de entender o porquê desse baixo comprometimento. A comprovação de que esse modelo de atendimento possui limitações pode ser percebido, tanto pelas constantes críticas e reclamações dos usuários, como por sua baixa resolutividade, já que fica cada vez mais clara a complexidade do processo de adoecer, bem como a necessidade de o paciente comprometer-se com os cuidados com a sua saúde (Yépez e Morais, 2004).

Para Briceño-León (1996, p.11) “a educação não é apenas o que se ensina nos programas educativos, mas o que está sendo passado através de toda ação sanitária”, sugerindo, portanto, considerar “a dimensão educativa não-intencional das ações cotidianas desenvolvidas nos programas de saúde”. Portanto acredito que o papel da equipe de Saúde da Família na definição do tipo de relação estabelecida com o usuário, onde quer que realize a ação educativa é muito importante. O caráter humanizado e horizontal desta relação é essencial para a participação do usuário nos serviços de saúde, seja individual ou coletivamente (grupos).

Na continuidade deste encontro em que os participantes falavam sobre suas concepções de participação, alguns se reportavam ao fato de que o ato de participar **Vai além das Reuniões**. Aqui um dos sentidos pode ser de que é preciso se transformar em algo concreto o que se discute nas reuniões, que não se fique só nos discursos, como afirma a U7 e U12 nos depoimentos:

Participar simplesmente da reunião e não fazer nada para progredir, para fazer algo em prol daquele objetivo da reunião, não adianta nada (U 7).

É muito além de uma reunião (U 12).

A opinião desses usuários inverte o sentido de que participar é só responsabilidade da instituição, atribuindo esse papel não só a equipe, mas também aos cidadãos.

De acordo com Palha (2001) a organização da unidade de saúde deveria ter como objetivo o desenvolvimento da comunidade e a formação de lideranças locais, possibilitando a participação social, co-responsabilidade pela saúde e a solidariedade, influenciando na melhoria da saúde, qualidade de vida e no exercício de cidadania.

A subcategoria **Solidariedade** surgiu revelando a necessidade das pessoas participarem colaborando com a comunidade, como podemos observar na fala a seguir:

Dá a mão para a pessoa, conversar com a pessoa (U1).

Juntamente com esta emerge a subcategoria **Compromisso** em que alguns dos usuários relacionam a concepção de participação com a idéia de responsabilidade e de compromisso das pessoas em realizar ações que possam contribuir para melhorar a saúde:

Ter saúde é compromisso de todos [...] (U5).

É a própria comunidade que é responsável por sua saúde (U4).

No discurso dos usuários, a participação assume uma preocupação com a comunidade, configurada na noção de **Solidariedade** e de **Compromisso** com a promoção e manutenção da saúde da comunidade. Observou-se em todos os encontros a preocupação dos participantes em encontrar uma forma de resolver os problemas relacionados ao uso indevido de drogas entre os adolescentes. Para os participantes do estudo, todos estariam implicados nesta problemática e deveriam dar alguma contribuição para sua resolução. Para tanto entendiam que era necessária a mobilização e organização por parte dos usuários na tentativa de assegurar os direitos sociais. Constatou-se que os participantes que se

posicionaram desta maneira fazem parte do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), podendo ter adquirido ou reforçado algumas dessas noções na convivência com este grupo, fator que considera-se muito positivo.

O que se pode constatar nestas duas subcategorias é que existe neste grupo um grande potencial para a implementação de processos participativos de empoderamento, que deve ser aproveitado pela equipe de saúde, de modo a aumentar sua capacidade de desenvolver ações.

Para Vasquez (2003) a noção de participação social em saúde como uma ação cívica e solidária, observada na pesquisa realizada com usuários e líderes comunitários sobre participação social em saúde, em dois municípios do Nordeste do Brasil, expressavam a necessidade dos indivíduos de colaborar voluntariamente com a sociedade e com os serviços de saúde.

Concordo com Figueiredo (2001) que a solidariedade, confiança e tolerância são características que contribuem para a definição de uma comunidade cívica, porque os cidadãos costumam ser prestativos, solidários, respeitosos e confiantes uns nos outros, mesmo quando existem diferenças em relação a assuntos importantes.

Grupos sociais onde os membros desenvolveram confiabilidade e se relacionam na base da confiança uns nos outros terão maior capacidade de desenvolver ações que exijam a participação da comunidade do que outros, que careçam dessas prerrogativas (PUTNAM, 2002).

Nesse sentido, a participação dos usuários nos serviços de saúde pode ser um fator significativo para melhorar a confiança pessoal, a satisfação com a vida e a capacidade de enfrentar problemas. Valla (1999) acredita que esses fatores estão diretamente relacionados à questão do empoderamento, processo no qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ter mais controle sobre seus próprios destinos.

3.2.2 Categoria: Práticas Participativas

Esta categoria é resultante dos dados codificados e agrupados nas subcategorias: **Problemas na relação com o serviço de saúde, Estratégias de enfrentamento na relação com os poderes, Participação em serviços comunitários, Estratégias de enfrentamento através da elaboração de projetos, Potencializar-se**, sendo apresentadas esquematicamente na figura 3, a seguir:

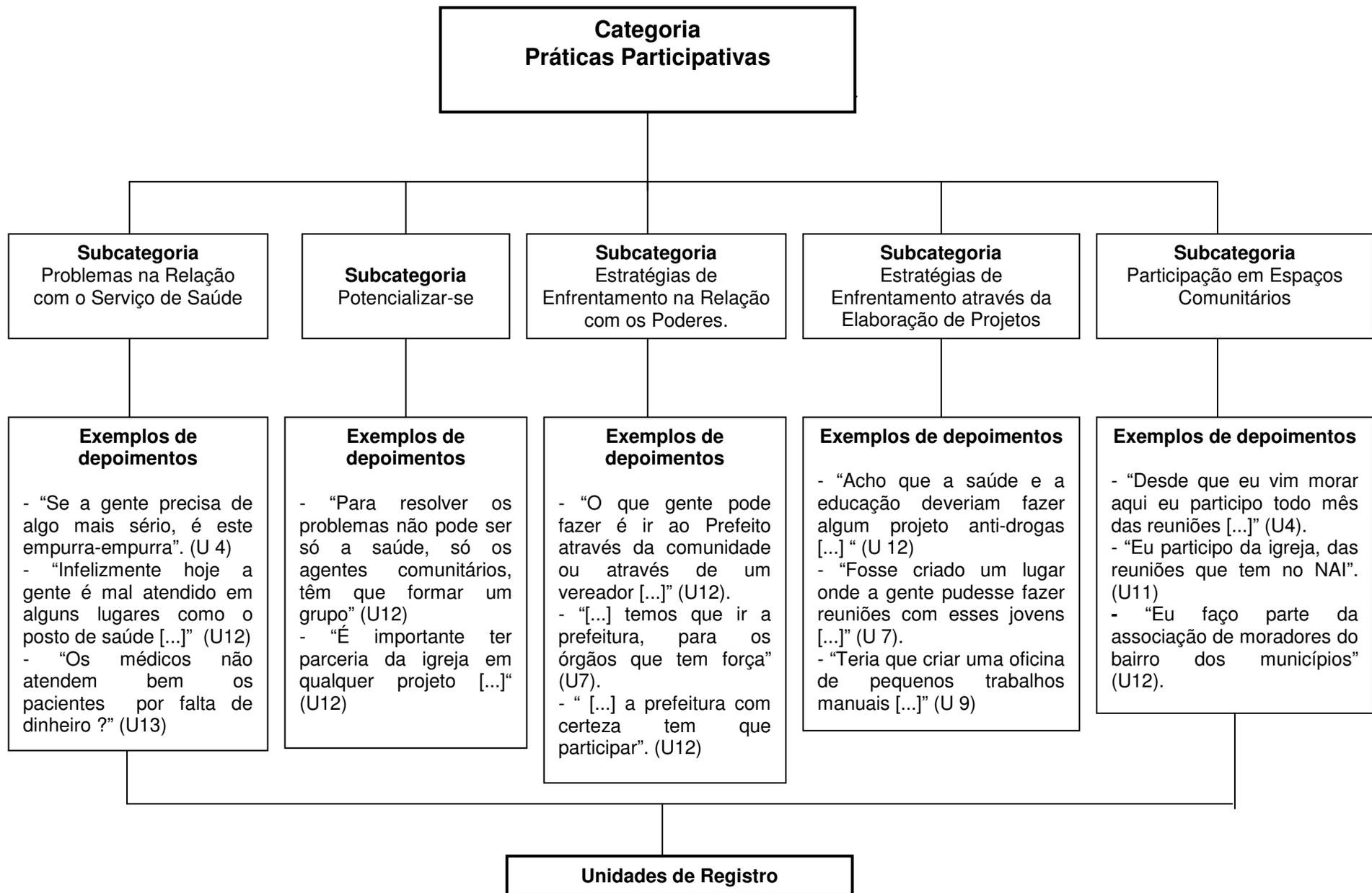


Figura 3: Categoria: Práticas Participativas.

