



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA

LÉO BARBOSA NEPOMUCENO

**PARA ATUAR COM A COMUNIDADE: ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
SUS NO BAIRRO TERRENOS NOVOS EM SOBRAL, CEARÁ**

FORTALEZA
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

LÉO BARBOSA NEPOMUCENO

PARA ATUAR COM A COMUNIDADE: ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO SUS
NO BAIRRO TERRENOS NOVOS EM SOBRAL, CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Processos de Mediação

Orientador: Prof.Dr. Cezar Wagner de Lima Góis

FORTALEZA
2009

"Lecturis salutem"

Ficha Catalográfica elaborada por

Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593

tregina@ufc.br

Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

N362p

Nepomuceno, Léo Barbosa.

Para atuar com a comunidade [manuscrito] : estudo sobre a relação entre participação comunitária e estratégia de saúde da família do SUS no bairro Terrenos Novos em Sobral,Ceará / por Léo Barbosa Nepomuceno. – 2009.

205 f. : il. ; 31 cm.

Cópia de computador (printout(s)).

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,Fortaleza (CE), 19/05/2009.

Orientação: Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis.

Inclui bibliografia.

1- SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA – TERRENOS NOVOS (SOBRAL,CE) – PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO. 2- PSICOLOGIA SOCIAL – TERRENOS NOVOS (SOBRAL,CE).3-POLÍTICA DE SAÚDE – TERRENOS NOVOS (SOBRAL,CE) – PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO. 4-PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (BRASIL).5-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (BRASIL).I- Góis, Cezar Wagner de Lima,orientador.II -Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III-Título.

CDD(22ª ed.) 362.12098131

93/09

LÉO BARBOSA NEPOMUCENO

PARA ATUAR COM A COMUNIDADE: ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO SUS
NO BAIRRO TERRENOS NOVOS EM SOBRAL, CEARÁ.

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração Processos de Mediação.

Aprovada em 19/05/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis (Orientador)

Prof.Dr. Ricardo José Soares Pontes

Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

Profa. Dra. Verônica Moraes Ximenes

Em memória de Frei Tito de Alencar, Ernesto “Che” Guevara, Chico Mendes, Ignácio Martín-Baró, Paulo Freire, Vitor Jara, Violeta Parra, Patativa do Assaré, grandes partícipes da construção de uma América Latina, original, autônoma e bela.

AGRADECIMENTOS

À FUNCAP, pelo apoio financeiro dado à realização do mestrado, e por incentivar as pesquisas em todo o Ceará.

Ao professor e amigo Cezar Wagner de Lima Góis pela orientação dessa pesquisa, pelas conversas sobre a vida e o trabalho, e pela caminhada de construção da Psicologia Comunitária.

A minha família pelo permanente cuidado, atenção e amor dedicado desde a infância. Com Chica, Wagner, Raphael, Barbara e Teté sou muito mais.

A minha querida Equipe IV da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, com a qual venho aprendendo, educando e fomentando transformações. Essas pessoas merecem co-autoria em muitas partes do presente texto: Ana Helena Bomfim, Ângelo Brito, Cristiane M. M. Rodrigues, Érika S. Paredes, Fabiana A. Lima, Francisco Clemilson de S. Oliveira, Leila M. da Silva, Loíse Zanin, Márcio Anderson C. Paresque, Maria Lidiany T. de Sousa, Paula N. N. Alves.

A Carla Weyne e Ana Helena Bomfim pelas revisões e apreciações críticas desse texto.

A Alex V. de Brito pelo trabalho feito nos círculos de cultura, transcrições e reflexões sobre a construção do texto.

A Carlinha e Alex pelo convívio amoroso, compartilhando dores e delícias da Sobral-idade.

Aos moradores da comunidade de Terrenos Novos, com os quais tenho aprendido sobre dificuldades e potencialidades dos processos da vida e da saúde.

Aos profissionais do CSF de Terrenos Novos, com os quais tenho aprendido sobre os desafios da micro-política do processo de trabalho no setor saúde.

Ao Sistema de Saúde de Sobral pela abertura à realização da pesquisa.

Aos profissionais de saúde e usuários realmente comprometidos com a construção de um SUS de qualidade.

Ao Mar que, misteriosamente, me dá as ondas onde busco equilíbrio, energia, fluidez e expressividade surfando. Ao Sertão cearense que me ensina a resistir às intempéries do tempo. À Serra da Meruoca, santuário da natureza, que sempre me lembra o ritmo da vida numa pulsação profunda.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num
dado momento, a tua fala seja a tua prática”
Paulo Freire

RESUMO

A pesquisa parte da constatação, colocada por vários estudos, de que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituída como Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, não tem fomentado uma significativa participação comunitária. Defende a idéia de que a participação comunitária é fundamental para o avanço do trabalho da ESF, e traz elementos para enriquecer o debate sobre o tema da participação social no SUS. Estuda a relação entre Estratégia de Saúde da Família (ESF) e participação comunitária no bairro Terrenos Novos, em Sobral-CE. Analisa a compreensão que um grupo formado por usuários e profissionais da ESF tem a respeito da participação comunitária, do trabalho da ESF e da relação entre estes; avalia a participação comunitária, o trabalho da ESF e a relação entre estes na comunidade estudada; problematiza e constrói propostas, junto com moradores e profissionais do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, para o fortalecimento da participação comunitária e da ESF. Tem como marco teórico a Psicologia Comunitária e suas interfaces com a Psicologia Social da Saúde, Saúde Comunitária e Saúde Pública. Constitui-se como pesquisa de campo exploratória de abordagem qualitativa. Como estratégia metodológica principal, realiza análise temática, como técnica de análise de conteúdo, de material empírico produzido em círculos de cultura realizados com o grupo de participantes. Como estratégia metodológica complementar, analisa anotações de campo realizadas, bem como materiais produzidos em trabalhos realizados pelo pesquisador no local. Os resultados da pesquisa dividem-se em três temas principais: a participação comunitária, a ESF e a relação entre estes. O tema da participação comunitária destaca concepções de participação comunitária ligadas a idéias de solidariedade com outro, de um envolvimento e compromisso com o que é comum, de uma necessidade de buscar coletivamente melhorias para o bairro. A avaliação feita sobre a participação comunitária no bairro Terrenos Novos aponta para um “desencantamento” e enfraquecimento desse processo no lugar. O tema do trabalho da ESF aponta para diversas concepções que vão desde visões impregnadas com o ideário do modelo biomédico até visões mais diferenciadas que defendem uma atenção em saúde voltada para a família e sintonizada com a realidade do território-comunidade. A avaliação feita do trabalho do CSF estudado aponta principalmente para fragilidades na atenção à saúde. A discussão do tema da relação entre participação comunitária e ESF destaca a importância de tal relação para o avanço do trabalho em saúde e para a necessidade de se melhorar a relação existente entre esses processos. Foram apontados vários elementos relevantes na relação entre ESF e participação comunitária, dentre eles: o compromisso do profissional; a capacidade de leitura social dos profissionais; a necessidade de redimensionar o processo de trabalho para a promoção da saúde; a relação de poder entre profissional e usuário; a capacidade de praticar a co-responsabilização com o usuário; e a necessidade de criação de espaços permanentes de diálogo entre o CSF e a comunidade.