Na percepção dos participantes da pesquisa a existência de vários **Problemas na Relação com o Serviço de Saúde** expõe as dificuldades de acesso do usuário. O discurso dos usuários participantes do estudo contribui para mostrar o cenário nacional de dificuldades para utilização dos serviços do SUS, como podemos observar nas falas a seguir:

Infelizmente hoje nós somos mal atendidos em alguns lugares, como o posto de saúde [...] (U12).

É um empurra-empurra, a gente vai para lá para cá. Se tiver que morrer, morre (U3).

É preciso observar que a realidade das condições de vida e saúde de nosso meio, refletida em indicadores sociais, econômicos e epidemiológicos, aponta para a existência de uma forte exclusão social, com existência de imensas camadas sociais marginalizadas do acesso a condições dignas de vida humana. Neste cenário a responsabilidade do Estado pelas questões sociais, as políticas de saúde, a organização dos sistemas de saúde, a priorização, alocação e redistribuição de recursos humanos, materiais e financeiros, assim como a acessibilidade aos serviços de saúde, os direitos do paciente, a participação popular e o controle social são questões éticas fundamentais (BERLINGUER, 1978). A maioria dos participantes da pesquisa reconhece seus direitos, como podemos observar nas falas apresentadas a seguir.

Eu acho que a senhora teria que ir na secretaria de saúde [...] já que paga os impostos tem direito de ser atendida (U 3).

No hospital se a gente não pagar a consulta a gente morre [...] (U3).

Em nosso entender, as políticas de saúde deveriam se pautar pelo princípio da equidade. Os indivíduos devem ser tratados como únicos, de maneira que os que tiverem maiores necessidades de saúde deverão ter direito à prestação de serviços diferenciados, em magnitude e em qualidade, sempre adequada a cada situação apresentada, pois saúde não pode ser vista como equivalente a um objeto de consumo.

A percepção dos direitos já é um importante aspecto em relação ao processo participativo. Como vimos, a informação é um aspecto importante em busca da qualificação da participação do usuário.

Entretanto observamos, ao longo dos encontros, que as queixas dos participantes ainda se concentram totalmente na falta de acesso aos “atos médicos”, mais relacionados ao modelo biomédico ou à medicalização em que o hospital ainda é o centro de fazer em saúde. Não quero dizer com isso que somente a mudança na percepção do usuário alteraria o modelo assistencial. É verdade que no Brasil, apesar de todas as lutas para mudança dos modelos de atenção à saúde, percebemos na nossa prática diária que o modelo que historicamente orienta o processo de organização de serviços é o modelo hegemônico denominado médico-assistencial privatista, que possui as seguintes características: o hospital é o centro da organização dos serviços de saúde; as ações curativas são predominantes na oferta de serviços e as ações preventivas e de promoção da saúde são residuais ou inexistentes. A organização do trabalho é fundamentada na prática médica.

Sabe-se da ineficiência e da ineficácia desse modelo para contribuir com a redução ou controle dos principais problemas de saúde da população. Em que pese à importância de ofertar ações curativas, visando a recuperação dos casos de doenças identificados na população, é preciso promover a saúde das pessoas e da comunidade.

Uma das maiores queixas dos usuários do Sistema Único de Saúde, registrada no Serviço de Controle e Auditoria da Regional de Saúde, onde atuo como enfermeira responsável pela coordenação do Programa Saúde da Família, refere-se, sobretudo, ao excessivo tempo de espera aos serviços da denominada média e alta complexidade, e a cobrança indevida de procedimentos especializados, diagnósticos ou terapêuticos, conforme expressam estas participantes da pesquisa:

Nós não podemos esperar 02 ou 03 meses por um atendimento [...] nós temos que brigar por um atendimento de qualidade porque nós pagamos impostos em dia (U12).

Eu acho um absurdo à gente ter que pagar o hospital e esses médicos para ser atendida. Afinal o dinheiro que eles recebem sai do nosso bolso (U9).

Sabemos, também, que entre as razões geralmente apontadas para explicar tal situação está a própria organização do modelo assistencial estadual e municipal

– os municípios em gestão plena (esse é o tipo de gestão do município onde foi realizada a pesquisa) incorporam, com estímulos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, o modelo herdado do antigo INAMPS: curativo e com base na assistência hospitalar – e o planejamento das ações faz-se a partir da oferta dos serviços e não a partir da demanda ou das necessidades do atendimento integral ao usuário.

Nas cidades onde se implantou o Programa Saúde da Família (PSF) as limitações do sistema de saúde, em termos de acesso e qualidade estão diretamente relacionadas a baixa resolutividade dos problemas de saúde da comunidade. A organização das ações voltadas para os problemas de saúde, obedece a lógica dos programas verticalizados sem nenhuma preocupação de articulá-los com o diagnóstico epidemiológico da comunidade.

Para Wendhausen e Saupe (2003), o Programa Saúde da Família corre o risco de ser uma mudança apenas institucional e não uma mudança na relação entre profissionais de saúde e comunidade, não constituindo a transformação das práticas tão esperada deste modelo assistencial.

Um dos problemas da gestão do SUS é a falta de uma rede que seja referência para a rede básica, que atenda e se responsabilize pelo usuário e suas necessidades. Há carências na oferta e na qualidade dos serviços públicos, principalmente nos níveis hierarquizados de assistência. A realidade vivida no cotidiano de milhões de cidadãos se caracteriza por filas, atendimento precário e principalmente a falta de espaços participativos.

O que constatei nesta pesquisa foi que a estratégia do PSF, neste município, segue a mesma lógica do Brasil, em que o programa é implantado em áreas de alto risco socioeconômico (característica desta comunidade), isoladamente de outros projetos sociais em caráter interinstitucional e intersetorial, sem a estruturação dos demais níveis de hierarquização de referência do setor saúde, levantando enormes expectativas, porém com baixa resolutividade e frustração geral.

Ainda nas Práticas de Participação apontadas pelos participantes destacou-se a subcategoria **Potencializar-se**, demonstrando o reconhecimento da importância de outros setores da sociedade como uma forma de participação, como podemos observar nas falas a seguir:

Para resolver os problemas não pode ser só a saúde, só os agentes comunitários, têm que formar um grupo (U 12).

É importante ter a parceria da igreja em qualquer projeto. Independente de religião. Porque na igreja a gente vê vários tipos de pessoas, principalmente ex-usuários de drogas e a gente poderia contar com a ajuda dessas pessoas, até como exemplo (U12).

A gente pode elaborar um projeto com a secretaria de desenvolvimento social, porque não é só contratar um profissional, para trabalhar com isso (estava referindo ao uso indevido de drogas), é preciso vários profissionais, médicos, psicólogos, secretário da saúde (U2).

No discurso de alguns participantes foi possível observar que depois da etapa de Teorização, estes conseguem identificar outros segmentos da sociedade como parte integrante na resolução de problemas. Eles apontam uma relação direta entre as práticas participativas e a possibilidade da resolução dos problemas da comunidade.

Compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores (intersectorialidade) e a participação social é uma estratégia importante para que os usuários adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, são sujeitos (e não apenas pacientes) capazes de elaborar projetos próprios para o desenvolvimento, individual e/ou coletivo (BRASIL, 2001). Esses fatores aparecem na subcategoria **Estratégias de Enfrentamento através da Elaboração de Projetos**. O depoimento a seguir refere-se à descoberta de participar de forma mais ativa, atuante, levando à mobilização de recursos e capacidades individuais e em grupos.

Acho que a saúde e a educação deveriam fazer algum projeto antidrogas [...] (U12).

Fosse criado um lugar onde a gente pudesse fazer reuniões com esses jovens [...] (U7).

Teria que criar uma oficina de pequenos trabalhos manuais [...] (U9).

O reconhecimento do elevado índice de usuários de drogas nesta comunidade mobilizou os participantes da pesquisa e observei em algumas reuniões

que os mesmos tentavam buscar formas para resolvê-los. Este processo foi muito importante e pude constatar na prática o que muitos autores chamam de processo de *empowerment*, quando indivíduos ou grupos conseguem mobilizar recursos e capacidades crescentes, possibilitando um sentimento de ser parte ativa desse processo e não apenas vítima das circunstâncias.

O conceito de Promoção da Saúde definido através da Carta de Ottawa, como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 1986) incorpora o conceito de empoderamento através da participação comunitária e do desenvolvimento de habilidades pessoais. É nesta vivência que o indivíduo reconhece e experiencia, necessidades e potencialidades, que viabilizam o desenvolvimento de competências e habilidades para a realização de mudanças significativas (KLEBA, 2005).

A formação de um grupo de apoio implica também na formação de redes de ajuda, de contato e relações que possibilitem a auto-gestão e a organização. Há, nesse sentido, todo um aprendizado de grupo, de equipe.

Outra subcategoria que os participantes da pesquisa entendem como práticas participativas foi de criar **Estratégias de Enfrentamento na Relação com os Poderes**, conforme relatam:

O que a gente pode fazer é ir ao Prefeito através da comunidade ou através de um vereador [...] (U12).

Para conseguir alguma coisa, não é aqui sentada só escutando a reunião que vamos conseguir, temos que participar. Temos que ir a Prefeitura, para os órgãos que tem força (U7).

Porque a saúde vem em primeiro lugar. A Prefeitura com certeza tem que participar (U12.)

Para Baquero (2001) em sociedades onde a cidadania está ausente, onde não há integração, as desigualdades aumentam, a exclusão social cresce, a democracia se esvazia ou perde seu sentido. Havendo a necessidade de buscar outras formas de fortalecê-la, sobrepujando o tradicional. O reativamento do povo através de uma cidadania ativa e participante são elementos essenciais da democracia. Sem isso a democracia fica estagnada e os cidadãos perdem a confiança nas instituições e nos políticos.

Entendo que o reconhecimento, por parte dos usuários, da legitimidade e importância das entidades políticas representativas da comunidade, e de seu lugar na construção e democratização da cidadania, irá fortalecer o direito do usuário de poder contar com os recursos e o apoio político na resolução dos problemas de sua comunidade. Isto poderá contribuir com a organização e o empoderamento da mesma.

A **Participação em Espaços Comunitários**, incluindo os de saúde, também foi destacada nos discursos dos usuários como uma prática participativa.

Desde que eu vim morar aqui eu participo todo mês das reuniões de diabetes, das palestras dos médicos (U4).

Eu participo da igreja, das reuniões que tem no núcleo de atenção ao idoso (U11).

Participo do grupo da pastoral da criança, pastoral do adolescente (U5).

Eu faço parte da associação de moradores do bairro [...] (U12).

A participação dos usuários no espaço institucional cria a possibilidade de um relacionamento mais interessante entre usuários e instituição. No entanto, não se sabe até onde essa participação pode/deve acontecer, já que sempre se esbarra na questão do saber/poder, nos grupos de profissionais e na passividade intrínseca à condição de usuário. Além das diferenças entre as classes populares e o profissional, muitas vezes, volta o olhar para os seus objetivos ou o que acha “necessário” para o usuário e não consegue ouvir ou valorizar o que os usuários consideram importantes (ANDRADE, 2002).

Quero dizer que, mesmo valorizando todos estes modos de participar já existentes na comunidade, é preciso que nos atentemos para a forma com vem se desenvolvendo os processos participativos (ou de empoderamento) nestas instâncias.

Neste sentido, além de levar em consideração a forma como comumente os profissionais se relacionam com os usuários e a comunidade, é preciso refletir sobre o que Bordenave (1987) coloca sobre a micro e a macro participação. Para o autor é necessário distinguir entre participação em associações e participação social. Às vezes pensa-se, erroneamente, que participação social é apenas a soma das associações de que se é membro ativo. Para o autor é importante distinguir os

processos de micro e macroparticipação, porque muitas pessoas participam somente em nível micro sem perceber que poderiam – e talvez deveriam – participar também em nível macro ou social. O cidadão participa em nível micro na família e nas associações, também participa em nível macro quando intervém nas lutas sociais, econômicas e políticas de seu tempo.

Neste sentido, Bordenave (1987) compreende a macroparticipação como a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade. Uma sociedade participativa seria aquela em que todos os cidadãos têm parte na produção, gerência e usufruto da sociedade de maneira eqüitativa.

Também é preciso considerar que as formas participativas das camadas populares não são semelhantes às de outros segmentos populacionais. Desta forma, a idéia de participação nas associações de moradores, sindicatos, grupos religiosos, etc.refletem o universo de cultura, interesses e possibilidades destes usuários, e que, inclusive, em muitas ocasiões, supera amplamente as experiências de outras camadas sociais.

Para Fernandes e Monteiro (1997), em qualquer lugar existem pessoas dispostas participar de acontecimentos que elas percebam como sendo de seu campo de interesses e possibilidades, isto é, que elas reconheçam como importantes e sobre os quais se sintam com poder de influenciar e adaptar às suas necessidades. O desenvolvimento de modelos organizacionais de prestação de serviços, nos quais a população tenha um poder objetivo, pode conduzir a um nível sensivelmente mais elevado de participação e controle social, contribuindo, desta forma, para um padrão de desenvolvimento mais sustentado e para a própria eficiência e adequação destes serviços.

3.2.3 Categoria: Fatores Limitadores da Participação

A categoria **FATORES LIMITADORES DA PARTICIPAÇÃO** foi constituída pelas subcategorias **Desconhecimento do Usuário sobre o Programa Saúde da Família** e **Desconhecimento da Equipe sobre o Programa Saúde da Família**. A figura 4 apresenta a categoria e as subcategorias.