Palavras chave:

Psicologia Comunitária; Sistema Único de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Participação Comunitária.

ABSTRACT

The research part of the finding, based in several studies, that the Family Health Care Strategy (ESF), established as Primary Health in the National Public Health (SUS) in Brazil, has not encouraged a significant community participation. Supports the idea that community participation is essential to the advance of ESF work, and bring elements to enrich the debate on the theme of social participation in SUS. Studies the relationship between the Family Health Care Strategy (ESF) and community participation in Terrenos Novos neighborhood, in Sobral-CE. Analyzes the understanding of the group of users and professionals in the ESF about community participation, the ESF work and the relationship between them; evaluates community participation, the work of the ESF and the relationship between those in the community studied, presents and create proposals, with residents and professionals of the municipal health system of Sobral, to strengthen community participation and the ESF. Its theoretical mark is the Community Psychology and its interfaces with the Social Psychology of Health, Community Health and Public Health. Consists an exploratory and field research of qualitative approach. A thematic analysis is performed as the main methodological strategy, like a technique of content analysis of empirical material produced in the culture circles performed with the group of participants. As an additional methodological strategy, analyze the field notes taken and materials in work done by the researcher in the place. The search results are divided into three main themes: community participation, the ESF and the relationship between them. The theme of the Community highlights concepts of community participation related to ideas of solidarity with the other, an involvement and commitment to what is common, a need to collectively seek improvements to the neighborhood. The evaluation of community participation in Terrenos Novos neighborhood points to a "disenchantment" and decline of this process in the place. The theme of the ESF's work points to several conceptions, ranging from visions impregnated with the ideology of the biomedical model to more differentiated views that argue defends an attention focused on the family health and in tune with the reality of the territory-community. The evaluation of the work of the CSF studied mainly points to weaknesses in the health care. The discussion of the topic of the relationship between community participation and ESF highlights the importance of this relationship to the advancement of health work and the need to improve the relationship between these processes. Several relevant factors were identified in the relationship between ESF and the Community, among them: the professional commitment, the ability of social reading of the professionals, the need to resize the work process for health promotion; the power relationship between professional and user, the ability to practice the co-responsibility with the user, and need to create permanent spaces of dialogue between the CSF and the community.

Keywords:

Community Psychology; Unified Health System; Family Health Care Strategy. Community Participation.

SUMÁRIO

I- Introdução	p.9
I.I - Justificativa: sobre a vontade de fazer esta pesquisa	p.9
I.II – Problematização: sobre o que se estudou e o que pede para ser estudado	p.13
I.III - O Sistema Único de Saúde do Brasil, a Estratégia de Saúde da Família e a Construção da Democracia	p.19
I. III. I - Um Pouco do Contexto de Construção Histórica do SUS	p.19
I. III. II - Uma Contextualização do Sentido e História da ESF, que inclui Sobral	p.25
 Capítulo 1 – Elementos do Marco Teórico	p.33
1.1 A Psicologia Comunitária: um lugar de onde parto	p. 33
1.2 Concepções teóricas e a diversidade de entendimentos sobre participação comunitária	p. 43
1.3 Considerações sobre saúde, doença e Saúde Pública	p.49
 Capítulo 2 – Metodologia	p.60
2.1 Pesquisa como compromisso com uma realidade vivida no cotidiano	p.60
2.2 Sobre epistemologia e abordagem adotada	p.64
2.3 Passos da construção dos dados empíricos	p.72
2.4 Fase de análise dos dados	p. 77
 Capítulo 3 – Contextualizando a comunidade de Terrenos Novos, Sobral (CE)	p.81
3.1 O município de Sobral	p.81
3.2 Dados sócio-econômicos e demográficos do bairro Terrenos Novos	p.83
3.3 Um pouco da formação histórica da comunidade de Terrenos Novos	p.87
3.4 Relatos de histórias vividas em Terrenos Novos	p.90
 Capítulo 4 - O “Trabalho de PSF” em Terrenos Novos	p.93
4.1 Concepções sobre o “Trabalho de PSF”	p.93
4.2 Concepção de Saúde e de Cuidado em Saúde da Comunidade de Terrenos Novos	p.101
4.3 Avaliando o “Trabalho de PSF” feito em Terrenos Novos	p.103
 Capítulo 5 – A Participação Comunitária por Terrenos Novos	p.110
 Capítulo 6 – A Relação entre Participação Comunitária e ESF	p.126
 Capítulo 7 - Síntese dos “achados” da Pesquisa: clareando caminhos para o fortalecimento da relação entre ESF e Participação Comunitária	p.149
 Considerações Finais	p.158
Referências	p.160
 Anexo I	p.166
Anexo II	p.167
Apêndice	p.168

I - INTRODUÇÃO

I.I - Justificativa: sobre a vontade de fazer esta pesquisa

Esta pesquisa de mestrado aborda questionamentos nascidos durante minha trajetória de formação e atuação como psicólogo comunitário, trabalhador e pesquisador do setor saúde.

Os assuntos que serão abordados foram colocados em pauta pela vontade e necessidade de participar ativamente da construção de uma práxis psicológica contextualizada na realidade da população brasileira. Uma práxis engajada na transformação das condições sociais opressivas e desiguais, que impõem obstáculos e sérios limites ao desenvolvimento humano, social e da saúde no Brasil. Com esta pesquisa, manifesto, portanto, meu interesse em trazer contribuições da Psicologia, enquanto ciência e profissão comprometida socialmente, para o campo da saúde.