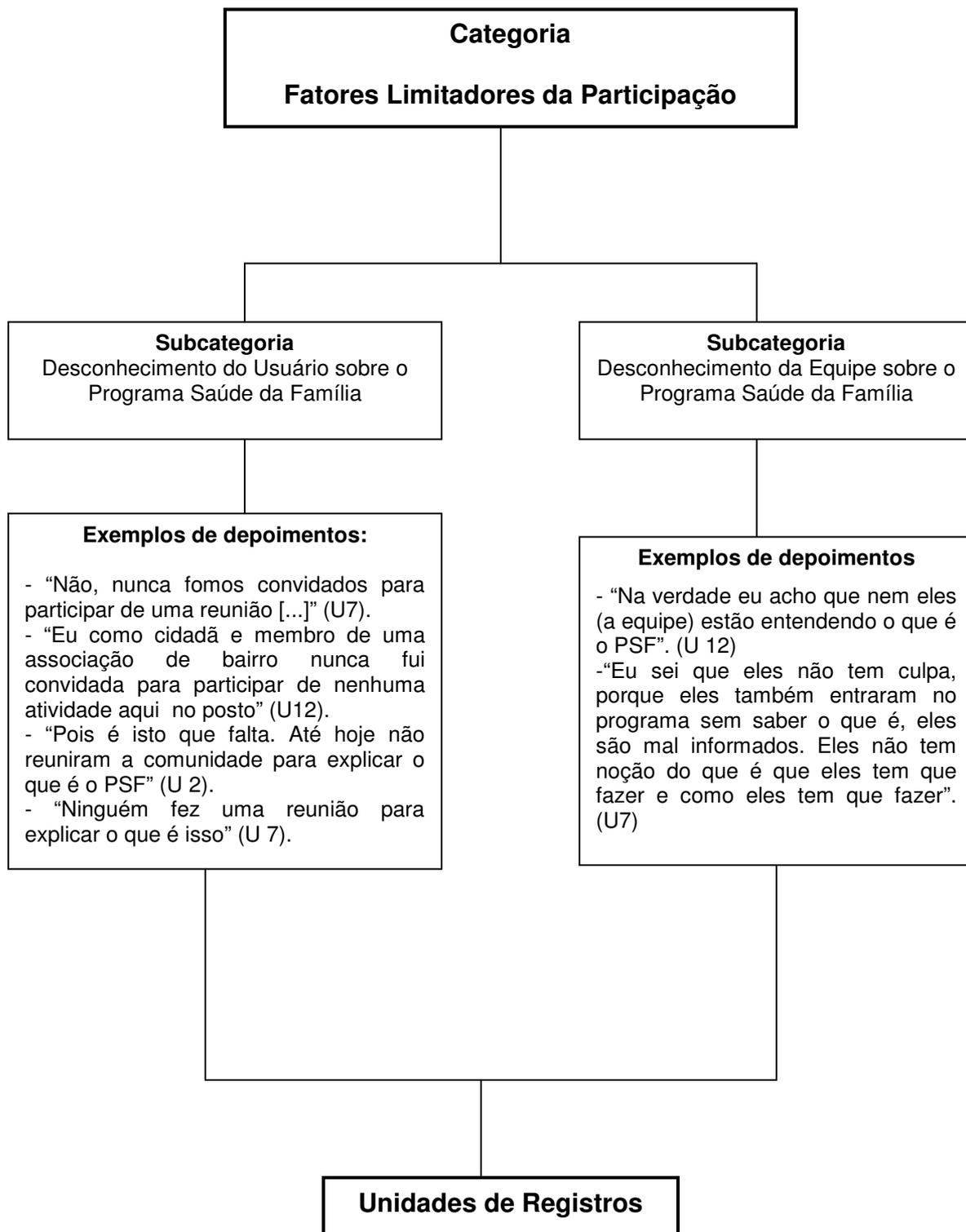


Figura 4: Categoria: Fatores Limitadores da Participação.

De uma maneira geral, pode-se considerar que o nível de informação dos participantes da pesquisa, sobre o Programa Saúde da Família, quer seja individual ou coletivo, ainda é limitado.

Embora ocorra difusão na mídia, que muitas vezes utiliza este Programa como promessa para resolução dos problemas de saúde, constatamos que os usuários desconhecem sua existência. O discurso a seguir é modelar neste sentido:

PSF é um partido político? [...] (U12).

Segundo Andrade (2002), para que o usuário desenvolva um vínculo mais efetivo com o serviço de saúde que o assiste, é necessário que haja abertura na instituição para que o mesmo possa opinar, conhecer os problemas e propor soluções.

No discurso dos participantes a falta de informação sobre o que seja o Programa Saúde da Família se constitui em fator limitador para a participação, como expressam as falas a seguir:

Não, nunca fomos convidados para participar de uma reunião [...] (U 7).

Eu como cidadã e membro de uma associação de bairro nunca fui convidada para participar de nenhuma atividade aqui no posto (U 12).

Pois é isto que falta. Até hoje não reuniram a comunidade para explicar o que é o PSF (U 2).

Ninguém fez uma reunião para explicar o que é isso (PSF) (U 7).

A conquista da saúde como direito legítimo de cidadania é um fundamento básico da estratégia Saúde da Família. Os profissionais, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, se observarem o cotidiano dessas pessoas, com base nas teorias e conceitos do SUS. No processo de implantação do Programa Saúde da Família é fundamental que os profissionais de saúde, políticos e a comunidade compreendam que o mesmo é uma estratégia de organização da Atenção Básica e, conseqüentemente, de todo o Sistema Único de Saúde. É indispensável a

participação de todos os atores envolvidos com o sistema, para se efetivar esse processo de mudança.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) define como atribuição fundamental da equipe de Saúde da Família a elaboração de um planejamento local para enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde, com **a participação** da comunidade. Participação que deve ser incentivada, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania e de direito à saúde.

A não valorização da participação do usuário nos diversos níveis do Sistema de Saúde parece não ter sido incorporada ainda. Exemplo disso é a fala de um usuário ao revelar seu desconhecimento sobre o Conselho Municipal de Saúde.

É preciso verificar quem são os membros do Conselho Municipal de Saúde [...] desconheço como é constituído este conselho [...] (U12).

Essa constatação reforça a idéia de que, efetivamente, a comunidade não tem participado dessas instâncias de decisão e deliberação, fato este observado em relação a todos os participantes da pesquisa.

Esses dados revelam uma problemática muito importante, pois legalmente os conselhos de saúde devem divulgar amplamente as reuniões, discussões, deliberações e resoluções, para todas as entidades organizadas da sociedade em seu local e realizar reuniões com as mesmas objetivando a sua participação no processo de fortalecimento do SUS. Esse aspecto deveria ser mais investigado, porque poderia revelar escasso ou nulo envolvimento da comunidade com os seus representantes no Conselho de Saúde.

Para Pitta (1999) a Política de Comunicação dos Conselhos de Saúde deve apoiar a ampliação das possibilidades de participação da sociedade nos Conselhos de Saúde, reconhecendo que as entidades populares não legalmente constituídas, mas legítimas e reconhecidas pelo seu trabalho e representação, devem ter o direito de participar dos Conselhos de Saúde como se legalmente constituídas fossem. Essa Política de Comunicação deve considerar diferentes modalidades e estratégias de comunicação entre o Estado e a Sociedade, e que sejam coerentes com a superação de problemas e necessidades concretas de saúde – realidades de saúde – de cada município ou estado e com as possibilidades de acesso a tecnologias por parte das entidades, movimentos sociais e Conselhos de Saúde.

Na discussão desta categoria deparei com outro desafio representado pela organização do processo de trabalho das instituições envolvidas na implantação do Programa Saúde da Família ao identificar a subcategoria **Desconhecimento da Equipe sobre o Programa Saúde Família**, no discurso de alguns participantes da pesquisa:

Na verdade eu acho que nem eles (a equipe) estão entendendo o que é o PSF (U12).

Eu sei que eles não têm culpa, porque eles também entraram no programa sem saber o que é, eles são mal informados. Eles não têm noção do que é que eles têm que fazer e como eles tem que fazer (U 7).

O Programa Saúde da Família propõe um trabalho multiprofissional e em equipe como ferramenta para alcançar a integralidade do cuidado à saúde na atenção primária e para o que se faz necessária uma reformulação de atitude desses profissionais. Por exigir uma nova prática em saúde é fundamental que toda equipe da estratégia de Saúde da Família, antes de iniciar as atividades em sua área de atuação, inicie um processo de capacitação. A responsabilidade pela capacitação das equipes é compartilhada entre o município e a Regional de Saúde a que este pertence. O que observo no meu dia a dia é que os profissionais são inseridos nas equipes sem estarem preparados para atuarem dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Em todos os momentos, como enfermeira coordenadora regional do Programa Saúde da Família, o que observo durante as supervisões e constatei no discurso dos participantes desta pesquisa, é que continuamos prestando atendimento utilizando o modelo tradicional das unidades de saúde, caracterizado pela distância dos profissionais em relação a clientela, sem vínculo efetivo com as pessoas, e sem a implicação necessária com a saúde da comunidade.

Refletindo sobre o discurso dos usuários é possível identificar a falta de uma política de recursos humanos para o Programa Saúde da Família, constituindo um dos obstáculos que determina o não-cumprimento do objetivo maior do programa, que é a estruturação da atenção básica em nosso País.

3.2.4 Categoria: Fatores Facilitadores da Participação

Nesta categoria procuramos identificar no discurso dos usuários, o que apontavam como atividades que facilitassem sua participação. Assim, esta categoria foi formada pelas seguintes subcategorias: **Informar a comunidade e Criar um conselho local**, tendo suas unidades de registros exemplificadas na figura 5.

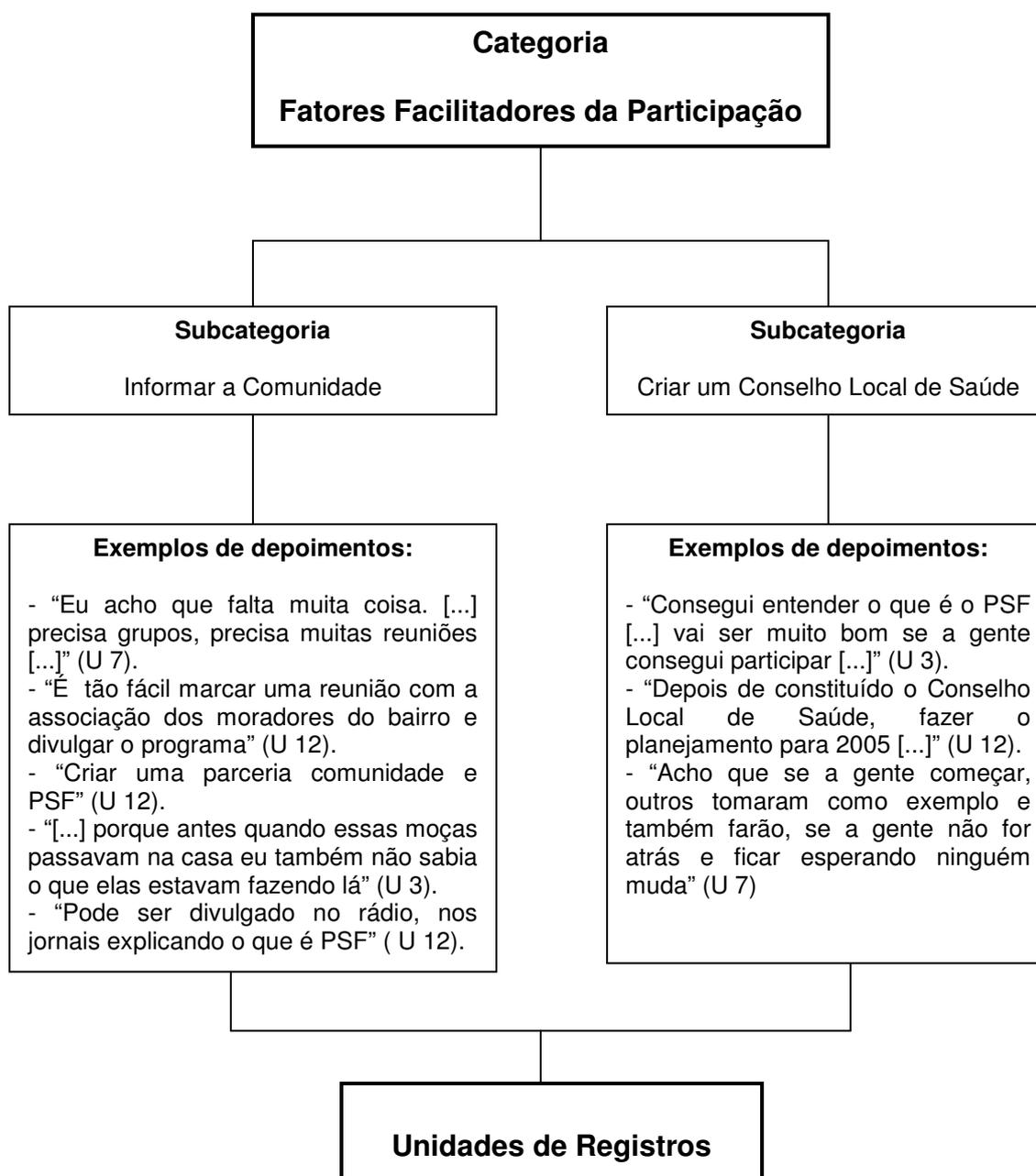


Figura 5: Categoria: Fatores Facilitadores da Participação

No decorrer desta pesquisa a necessidade de maior comunicação entre a equipe de Saúde da Família e a comunidade foi apontada pelos usuários como uma forma importante de participação, como podemos observar na subcategoria **Informar a Comunidade:**

É tão fácil marcar uma reunião com a associação dos moradores do bairro e divulgar o Programa (U12).

Eu acho que o PSF deveria fazer um material divulgando o que fez e o que faz. Esse é um jeitinho de se aproximar da comunidade (U12).

A comunicação é necessária e fundamental para a participação do usuário nos serviços de saúde e os mesmos devem ter acesso a todas as informações sobre o sistema de saúde.

A troca de informações é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade na atenção à saúde da comunidade. Concordo com Vasquez (2003), que para sociedade brasileira participar na tomada de decisões relacionadas com a gestão do SUS, é necessária a realização de amplas campanhas de educação ao público, começando pelos direitos da população e informação sobre o funcionamento do SUS.

Para uma parte dos usuários a divulgação do Programa Saúde da Família nos meios de comunicação é uma estratégia para a comunidade conhecer o programa, como podemos observar na fala a seguir:

[...] divulgar nos meios de comunicação, rádio e tv local [...] esse informativo vai chegando e esclarecendo para que neste 2005 já seja diferente, e as portas se abram (U13).

As tecnologias de comunicação como o Rádio, a TV, são hoje fundamentais ao exercício da política. A comunicação é a mola propulsora entre os profissionais e a comunidade. A circulação e o debate de informações, avaliações e propostas entre a comunidade e a equipe possibilita a construção, pelos usuários, de seus próprios posicionamentos e se envolverem na negociação, dentro de uma construção coletiva e realmente democrática.

Para Pitta (1999) uma nova política de comunicação para a saúde dos cidadãos brasileiros necessita ultrapassar as fronteiras do sistema de saúde e de suas instituições centrais, constituindo uma política democrática de comunicação, que seja capaz de ampliar os espaços de expressão pública. É preciso reconhecer a educação, a comunicação, o acesso e a difusão de informação à sociedade como práticas essenciais à existência de democracia. Portanto, qualquer política nessa área deve partir da constatação do que é imperioso democratizar o acesso e o uso dos meios de comunicação em nosso país. Acredito que o espaço onde a comunidade deverá ter acesso às informações com as práticas de comunicação\educação deve também acontecer nos conselhos de saúde e essa condição é fundamental ao processo de democratização da tomada de decisões.

O fato é que o ritmo do atendimento na rede pública de saúde não permite um contato de qualidade entre usuário/serviço, que não se sustente apenas no tempo de uma consulta clínica. Este modelo de atendimento, que dá grande ênfase à relação médico/paciente, tem-se caracterizado por um distanciamento, onde muitas vezes o paciente se coloca passivamente frente ao “doutor” que vai dizer, muitas vezes em tom de advertência, como seu cliente deve se comportar frente à sua doença. Essa “passividade” fica mais forte quando falamos da população pertencente às classes mais pobres (ANDRADE, 2002).

Para Magajewski (2002) a informação deve ser socializada, e de forma a fazer este conhecimento chegar ao usuário, aqui compreendido não só o cidadão que tem no dever do Estado a única possibilidade de ver concretizado o seu direito à saúde, mas também aquele que participa dos conselhos, incorporando-se voluntariamente como representante da comunidade na gestão política do sistema de saúde em seu âmbito de atuação. Considera que as informações que propiciam uma visão global das condições de saúde de uma comunidade são essenciais para o processo de gestão do sistema de saúde, servindo de motivação a todos os servidores deste sistema, melhorando a qualidade dos serviços prestados, possibilitando assim a participação do usuário nos serviços de saúde e no controle social.

A necessidade da criação de um **Conselho local de Saúde** foi discutida com os usuários como outro fator facilitador da participação. Essa subcategoria tão importante emergiu no encontro dos usuários com a equipe do Programa Saúde da Família durante a etapa de Teorização, quando foi apresentado através de

exposição dialogada e utilizando como recurso audiovisual, o retroprojetor, as atribuições da Equipe Saúde da Família. Uma das atribuições básicas desta equipe é o incentivo a criação de um Conselho Local de Saúde e/ou a participação do usuário no mesmo. Nesta etapa o grupo cresceu muito na discussão e pudemos avançar na etapa seguinte que era a aplicação das hipóteses de solução à realidade que não estava prevista na nossa pesquisa.

Para Demo (1986) a participação é conquista, é processo e não concessão. Traduz-se por ser o eixo político das políticas sociais, e não pode ser vista como dádiva de administradores ou governantes temporários, mas sim encarada dentro da noção da ética da responsabilidade. Se, em nosso país, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões.

O controle social caracteriza-se pela participação popular em instâncias do aparelho de Estado, órgãos, agências ou serviços públicos responsáveis pelas políticas públicas, tornando-se instrumento necessário e indispensável para que haja eficácia dos direitos positivados em lei (WESTPHAL, 1995).

Todavia, a existência de formas de participação junto à administração pública não deve ser vista como panacéia. Não é suficiente, para que haja manifestação dessa vontade, que se estabeleçam comissões, conselhos ou comitês, pois participar é redistribuir poder político. Westphal (1997) aponta a utilização de formas de participação comunitária, baseadas em visões beneficentes, de cunho paternalista, presenciadas em diversas etapas da construção do sistema de saúde, ensejando a diminuição das tensões sociais ou tentando integrar as camadas mais pobres aos serviços de saúde; isso estimula a coesão social, mas não a busca da real autonomia da coletividade.