As atividades desta pesquisa desenvolveram-se profundamente influenciadas pela minha participação, quando estudante de graduação em Psicologia, na extensão universitária a partir do Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM) da Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza. E, quando já graduado psicólogo, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), coordenado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) em Sobral, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Como membro do NUCOM, tive ricas experiências de formação, que me fortaleceram na compreensão do desenvolvimento teórico, prático e ético da Psicologia. Tal experiência se tornou marcante para minha formação e desenvolvimento como psicólogo e pessoa, pois possibilitou uma aproximação mais profunda com a realidade nordestina cearense, estimulando-me a posicionar-me na busca contínua de melhor compreendê-la e transformá-la em prol da justiça social.

Nesse tempo de “nuconiano”, que compreende os anos de 2002 a 2004, participei de trabalhos de extensão universitária em Psicologia Comunitária. Dentre as atividades que me envolvi, são significativas as lembranças que trago comigo, especialmente, dos trabalhos junto ao projeto Incubadora Feminina, da Associação de Moradores do Conjunto Palmeira. Nesse trabalho, realizado junto a mulheres moradoras de baixa renda e que visava fomentar o “empreendedorismo” e a formação de um grupo de trabalho e renda, me impressionava o modo como essas mulheres conseguiam lutar para viver em condições de alta vulnerabilidade social. Pude compreender vários dilemas da luta popular e me deparei com vários desafios

para o avanço do projeto. Dentre estes dilemas e desafios, os que se colocavam como mais evidentes referiam-se ao tema da participação comunitária no projeto. Sempre estávamos questionando: por que as mulheres estão faltando? Como podemos construir ações com mais participação comunitária? Como acertar no que interessa à comunidade? Como chegar a compreender as necessidades das mulheres de forma que as ações do projeto sejam mais atraentes? Esses desafios de fomento à participação comunitária eram também compartilhados com companheiros estudantes de outros projetos dentro do NUCOM. Vínhamos debatendo sempre essa questão, de modo que se evidenciava a importância desse tema para a Psicologia Comunitária e para os trabalhos comunitários que desenvolvíamos na extensão universitária.

Após concluir minha graduação em Psicologia, fui morar em Sobral (CE), para ingressar em outra experiência também marcante para o desenvolvimento desta pesquisa: a RMSF. Esta consiste em um programa de pós-graduação lato-sensu (pautado na formação em serviço para o Sistema Único de Saúde - SUS) coordenado pela EFSFVS em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Neste processo de formação, vários profissionais (Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Enfermagem, Educação Física, Nutrição, Terapia Ocupacional, Farmácia e Fonoaudiologia) se inserem nas atividades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Sistema Municipal de Saúde, durante dois anos, fazendo do mundo cotidiano do trabalho um grande espaço de aprendizagens. Participei da V turma de residentes durante o período de maio de 2005 até março de 2007. Tal experiência, além de firmar minha identidade profissional como trabalhador e pesquisador do campo saúde, deu continuidade ao processo de problematização da realidade e busca por transformação social, colocando esse movimento no campo das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Meu interesse pelo campo da formação em saúde é grande, de forma que, atualmente, permaneço trabalhando, desde Junho de 2008, no mesmo programa de RMSF, agora na condição de membro do corpo docente.

Em meu trabalho de psicólogo-residente, me engajei com o trabalho na ESF e me inquietei com diversos desafios para o avanço desse trabalho, principalmente questionando seus impactos na melhoria das condições de vida da população. Minhas inquietações eram compartilhadas com a equipe multiprofissional que participava, bem como com vários profissionais de saúde da família, moradores e lideranças comunitárias. Novamente o eixo das inquietações era a defesa da construção de um trabalho que fomentasse e que fosse constituído a partir de uma significativa participação comunitária. A participação comunitária, como veremos adiante, deve ser um eixo estruturante das ações da ESF, porém

essa participação apresentava-se de forma incipiente na relação com os serviços de saúde. Nos momentos em que a participação comunitária se dava com mais intensidade, os trabalhos avançavam. Porém era notável que a comunidade e os profissionais dos Centros de Saúde da Família mantinham uma relação fragilizada, apesar de compartilharem o mesmo território, enfrentarem os mesmos problemas de saúde e terem os mesmos desafios de promoção da saúde. Começavam já, naquele tempo, a delinearem-se questões pertinentes a esta pesquisa: por que a ESF não fomentava de forma significativa a participação comunitária? Como fazer para que a participação comunitária seja realmente constituinte das ações da ESF? O que acontece que gera entrave para uma aproximação maior entre profissionais de saúde da família e moradores? Como construir processos de co-responsabilidade pela saúde comunitária?

Motivado pelas questões acima colocadas, bem como pelo questionamento sobre as contribuições que a Psicologia pode dar para o avanço da ESF, desenvolvi o trabalho de pesquisa intitulado *Contribuições da Psicologia para Intervenção Social na Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma caminhada*. Nesta pesquisa, realizei questionário com 7 (sete) psicólogos-residentes, que desenvolveram experiências na ESF nas cidades de Sobral, Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina, bem como trabalhei elementos empíricos a partir da análise etnográfica de minha experiência na RMSF em Sobral. Dentre os resultados deste estudo, destaca-se a importância que os psicólogos deram à participação dos usuários como forma de conquista histórica trazida pelo SUS, porém apontam que esse trabalho ainda é incipiente e que merece mais atenção por parte de gestores, trabalhadores em saúde e população. O estudo aponta que muito se tem que avançar para a consolidação da ESF como modelo inovador das práticas de saúde (adiante discutiremos a ESF de forma mais detalhada). Foi destacada também a necessidade de se aprofundar os estudos psicológicos no campo saúde, principalmente, no que concerne ao trabalho social e comunitário na ESF (NEPOMUCENO, 2007).

Como já dito, retornei a Sobral para novamente trabalhar no Programa de RMSF da EFSFVS, agora atuando nas atividades de docência das turmas VI e VII. Nesse período, terminava a construção do projeto desta pesquisa. Estava nas fases intermediárias do mestrado, logo após o Exame Geral de Conhecimentos (banca de qualificação). O retorno a Sobral me fez redirecionar tanto o local da pesquisa, que seria em Fortaleza e passou a ser em Sobral, como redimensionar as estratégias metodológicas. Um desafio se colocou à minha frente: construir um modelo de pesquisa participativa, onde a minha atuação (enquanto trabalhador) na realidade estudada demarca o processo de construção de conhecimento. Ou

seja, esta pesquisa buscou contar com a participação de diversos atores sociais, diversos pontos de vista, em um cenário onde já tive e construo experiências de trabalho.