O Conselho Local de Saúde tem a finalidade de possibilitar a participação organizada da população prevista nos serviços de saúde prestados pelas Unidades de Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde da população, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

A existência de formas colegiadas decisórias para a formulação e controle da implementação de políticas de saúde foi discutida com os participantes do estudo durante o encontro com a equipe de Saúde da Família. O interesse do grupo em conhecer e criar um conselho local de saúde e o reconhecimento do mesmo como

um fator facilitador para participação ficou claro através das várias manifestações de uma das usuárias (U12) como podemos observar em seus depoimentos a seguir:

A gente não pode plantar uma árvore sem ter um solo firme, [...] a forma é aquele Conselho Local [...] (U12).

Depois de constituído o Conselho Local de Saúde, fazer o planejamento para 2005 [...] (U12).

Acho que se a gente começar, outros tomarão como exemplo e farão. Se a gente não for atrás e ficar esperando ninguém muda (U12).

A expectativa desta usuária na implantação de um Conselho Local de Saúde contagiou os demais participantes que iniciaram uma discussão com a equipe para montar as estratégias necessárias para a criação do mesmo.

Pode-se observar neste encontro que o que falta para essa comunidade é motivação e informação para que possam ter a possibilidade de exercer a **participação** nos serviços de saúde. Concorda-se com Chauí (1990) que cidadania significa conquista da criação de espaços sociais de lutas (movimentos sociais, sindicais e populares) e instituições permanentes para a expressão política, como partidos, legislação e órgãos do poder público. Ainda para a autora a cidadania ativa é aquela que institui o cidadão essencialmente como criador de direitos para abrir novos espaços de participação política. Defende, em decorrência, a complementaridade entre a representação nas instituições e a participação direta dos cidadãos.

Segundo Bava (1995) a cidadania só pode expressar-se na ação coletiva, no espaço público, no processo de negociação em torno de interesses sociais. Nesse processo, a sociedade civil deve desenvolver sua capacidade de propor, pressionar, interferir na dinâmica do Estado, sendo que a democratização do setor de saúde deve estar colocada dentro de uma perspectiva mais ampla de reforma democrática do Estado e da sociedade. A construção de direitos sociais e políticos é o que identifica a democracia e se não houver a criação de espaços públicos os interesses que estão em jogo não se explicitam. O autor conclui que é importante reconhecer e legitimar os espaços públicos para que haja a oportunidade de identificar os

interesses conflitantes e estabelecer a negociação entre os diferentes atores sociais.

Os Estados e municípios devem incentivar a organização social, ao implantar o SUS apoiado em novas práticas de saúde, que contemplam a abordagem global do indivíduo e a sua relação com os demais cidadãos, em defesa da qualidade de vida e da saúde e em parceria com a sociedade. Nesses casos, os conselhos de saúde têm assumido o papel de instâncias de ação política, essenciais ao processo de descentralização, ao ampliar o controle e participação social na gestão do SUS, juntamente com outros mecanismos participativos.

Assim entendo que incentivar a formação e/ou a participação ativa da comunidade nos serviços e nos Conselhos de Saúde, é atribuição comum a todos os profissionais que integram as equipes do Programa Saúde da Família.

Capítulo IV

Considerações Finais

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado com o objetivo de conhecer as concepções do usuário sobre participação nos serviços de saúde, suas práticas e os fatores facilitadores e limitadores. As informações recolhidas no estudo apresentado mostram que apesar do contexto desfavorável para o pleno desenvolvimento de uma verdadeira cidadania, é possível o exercício de práticas democráticas, mediante a participação do usuário no Programa Saúde da Família.

Em relação às concepções dos usuários sobre participação, a presente investigação apontou, por um lado para o distanciamento do grupo de usuários da condição de cidadãos, mas por outro, identificou aspectos fundamentais que, embora presentes na subjetividade do grupo, não encontram canais de expressão, principalmente no plano concreto das práticas participativas.

O grupo relaciona como concepções de participação o **Aprender, Praticar e Dialogar** e o **Participar de Reuniões**. Mas para alguns participantes a participação **Vai além de Reuniões**, sendo necessário o **Compromisso** e a **Solidariedade**.

Como Práticas Participativas o grupo aponta **Problemas na Relação com os Serviços de Saúde, Enfrentamento na Relação com os Poderes, Participação em Espaços Comunitários, Estratégias de Enfrentamento com a Elaboração de Projetos e Potencializar-se**. A subcategoria em que mais encontramos unidades de registro foi os **Problemas na Relação com os Serviços de Saúde**, demonstrando as dificuldades no acesso aos serviços que a maioria da população ainda vivencia e que aqui tem mais relação com a comunicação e acolhimento entre serviços e usuários. Como afirmam Franco e Mehry (1999 p. 32) “o acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seus problemas de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo”.

Em relação aos Fatores Facilitadores, o grupo reconhece através da subcategoria **Informar a Comunidade** e a criação de um **Conselho local de Saúde**, a importância de uma instância privilegiada para discussão, transformação e

aprimoramento das atividades e programas. Este reconhecimento expressa a necessidade urgente do estabelecimento de sólidos vínculos entre os profissionais da equipe de Saúde da Família e a comunidade, característica fundamental para transformação do modelo assistencial.

Como Fatores Limitadores da Participação o grupo destacou **Desconhecimento do Usuário e da Equipe sobre o Programa Saúde da Família**, subcategorias que permitem identificar o contexto local que condiciona o desenvolvimento do PSF. Os resultados apresentados demonstram que os usuários reconhecem a importância da realização de debates prévios à implantação e criação de formas ampliadas de participação da comunidade e profissionais de saúde, assim como os meios de divulgação do Programa Saúde da Família como importantes mecanismos de participação e mobilização.

Relacionando as categorias **Práticas Participativas e Fatores Limitadores da Participação** foi possível detectar que a comunidade não conhece os serviços e recursos dentro do próprio município e isto implica no difícil enfrentamento de conflitos que se fazem sempre presentes, principalmente ao considerarmos que os profissionais de saúde, de modo geral, têm poucas experiências na criação de espaços democráticos de comunicação.

A utilização do referencial da metodologia de Bordenave oportunizou o exercício do diálogo e da comunicação entre os profissionais (me incluindo aí) e usuários, possibilitando uma outra forma de escuta que permite aos primeiros compreender o usuário a partir de seu próprio modo de ser, inserido em seu contexto de vida, como elemento fundamental no exercício da cidadania.

Nesse sentido, a comunicação entre o profissional e o usuário dos serviços de saúde, revela-se como importante instrumento a ser redimensionado, considerando as dimensões políticas, sociais, pessoais, enfim, humanas, sempre presentes nas instituições. Falo isso a partir do que pude vivenciar em termos participativos durante o período da pesquisa. Creio que o profissional só poderá se tornar um mediador da participação na medida em que vivencia, ele próprio, suas possibilidades e limites e pode ver a si mesmo dentro deste movimento de transformação que propõe ao usuário.

A metodologia problematizadora utilizada como método investigativo-educativo permitiu que as realidades enfrentadas no cotidiano do usuário fossem levantadas e problematizadas. Isto possibilitou um novo olhar e uma re-construção

da realidade, de um modo crítico e criativo. Ao trabalhar com esta proposta de educação foi possível desenvolver um pensamento crítico, levando o grupo a refletir sobre os fatores limitadores e facilitadores da participação e propor soluções para mudar a realidade até então vivenciada.

Os encontros com o grupo foram de fundamental importância pois foi possível comprovar os conhecimentos individuais latentes que elaborados e expressos no grupo, através de um processo reflexivo, culminaram com a construção coletiva acerca do tema em estudo. Ao término deste trabalho percebo que o objetivo proposto pela Metodologia Problematizadora foi alcançado. A realidade encontrada aqui, jamais será a mesma, pois houve uma construção de conhecimento.

Nas falas dos usuários pode-se constatar que para a participação se efetivar é preciso respeitar o conhecimento e o poder de decisão do usuário, e este processo de empoderamento pode também ser um momento de construção de conhecimentos e de experiências de vida para os usuários e os trabalhadores de saúde.

Com os resultados obtidos neste processo de pesquisa foi possível assinalar alguns caminhos que podem ser percorridos e outros que devem ser evitados. O caminho que foi percorrido através deste estudo pode e deve continuar, pois a idéia aqui defendida é que se possa criar estratégias para a Promoção da Saúde, através da **participação cidadã** nos serviços de saúde, compartilhando a responsabilidade do indivíduo e do Estado no cuidado com a saúde da comunidade.

As falas, geradas no grupo focal e nos encontros, evidenciam que as pessoas têm condições para vivenciar o processo de participação com maturidade, mostrando sua capacidade de identificar os problemas e apontar soluções, superando o estereótipo de “pobres coitados”. Observei que este processo gera um crescimento psicossocial, expresso pela autonomia positiva, favorecendo o que muitos autores chamam de empoderamento.

A implementação do Programa Saúde da Família tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos.

Esperamos que as equipes do Programa Saúde da Família, valorizem a importância da participação do usuário no serviço de saúde e que crie um espaço de diálogo onde os mesmos possam avaliar, planejar e debater sobre o trabalho cotidiano, vislumbrando os desafios e possibilidades de enfrentamento para os

problemas encontrados no dia-a-dia.

Entretanto, nenhum guia ou regulamentação deve inibir a criatividade local, nem desconsiderar o potencial de participação do usuário, que é ao mesmo tempo nossa maior riqueza e nosso maior desafio.

Referências

REFERÊNCIAS

- AMMANN, S. B. **Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 1997. 211 p.
- ANDRADE, G. R. B. e VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Cidadania**, 7 (4): 925-934, 2002.
- BAQUERO, M. Reinventando a sociedade na América Latina: cultura política, gênero, exclusão e capital social. **Capital social na América Latina**. 1 ed. Porto Alegre: UFRGS, 2001.
- BAVA, S.C. Transcrição de Exposição. In: NEDER, C.A.P. (org.) **Controle Social no SUS: a Prática e os Desafios – Relatório de Oficina de Trabalho**. São Paulo, Instituto de Saúde, 1995, 34 p.
- BENEVIDES, M.V.M. **A Cidadania Ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular**. 3. ed. São Paulo: Ática, 2002. p.24-48, 56-79, 193-199. (Ensaio, 136).
- BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. São Paulo:Hucitec, 1978.
- BERBEL**, N.A.N. Metodologia da Problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano de práxis.In. Berbel N.A.N. (org.) SEMINA, C. Soc./Hum., Londrina, Ed. Especial, nov./1996. p. 7-17.
- BORDENAVE, J. D. **O Que é Participação?** São Paulo: Brasiliense, 1987.
- _____, J. D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 24 ed. Rio de Janeiro:Vozes, 2002.
- BOSI, M. I. M. **Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços**. **Cadernos de Saúde Pública**. 10:446-456. 1994.
- BOURDIEU, Pierre. (1980), 'Le capital social: notes provisoires". In **Actes de la recherche en sciences sociales, volume 31, pp. 2-3**.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 129 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.
- _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 jan., 1991.
- _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/92. **Diário Oficial da União**, n. 28, Brasília, 07 fev. 1992.
- _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/93.**Diário Oficial da União**, nº. 96, Brasília, 24 maio 1993.
- _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. Brasília-DF, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jan. 2001.
- _____, Ministério da Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do**

SUS. 1. ed. Série histórica do conselho nacional de saúde. Brasília: MS, 2003.

BRICIÑO-LEÓN R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. **Cad Saúde Pública**, 1996.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso de saúde. In: CECÍLIO, L.C. de O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

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

CARVALHO, E. F. ; ACIOLI, M. D. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde : as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cadernos de Saúde Pública**, 14 (sup.2). 1998.

CHIESA, A. M. e FRACOLLI, L. A. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p.42-49.

CHAUÍ, M. Cultura e Democracia. Cortez Editora, 1990.

COHN, *et al.* Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. **Saúde em Debate**. n.38, 1993.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, 6 (2):319-328, 2001.

COSTA, N. do R. Transição e Movimentos Sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária. In: COSTA *et al.* (Org.) **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**, v.1. Petrópolis, Vozes, 1989.

DEMO, P. **Participação é conquista**. Noções de Política Social Participativa. Fortaleza: Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará, 1986.

DEMO, P. **Cidadania menor**: algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política. Petrópolis : Vozes, 1992.

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. São Paulo : Autores associados, 1995.

DIAS, J.C.P e DIAS, R.B. Participação da comunidade no controle da doença de chagas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Sup.1) :127-135, 1985.

FERNANDES, J.C.L e Monteiro, J.G.C. Postos Comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13 (1):127-135, jan-mar.1997

FERRAZ, S. T. 1999. **Cidades Saudáveis**: uma urbanidade para 1999. Paralelo 15, Brasília, 103 p.

FIGUEIREDO, J.E.S.A. **Comunidade Cívica, Capital Social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro, março de 2001.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. **PSF**: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. S/1, mimeo. 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GONÇALVES, M. de L. **Participação Social no Sistema Único de Saúde**: A experiência do conselho municipal de saúde de Ribeirão Preto, 1999. 252p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

KALOUSTIAN, S.M. (organizador). **Família Brasileira, a base de tudo**, 4 ed. São Paulo: Cortez;

Brasília, DF: UNICEF, 1998.

KEINERT, T. M. M. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia “Cidades saudáveis”. **Saúde e sociedade**, 1997. 6(2): 55-64

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

KUNSCH, Margarida M. Krohling. **Comunicação e educação caminhos cruzados**. São Paulo: Loyola, 1986.

L'ABBATE, S. **O Direito à Saúde**: da Reivindicação à Realização. 1990. 603p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

LEFÉVRE, F. e LEFÉVRE, A. M. C. **O processo de desparticularização dos discursos e o resgate do sujeito social**. Disponível em: <[http:// www.fsp.usp.br/flefvre/particularizacao.html.2000.p.1-2](http://www.fsp.usp.br/flefvre/particularizacao.html.2000.p.1-2)>. Acesso em abr./2005.

LÜDKE, M e ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo. EPU. 1986.

MACIEL, T & D'Avila, M. I. In: Desenvolvimento Social, Desafios e Estratégias. (1995, p. 246)

MALIK, A. M. **Cidades saudáveis**: estratégia em aberto. *Saúde e sociedade* 6(2): 19-30, 1997.

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

MARTINS, H. Proposta de Política de Envolvimento Comunitário para a Saúde. Relatório de Consultoria. Ministério da Saúde. 1992.

MEDEIROS, H.J. Direito à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde**, 2004.

MELLO, J.M.C. O capitalismo Tardio. São Paulo: Brasiliense , 1982.

MELLO, D.A; ROUQUAYROL, M.Z.; ARAÚJO, D.; AMADEI, M,; SOUZA, J.; BENTO, L.F.; GONDIN, J.; NASCIMENTO, J.; Promoção à Saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (3):583-595, jul-set.1998.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.) **Distrito Sanitário**: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. cap.1. p.19-91. São Paulo, HUCITEC, 1995.

_____. O SUS : um processo social em construção. In : _____. **Uma agenda para a saúde**. cap.2. p.57-98.São Paulo, HUCITEC, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 6. ed.SP-RJ: Hucitec/Abrasco, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIAB: **Manual do Sistema de informação de atenção básica**. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: 1998

MONASTÉRIO, Leonardo M. Capital Social e grupos de interesse. Uma reflexão no âmbito da economia regional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA–ANPEC, 27, 1999, Belém. Disponível em <http://www.capitalsocial.cjb.net>Acesso em mar.2005.

NETO, M.M.C. **A implantação de uma unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, 1998.**

OLIVEIRA, F. J. A.. Participação Popular em Saúde: As Dimensões da Cultura. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, 52 :67-73, Setembro. 1996.

PAIM, J. **A saúde coletiva e os desafios da prática.** Texto elaborado para Organização Panamericana de Saúde. 1991. 36 p. (mimeo).

PALHA, P.F. **Vivências do cotidiano: a promoção da saúde como um exercício de cidadania no programa de integração comunitária da Vila Tibério.** Ribeirão Preto, 2001, 265 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PATEMAN. C.,. **Participação e Teoria Democrática;** Tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992

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

PINTO, J. B. **Planejamento Participativo:** Produção do conhecimento na ação comunitária. Belo Horizonte: Encontro de Experiência em Educação em Saúde da Região Centro-Oeste, 1982.