A pesquisa se desenvolveu no mesmo local onde iniciei a trabalhar nas atividades de docência da RMSF. No mesmo bairro onde, de 2005 a 2007, trabalhei como psicólogo-residente: o bairro Terrenos Novos. Essa pesquisa, portanto, veio a configurar-se como instrumento potencializador de transformações sociais no cotidiano de trabalho na ESF, onde já realizei e realizo atualmente atividades de trabalho.

As questões acima colocadas, dentre outras que o leitor poderá ver no decorrer do texto, constituem-se como motivação existencial, profissional e científica à realização da presente pesquisa. O texto que ora se apresenta como dissertação é produto e reflexo ativo das atividades desenvolvidas por mim no programa de Mestrado em Psicologia da UFC, com a orientação do professor doutor Cezar Wagner de Lima Góis. Cezar é pessoa de decisiva influência, não só na elaboração deste trabalho, cujos méritos devem ser destacados, mas também é referência em minha formação pessoal e profissional nas experiências acima citadas.

A discussão trazida nesta pesquisa se situa na articulação dos campos de conhecimento e atuação da Saúde Pública e Psicologia, buscando compor uma análise sócio-psicológica de fenômenos pertinentes a estes campos. Os principais temas a serem abordados são a Participação Comunitária e a ESF. A pesquisa, portanto, se propõe a focar o olhar sobre a participação comunitária e sua relação com serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS (veremos adiante que a ESF constitui-se como APS no SUS).

Através do aprofundamento e maior apropriação dos temas citados, busco contribuir para o desenvolvimento da inserção da Psicologia no setor saúde, contribuindo como ciência e profissão, na busca de ampliar os conhecimentos e práticas de Saúde Pública no Brasil. A presente pesquisa nasce e se desenvolve com a pretensão de constituir-se num movimento de inserção e transformação social, num movimento de compromisso com a vida.

I.II – Problematização: sobre o que se estudou e o que pede para ser estudado

Os temas *participação* e *ESF* vêm sendo estudados de forma direta e indireta por vários estudiosos no campo da Psicologia e da Saúde. Uma breve revisão das pesquisas já realizadas vem endossar a necessidade de levar a cabo, com originalidade e relevância, a presente pesquisa psicológica sobre esse tema.

Começemos pelo destaque dado aos elementos subjetivos do processo de avaliação da qualidade dos serviços em saúde dados pelo estudo de Katia Uchimura e Maria Bosi (2002). As autoras destacam a importância dos estudos que incorporam e dão relevância aos diversos atores sociais na avaliação dos programas e serviços de saúde. Elas apontam que a dimensão subjetiva da qualidade é geralmente esquecida nos processos de avaliação e defendem a pesquisa social de abordagem qualitativa como valioso instrumento de análise da qualidade dos serviços de saúde.

O referido estudo traz imediatos questionamentos pertinentes para o que venho problematizar: como é que as dimensões subjetivas são consideradas na avaliação da qualidade dos serviços em saúde da família? Como a comunidade vem sendo incluída nesses processos avaliativos? Ela participa? Será que há sintonia entre o que pensam o usuário e o profissional sobre a qualidade dos serviços da ESF?

Emerson Merhy discute aspectos importantes das mudanças no setor saúde. Para ele, é necessário evoluirmos de um modelo de atenção *procedimento-corporativo-centrado* para um modelo *usuário-centrado*. O autor considera que o objeto da saúde é a produção do cuidado, que seria a *alma dos serviços de saúde*, e o objetivo (conseguido através do cuidado) é a saúde. Para Merhy, nosso modelo assistencial “é culturalmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar” (2002, p.125). Tal dimensão cuidadora colocada pelo autor, conforme entendo, só pode ser bem trabalhada com a ampla compreensão dos aspectos históricos e sociais do processo saúde-doença-cuidado.

Para Merhy (2002), as mudanças necessárias compreendem: redefinição dos espaços de relações dos atores envolvidos na produção do cuidado; alterar missões das instituições de saúde, combatendo o corporativismo e alterando o modelo de gestão de forma a buscar uma maior integração de saberes em prol do que o usuário necessita; e contaminar o núcleo específico/especialista de saber com o núcleo cuidador e integral.

O autor parte da compreensão de que a grande maioria dos problemas no setor saúde não é decorrente de falta de conhecimento ou material: o que o usuário reclama é da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Devemos apostar em *tecnologias leves*¹: modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo; usuários e profissionais como responsáveis e co-responsáveis pelo projeto terapêutico/produção do cuidado (MERHY, 2002, p.121). Olhando por esse prisma, podemos perceber o grande desafio que é lutar pela mudança do modelo biomédico hegemônico, construir uma práxis sanitária mais próxima da realidade, capaz de comprometer-se socialmente e vincular-se na busca de dar respostas efetivas às necessidades principais da população. Entendo que tal práxis sanitária deve se apoiar numa participação social ativa para o aprimoramento e potencialização das ações.

Luiz Carlos Cecílio coloca o conceito de *necessidades de saúde* como estruturante das ações e serviços de saúde. “Toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender a necessidades de saúde, mais que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente” (2001, p.116). Este autor defende que as necessidades de saúde podem ser apreendidas em uma taxonomia organizada em quatro conjuntos: o primeiro conjunto de necessidades de saúde liga-se às condições de vida, de modo que estas vão refletir ou traduzir as necessidades; o segundo conjunto diz respeito à necessidade de ter acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida. Neste conjunto, a importância hierárquica na escolha das tecnologias é determinada não só pelos técnicos, mas pelas pessoas e suas necessidades reais; o terceiro conjunto, fala da criação de vínculos afetivos e efetivos entre profissional e usuário; O quarto conjunto, diz respeito à necessidade de cada pessoa ter uma crescente autonomia no seu processo de levar a vida. Como entendo, as diversas necessidades de saúde de uma população só podem ser apreendidas e trabalhadas, de forma efetiva, com uma forte e ativa participação social.

Tomemos, agora, como exemplo, o problema da dengue. Francisco Chiaravalloti Neto, Maria S. de Moraes e Maria A. Fernandes (1998) fizeram estudo que avaliou os resultados de um trabalho educativo para controle da dengue realizado num bairro de São José do Rio Preto (São Paulo), considerando a relação entre os conhecimentos e práticas desta população com relação à dengue. O estudo aponta que, apesar de ganhos de conhecimentos da população local advindos do trabalho educativo, não se percebeu mudanças de hábito que se

¹ O termo se contrapõe a *tecnologia dura e leve-dura*, onde há maior custo financeiro e maior complexidade tecnológica no que tange ao uso de máquinas e instrumentos.

refletissem na eliminação dos vetores da doença. O que se evidencia neste estudo, em minha opinião, é a necessidade de questionar a compreensão sobre o fenômeno da participação comunitária que os profissionais de saúde têm. Evidencia-se o fracasso das ações sanitárias de mera transmissão de informações, guiados pela ideológica supremacia de modelos formatados de higiene e sanidade. Aqui cabe questionar: como atuar na co-construção de estratégias de mobilização comunitária facilitadoras da participação comunitária para o enfrentamento das grandes endemias, epidemias e questões sanitárias? Qual tipo de relação deve ser construído entre equipe de saúde da família e moradores para articular esses processos?

Para João C. P. Dias (1998) a participação comunitária é um dos elementos fundamentais no controle das endemias no Brasil que, ademais de sua importância não só no controle social, mas na execução e mediação das ações, não vem sendo exercitada e estimulada por governos e lideranças pela centralização política e de poder existentes. Já Sergio Carvalho (2004; 2005) é mais um que vem enfatizar a importância da participação comunitária para enriquecer a reflexão sobre o paradigma da promoção da saúde, no fomento à mudança social e à produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários.

Em estudo feito por Cornelis J. V. Stralen (2005) sobre os Conselhos de Saúde do SUS, o autor destaca que estes apontam entraves e limites como isolamento dos movimentos sociais, falta de capacitação técnica dos conselheiros, dependência do poder executivo e clientelismo. O autor questiona até que ponto os Conselhos viabilizam a participação de cidadãos na gestão pública e até que ponto contribuem para o SUS. Suas conclusões apontam que os Conselhos exercem certo nível de controle público sobre a gestão do sistema de saúde, pois incluem novos atores para a defesa do SUS e encorajam processos decisórios mais democráticos. No entanto, os Conselhos não contribuem para aumentar a efetividade das práticas de saúde, nem para alterar estas políticas do ponto de vista dos usuários.

Águeda Wendhausen e Sandra Caponi (2002) realizaram estudo sobre o diálogo e participação em um Conselho de Saúde em Santa Catarina (Brasil). O estudo mostra que o diálogo encontra-se bastante obstruído nesse espaço instituído de participação. Evidenciou-se a baixa comunicação dialógica que é suprimida pelo uso de linguagem técnica, administrativa e política hipercodificada, de pouca acessibilidade aos membros usuários. O funcionamento do Conselho revelou a supremacia do segmento governamental frente ao segmento da sociedade civil.

Tais estudos revelam que a participação se encontra empobrecida nos Conselhos de Saúde. Mais adiante será delimitada a concepção de participação comunitária que será utilizada neste estudo, mas vale adiantar que ela não se restringe nem se iguala à participar

das atividades dos e nos Conselhos de Saúde. Sigamos adiante nos estudos realizados sobre participação.

Maria L. Vazquez *et al.* (2003) levaram a cabo um estudo que analisou opiniões e conceitos de participação social em saúde de usuários e lideranças comunitárias em dois municípios do Nordeste do Brasil. Focando a atenção na participação social nos serviços de saúde, o estudo revelou que as diversas concepções de participação, em sua maioria, ligavam-se à idéia de dever e colaboração com os serviços de saúde. Tal participação foi concebida como adequação, como utilização dos serviços de saúde e pouco se evidenciou a participação como gestão do serviço de saúde. Apesar de, dentre as concepções evidenciadas no estudo, a participação também ser concebida como mobilização da população na reivindicação de direitos e fiscalização da atuação dos serviços, só limitadamente as concepções coincidiram com o tipo de participação contemplado nas políticas (como gestão do sistema de saúde nas diversas esferas).

Já Vitor Valla (1998), ao discutir a participação popular, destaca uma dificuldade de compreensão entre os profissionais que trabalham nas políticas públicas (geralmente originados da classe média) e as classes populares. Para o autor, os primeiros têm significativas dificuldades de perceber os interesses das classes populares, bem como de avaliar a realidade destes. Por outro lado, uma descrença quanto às políticas praticadas no Brasil leva as classes populares a buscar a resolução de seus problemas e necessidades através de vias de participação diferentes das já estabelecidas nas políticas assistenciais.

Um estudo sobre o ainda chamado Programa de Saúde da Família (veremos, posteriormente, que o Programa se tornou Estratégia), aponta significativa ausência do morador-usuário como protagonista na produção de seu cuidado na relação com o trabalhador e a equipe, visto que ainda a população é colocada fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito nas ações de saúde (MATUMOTO, 2003 apud CREVELIN; PEDUZZI, 2005).

Buscando investigar a participação comunitária na equipe de saúde da família, Maria A. Crevelim e Marina Peduzzi (2005), desenvolveram estudo entrevistando trabalhadores e conselheiros de saúde (membros do Conselho Local de Saúde), analisando documentos do Diário Oficial do Município de São Paulo (local da pesquisa) e atas do Conselho Municipal de Saúde, no período de 2001 e 2002. A pesquisa objetivou conhecer o quanto o trabalho em equipe de saúde da família favorece a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial. Dentre os resultados mais relevantes, o estudo revelou a não inclusão da comunidade nem no trabalho em equipe, nem no planejamento das ações, apesar de a análise

documental mostrar que a participação da comunidade está prevista tanto no diagnóstico da situação de saúde como no planejamento das atividades de saúde da família.

Silvana Santos, Kátia Uchimura e Regina Lang (2005) estudaram, com uma abordagem metodológica qualitativa, a avaliação que usuários fizeram sobre o PSF, no município de Colombo, Estado do Paraná. Os depoimentos analisados apontaram para dissonâncias entre o que está colocado nos documentos oficiais e o que estava sendo realizado no serviço de saúde estudado. Tal pesquisa contou com a participação dos usuários vinculados a uma Unidade de Saúde da Família e apontou também contradições e dificuldades a serem superadas, principalmente, para uma real mudança do modelo assistencial. A pesquisa coloca o usuário como “o ator social mais interessado no PSF” (SANTOS; UCHIMURA; LANG, 2005, p. 688). Mas que não vem sendo considerado nos processos avaliativos do PSF.