PITTA, A.M.R. Proposta **de sistematização do tema Comunicação a partir de uma releitura do Relatório do II ENCS.** Apresentada na VII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHEIROS DE SAUDE. Maio de 1999, mimeo.

PUTNAM, R. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna.** Tradução Luiz Alberto Monjardim. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

RADIS (TEMAS). Cidades Saudáveis, **Radis** n. 19, FIOCRUZ., 2000.

RUIZ, C., 1993, Olhando para um futuro breve, In: As Possibilidades do Empoderamento. (D. THURZS, org.). Journal of the International Federation on Ageing. Vol. 20, 1:6-7, março.

SADER, Eder. Idéias e Questões: o impacto do novo: duas imagens: de estrutura a experiências. In: _____. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80).** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. cap. 1, p.25-46.

SILVA, P. L. Atenção à Saúde como política governamental. Campinas: UNICAMP.IFCH, 1984. (Dissertação de Mestrado).

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e o poder local:** sujeito, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVEIRA, M.L. **Antropologia para Profissionais de Saúde da Família.** Curitiba: UFPR, 2000.

SOUZA, L. R. de. Movimentos de Saúde: dificuldades à sua apreensão. **Saúde em Debate**, n. 29, p.48-51, 1990.

SOUZA H. M. Estratégias para a organização da atenção básica no Brasil. In: **Anais da Reunião técnica dos pólos se capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família,** 1999 maio 26-28. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

STARFIELD B. **Atenção Primária:** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA EC. **Sociedade Civil e participação cidadã no poder local.** 1998.Tese (Doutorado). São

Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP.

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

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p.10-23.

TEIXEIRA, M.B. **Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, 2002.

VALLA, V. V.; SIQUEIRA, S. A. V. de. O Centro Municipal de Saúde e a participação popular. In: COSTA et al. (Org.) **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**, v.1, Petrópolis, Vozes, 1989.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. As respostas do movimento popular ao “estado de emergência permanente”. In: VALLA & STOTZ (Org.) **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis, Vozes, 1994. cap.6, p.99-122.

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

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

VIANA, A. L. A política de saúde no estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões. Campinas: UNICAMP, IE, 1994. (Tese de Doutorado).

VIEIRA L. Cidadania e controle social. In: PEREIRA, L.C.B, Grau NC, (orgs). **O público não estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

WESTPHAL, M. F. Gestão participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização? **Saúde em Debate**. n.47. p.41-5, 1995.

WESTPHAL, M. F. 1997. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Saúde e sociedade** 6(2): 9-18, 1997.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. Diálogo e Participação em um Conselho de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 18(6) :1621-1628, nov-dez.2002.

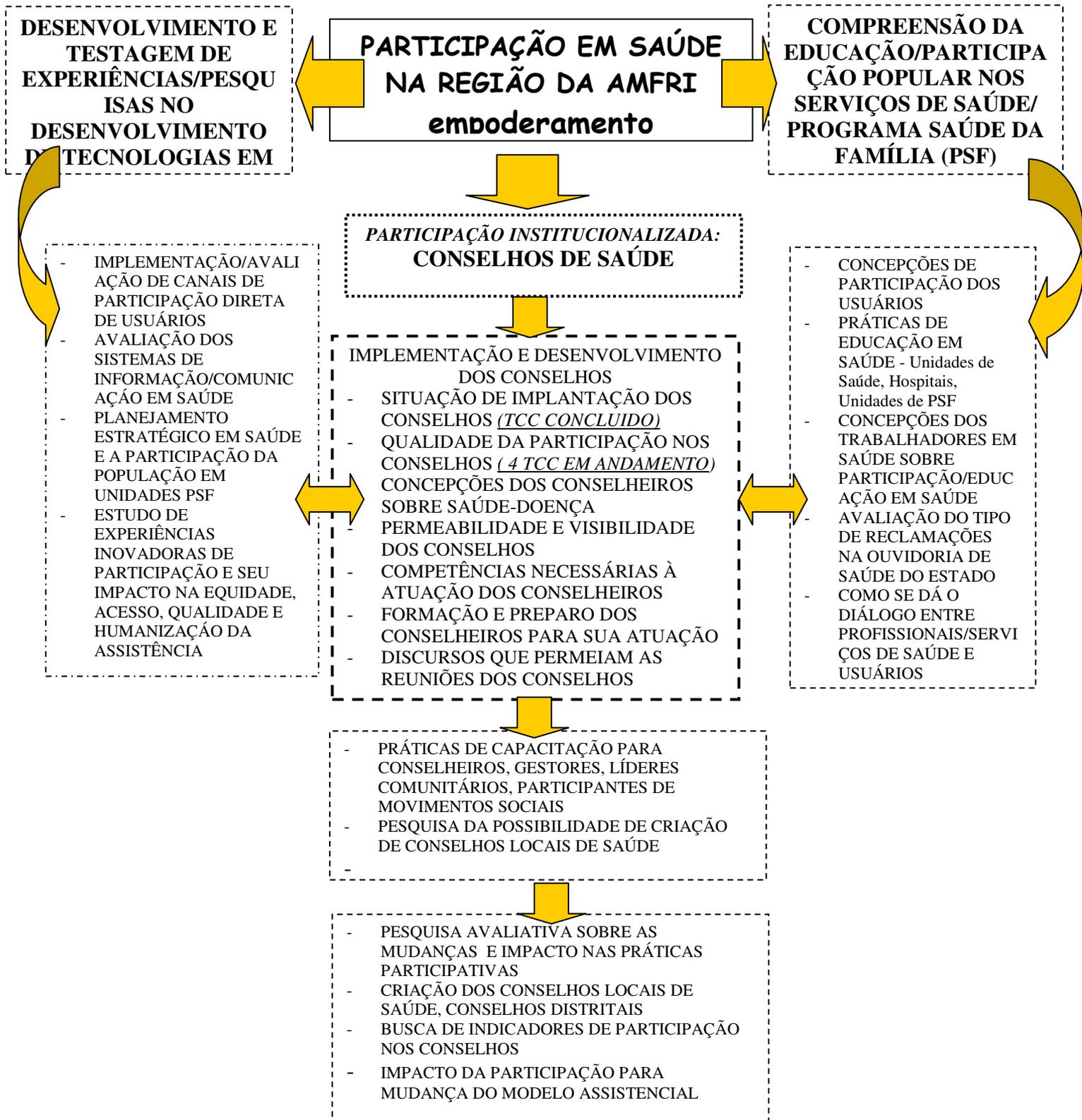
WENDHAUSEN, Á. **O duplo sentido do controle social**. Itajaí: UNIVALI, 2002.

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

Apêndices

APÊNDICE A

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



APÊNDICE B

Roteiro: Grupo Focal

- 1- O que é participação?
- 2- Quais as formas de participação que você identifica em sua área de atuação?
- 3- Quais os fatores que dificultam a participação ?
- 4- Quais os fatores que facilitam a participação?

APÊNDICE C

Ofício que foi enviado à Secretaria de Saúde de Balneário Camboriú 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, Rosangela Aparecida Borba, 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 Dos Usuários Sobre Participação No Programa De Saúde Da Família na Unidade de Saúde do Bairro dos Municípios”.

O referido projeto tem como objetivos investigar a concepção de participação dos usuários na área de atuação da equipe de Saúde da Família e também implementar um processo de discussão, com mesmos acerca do tema participação em saúde nas suas práticas cotidianas.

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 profissionais 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.

Rosangela Ap. Borba
Enfermeira

APÊNDICE D

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO “CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS USUÁRIOS DE UM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PARTICIPAÇÃO ”

Através deste estamos convidando você para participar de um estudo sobre CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS USUÁRIOS DE UM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE 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 dos usuários de um Programa Saúde da Família sobre participação em saúde”, desenvolvido pela mestrandia Rosângela Aparecida Borba e sob a coordenação e orientação da Professora Dra Águeda Lenita Wendhausen, ambas vinculadas ao curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – opção Saúde da Família – do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da UNIVALI, conforme objetivos e metodologia expostos.

Itajaí, SC., _____ de _____ de 2005.

Assinatura

APÊNDICE E
CERTIFICADO DA COMISSÃO DE ÉTICA
EM PESQUISA DA UNIVALI

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](#)