Evidencia-se, a partir dos estudos citados, a necessidade de aproximação e compreensão mútua entre usuários e profissionais de saúde, entre moradores e trabalhadores da ESF. A partir das pesquisas citadas alhures e de minha experiência na RMSF, posso afirmar que existe uma dificuldade clara na relação entre os profissionais da ESF e a população, que faz com que as atividades da ESF tenham pouca participação comunitária. Diante deste contexto, destaco que as questões-chaves desta pesquisa-dissertação de mestrado são: o que acontece com a ESF que esta não fomenta uma significativa participação comunitária em saúde? O que pode ser feito para que se fortaleça, a partir da ESF, a participação comunitária? E o que pode ser feito para que a participação comunitária fortaleça a ESF? Como melhorar essa relação? Que aspectos são relevantes nessa relação?

Os autores supracitados, bem como outros que veremos no decorrer do texto, nos dão elementos para enfatizar a importância de desenvolver esta investigação sobre as relações entre as ações da ESF e o processo de participação comunitária, analisando implicações dialéticas entre estes fenômenos, as formas como um evidencia-se no outro e as compreensões que alguns de seus atores têm sobre essa relação. Endossando-me em idéias (que serão discutidas adiante) sobre mudanças necessárias no campo da Saúde Pública, parto da premissa de que as práticas em saúde (especialmente de APS) devem ser facilitadoras de processos de participação social, contribuindo para a construção de uma cultura democrática que valorize e estimule a autonomia dos atores no processo saúde-doença-cuidado.

Este estudo tem, portanto, como objetivo geral, estudar a relação entre Estratégia de Saúde da Família (ESF) e participação comunitária em um território do Sistema Municipal de Saúde de Sobral-CE e construir, com os participantes da pesquisa, linhas de ação para o fortalecimento dessa relação. Os objetivos específicos são: analisar a compreensão que um

grupo formado por usuários e profissionais da ESF tem a respeito da participação comunitária, do trabalho da ESF e da relação entre estes; avaliar a participação comunitária, o trabalho da ESF e a relação entre estes na comunidade estudada; e problematizar e construir propostas, junto com moradores e profissionais do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, para o fortalecimento da participação comunitária e da ESF.

I.III - O Sistema Único de Saúde do Brasil, a Estratégia de Saúde da Família e a Construção da Democracia.

Convido o leitor a prosseguir na contextualização do presente estudo dentro do contexto da Saúde Pública no Brasil. Falo aqui, portanto, do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com os temas relevantes dessa pesquisa: participação comunitária e ESF. Num primeiro momento, abordo o SUS e alguns elementos de seu processo histórico. E posteriormente, destaco a ESF como estratégia de efetivação do SUS.

I. III. I – Um pouco do contexto de construção histórica do SUS

A construção histórica do SUS esteve intimamente ligada à construção da democracia no Brasil. Tal construção teve e tem como protagonista o chamado Movimento Sanitário, o qual traz no bojo um conjunto de discursos e práticas do campo saúde, que apontam, dentre outras coisas, para a necessidade de uma mudança social das condições de desigualdade que afetam o país. Aqui, tenho o interesse de destacar que as proposições e atuações desenvolvidas historicamente pelo Movimento Sanitário, para a construção do SUS, põem em relevância a participação social na construção de uma concepção democrática de sociedade. O Movimento Sanitário pauta-se num conceito ampliado de saúde, onde a relação entre indivíduo e sociedade é um elemento fundamental na compreensão e atuação.

Segundo Odorico Andrade (2001), o nascimento da Saúde Pública no Brasil remonta aos tempos do início da República Velha, quando se empreenderam os primeiros passos na constituição do Estado moderno, com a supremacia dos grupos ligados à agroexportação cafeeira. Nesse período, predominam na saúde os saberes ligados à microbiologia e bacteriologia. O autor destaca que esse período, conhecido como “sanitarismo campanhista”, dá início à estruturação de um Sistema de Saúde no Brasil. As ações de Saúde Pública focavam o controle de doenças, para que estas não atrapalhassem o desenvolvimento da economia de exportação. As campanhas sanitárias direcionaram-se para o saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis (ANDRADE, 2001).

Seguindo uma compreensão semelhante, Oldaci Pustai (1996) classifica os momentos históricos de construção da Saúde Pública no Brasil em três grandes períodos: o modelo do sanitário campanhista, que compreende meados dos anos 50; o modelo médico-assistencial privatista, que se desenvolveu a partir dos anos 60; e o modelo SUS que se inaugura nos fins da década de 80 até os tempos atuais. (PUSTAI, 1996). Aqui destaco, fundamentalmente, o período dos movimentos pré-SUS, que dão relevância à passagem, ainda não realizada em sua plenitude, do modelo médico-assistencial privatista para o modelo SUS.

Gastão W. Campos (2007) destaca que a constituição histórica do SUS se dá pelo efeito de duas fortes tradições: a liberal-privatista e a dos sistemas nacionais e públicos de saúde. A primeira vincula-se a um projeto sócio-econômico-cultural neo-liberal, de exaltação de um “livre” mercado e conseqüente mercantilização da saúde. E a segunda, a um projeto de inspiração no socialismo e nos Estados de Bem-Estar Social europeus (CAMPOS, 2007). Estas duas perspectivas influenciam diretamente os modos de se organizar o cuidado em saúde no Brasil.

Para o autor, a análise de tais tradições - que são qualificadas por ele mesmo como construções conceituais abstratas - nos auxiliam na compreensão do surgimento e desenvolvimento histórico do SUS, apresentam-se como polares e expressivas de um cenário político de disputa. A tradição liberal-privatista é apoiada pelos prestadores de serviços privados, regido pelas leis do mercado (como ordenador das relações sociais) e tem forte influência do modelo biomédico na organização dos serviços de saúde. Já a outra tradição é apoiada e construída pela luta dos trabalhadores em prol de políticas públicas ou do socialismo (CAMPOS, 2007).

Campos argumenta que, antes da “inauguração do SUS, a expansão do acesso ao cuidado médico-sanitário no Brasil vinha ocorrendo sem que se invocasse qualquer forma de socialização da atenção” (CAMPOS, 2007, p. 1868), havendo hegemonia da racionalidade própria do modelo liberal-privado, com o Estado intermediando de forma passiva o mercado de saúde, onde havia a supremacia do estímulo econômico à produção de atos sanitários, já que os serviços eram pagos por procedimentos realizados, com baixo poder de regulação pelo Estado e pela Sociedade.

A época da ditadura (64-86), que demarca o período pré-SUS, é constituída por um regime autoritário-burocrático marcado pelas seguintes características: constituição de anéis burocráticos de preservação de interesses hegemônicos de minorias, que não prestavam conta à sociedade dos gastos públicos; supressão das mediações entre Estado e Sociedade; mercantilização da saúde; campanhas sanitárias de baixo impacto e de caráter de simulação para cuidar da Saúde Pública; carência de recursos financeiros; política econômica desigual; opressão política; baixa oferta de serviços públicos; hegemonia da lógica de racionalização dos serviços (ESCOREL, 1999).

As reformas do setor saúde no Brasil se desenvolveram intimamente ligadas à luta de diversos setores da sociedade pela construção da democracia e da justiça social no país. Dentro desse processo, as manifestações e movimentos sociais de luta contra a ditadura foram fundamentais para a estruturação do Movimento Sanitário (ESCOREL, 1999). Tal

Movimento se construiu fortemente influenciado pelos movimentos estudantis das Universidades e Departamentos de Medicina Preventiva e Social. Constituindo-se também como uma via de encontro entre as classes trabalhadoras e classes populares, o que possibilitou a construção de um referencial teórico-vivencial de crítica ao modelo de saúde existente nesse País da ditadura (SCOREL, 1999). Segundo Campos, “o Movimento Sanitário foi um dos fatores determinantes para a criação e implantação do SUS, bem como para a constituição de um novo pensamento sobre a saúde” (CAMPOS, 2007, p.1868).

A progressiva abertura política aconteceu em paralelo a um processo de ampliação das discussões sobre o conceito de saúde e de Saúde Pública, focando a atenção para os determinantes sociais. Tais processos repercutiram no desenvolvimento e fortalecimento de um pensamento social contra-hegemônico em saúde no Brasil, que, inicialmente, teve pouca repercussão nos processos decisórios, mas que progressivamente ganhou força na arena política.

Campos analisa que, em certa medida, havia uma forte motivação política de amplos segmentos do Movimento Sanitário onde “o trabalho na saúde era utilizado como tática para o enfrentamento contra a ditadura, de onde, é provável, ganhou relevância o lema que juntava ‘saúde e democracia’” (CAMPOS, 2007, p.1869). A afirmação da relação intrínseca entre “saúde e democracia” se constituiu como um eixo fundamental da constituição histórica do SUS. Ao descrever e analisar características do Movimento Sanitário, o mesmo autor destaca que, dentro dele:

Alguns de seus integrantes, armados com os conceitos de medicina comunitária, educação popular e atenção primária à saúde, priorizaram intervenções locais. Desenvolveram a estratégia de aproximar-se da base social do país, sindicatos, organizações de bairro e de comunidades urbanas e rurais. Caberia uma investigação mais aprofundada sobre os motivos que levaram estes segmentos profissionais a realizar aquela ‘ida à periferia’, um verdadeiro deslocamento em direção ao povo. Na saúde, trataram de implementar projetos de saúde comunitária na atenção básica experimentando modelos de participação comunitária. Desta vertente, originou-se uma das diretrizes originais e inovadoras do SUS em relação aos outros sistemas nacionais de saúde: a gestão participativa com controle social do governo pela sociedade civil (CAMPOS, 2007, p.1868-1869).

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a constituinte em 1988 fizeram-se a partir da aglutinação de diversos atores sociais em prol do ideário do Movimento Sanitário que instituiu o SUS. Os princípios e diretrizes do SUS expressam uma vitória da tradição dos sistemas nacionais e públicos de saúde frente à tradição liberal-privada (CAMPOS, 2007). Segundo Odorico Andrade,

A constituição brasileira de 1988 criou o conceito de Seguridade Social, composto por um tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social. Na saúde foi instituído o Sistema Único de Saúde. Criaram-se as bases legais para garantir saúde como direito

de cidadania e dever do Estado. Com a Seguridade Social está garantida a universalidade dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde. Do ponto de vista do desenvolvimento do arcabouço jurídico-institucional, este foi um dos maiores avanços de política social no Brasil na sua história recente (ANDRADE, 2001, p.15).

Segundo Campos (2007), o Movimento Sanitário brasileiro, além de adaptar conceitos e diretrizes da tradição socialista ao SUS, o demarcou com características de um sistema descentralizado, com gestão participativa e controle social (da Sociedade sobre o Estado) e, ainda empreendeu uma crítica teórica e prática do paradigma tradicional em Saúde Pública. Esse processo se deu “incorporando, no cotidiano, conceitos e práticas originárias da saúde coletiva, da promoção, da determinação social, da reforma psiquiátrica, da política de humanização, construindo uma concepção ampliada sobre a saúde e sobre o próprio trabalho sanitário” (CAMPOS, 2007, p.1872).

Segundo Sergio Carvalho (2005), o SUS é fruto dos movimentos históricos de diversos atores em volta dos paradigmas da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde. E a partir desses movimentos o SUS é concebido como afirmação do “social” na determinação do processo saúde-doença. Segundo o mesmo:

O SUS é tomado como espaço privilegiado de implementação dos mencionados princípios. Resulta da luta do Movimento Sanitário Brasileiro que, desde a década de 1970, vem buscando contribuir para a ampliação da democracia e para a conquista dos direitos sociais. O ideário que sustenta o SUS preconiza um Estado ativo, provedor de serviços sanitários de qualidade e que regularize, a partir da lógica do bem comum, as ações do setor privado (CARVALHO, S., 2005, p.32).

O SUS, portanto, significou um avanço histórico na consolidação da saúde como direito de todos e dever do Estado, através da conquista de um Sistema Nacional de acesso universal, pautado na integralidade e equidade da atenção e do cuidado. No entanto, após a sua consolidação, enquanto arcabouço institucional, o movimento de resistência ao SUS não parou de atuar. Segundo Campos, essas forças de resistência ao SUS atuaram deslocando o cenário de disputa de princípios e diretrizes,

para elementos programáticos de implantação do acesso universal a uma rede ‘integral’ de assistência, procurando, contudo, sempre buscar meios para atendê-los segundo seus interesses corporativos e valores capitalistas de mercado. Resistência permanente a cada programa, a cada projeto e cada modelo de gestão ou de atenção sugerido segundo a tradição vocalizada pela reforma sanitária (CAMPOS, 2007, p.1869).

O resultado desse processo histórico de disputa, que ainda permanece, é uma configuração complexa e contraditória nos movimentos de construção política do SUS. Para o mesmo autor, “em síntese: no Brasil, o concreto real resultante de toda história de conflitos é

a existência de um SUS esgarçado, de uma reforma sanitária incompleta” (CAMPOS, 2007, p.1869).

Voltando às idéias de Sergio Carvalho, percebemos que o SUS representa um grande avanço, mas que se encontra em meio de um contexto geopolítico desfavorável:

Esse sistema é, nos dias de hoje, um espaço de resistência às políticas neoliberais. Na contramão das tendências hegemônicas, o SUS vem logrando ampliar o seu leque de ações e mantém-se na vanguarda das políticas sociais brasileiras no que se refere ao caráter democrático e participativo de suas instancias. Dificuldades e limitações à parte, representa uma conquista social que garante, por exemplo, a assistência à saúde para mais de 70% da população brasileira (CARVALHO, S., 2005, p.32).

Segundo o mesmo autor, vários desafios são permanentemente colocados ao desenvolvimento do SUS a partir do atual contexto neoliberal: visão estreita do Estado e da condição do sujeito na sociedade; a saúde é entendida como mercadoria sujeita às regras do mercado; formação de um “Estado-empresário”, enxuto, eficaz em cuidar da produção econômica; crítica das políticas universalistas e redistributivas, pois retiram dinheiro que iria para áreas de produção e desestimulariam o trabalho e a competição necessária ao mercado; multiplicação de organizações da sociedade civil na prestação de serviços; focalização nos grupos de risco, construindo um “pacote mínimo” de serviços essenciais para os mais pobres e miseráveis; minimizar os direitos sociais e políticos; confundir cidadão com consumidor (valor situado na dimensão econômica); estímulo ao consumo e à cultura individualista.

Gastão Campos novamente nos ajuda a pensar o contexto de formação histórica do SUS. O autor pontua que os desafios ainda são grandes para a efetivação do SUS no País. Segundo ele,

Por meio da corrupção, do corporativismo, do clientelismo, de programas iníquos, de vários modos, as elites têm dificultado a efetiva distribuição de renda no país. A gestão participativa, a co-gestão do SUS, ainda é uma potência pouco explorada, parece que a sociedade civil e os trabalhadores têm dificuldade para ocupar este espaço de co-gestão legalmente construído [...] O SUS não parece haver ganhado o ‘coração e mentes’ dos brasileiros, nem para desejá-lo e defendê-lo com paixão, ou tampouco para combatê-lo com ódio (CAMPOS, 2007, p. 1873).

Pelo já visto até aqui, podemos pensar que esse novo modelo de sistema de saúde, colocado pelo SUS, somente desenvolver-se-á de forma paralela e integrada a um projeto de desenvolvimento social amplo. As estratégias de atuação e ou de operacionalização das mudanças devem ter a participação social como eixo fundamental. Com efeito,

inerente aos princípios e diretrizes que regulamentam o SUS encontra-se vinculado um projeto de sociedade mais amplo, baseado em valores de cidadania, propondo-se a amenizar as desigualdades sociais e colocar em foco uma mudança radical no conceito de saúde, compreendendo-o estritamente relacionado às condições de vida das pessoas (NEPOMUCENO; CARVALHO, 2007, p.01).

Em nossa realidade, a implementação e consolidação do SUS não passa à margem de uma busca permanente de transformação social. Encontramos um Brasil que, devido a má distribuição de renda, dependência econômica e tecnológica e de sua *inserção submissa no mercado internacional de capitais* (CARVALHO, A., 2002), apresenta uma sociedade desigual, cuja minoria apropria-se da maioria dos resultados da produção material e cultural, enquanto grande parcela da população fica com uma pequena parcela da riqueza, vivendo submetida, muitas vezes, a condições de vida subumanas, sofrendo a marginalização de uma estrutura sócio-econômica excludente (NEPOMUCENO, 2003).

A história e formação econômico-social de nosso País devem ser consideradas e compreendidas para que empreendamos, de forma contextualizada, o movimento de mudanças necessárias para o desenvolvimento do SUS. Segundo Darcy Ribeiro (2000), nossa formação é fruto e se estrutura sobre os pilares da invasão e da colonização européias que, num empreendimento agrário-mercantil vinculado a interesses externos, fundou no Brasil a primazia do lucro sobre as necessidades reais de existência de sua população; configurou o processo de exploração e exclusão social, além de estabelecer e contribuir para perpetuar a dependência econômica e o subdesenvolvimento do País.

Neste sentido, Darcy Ribeiro enfatiza o aspecto negativo e mesmo destrutivo do processo de constituição da sociedade brasileira sob a tutela e influência de nossos colonizadores e classes dirigentes:

O ruim aqui, e efetivo fator causal do atraso, é o modo de ordenação da sociedade, estruturada contra os interesses da população, desde sempre sangrada para servir a desígnios alheios e opostos aos seus. Não há, nunca houve, aqui um povo livre, regendo seu destino na busca de sua própria prosperidade. O que houve e o que há é uma massa de trabalhadores explorada, humilhada e ofendida por uma minoria dominante, espantosamente eficaz na formulação e manutenção de seu próprio projeto de prosperidade, sempre pronta a esmagar qualquer ameaça de reforma da ordem social vigente (RIBEIRO, 2000, p.452).

Dentro do contexto desse subdesenvolvimento contraditório, sofremos as conseqüências da construção histórica de uma sociedade que gera marginalização social, política e econômica. Temos grande parcela de nosso povo inserido num modo de vida freqüentemente voltado para a satisfação de necessidades primárias (o que muitos, infelizmente, não conseguem) e impedidos, por condições limitantes, de se desenvolver nas amplas e diversas esferas da vida humana (NEPOMUCENO, 2003). Entendo que o setor saúde tem responsabilidades e pode contribuir significativamente para a transformação dessas condições adversas geradoras de bloqueios ao desenvolvimento social e à promoção da saúde.

A partir desse contexto, penso que urge a realização de um trabalho voltado às condições sociais determinantes da saúde, que busque identificar e trabalhar junto com a

população as necessidades e potenciais de saúde. Nesta mudança de paradigmas, reconhecer os usuários do SUS como participantes ativos no processo saúde-doença-cuidado é uma forma de aprimorar a ação sanitária e fomentar a participação social no Brasil. Compreendo que o desafio colocado por esse contexto nos convida a desenvolver um olhar crítico e propositivo em defesa do SUS, como conquista do povo e como caminho de construção da democracia.

Nessa pesquisa, buscamos contribuir para o avanço do SUS como um instrumento de construção da saúde e da democracia no Brasil. Tais temas apresentam uma relação íntima entre si (GÓIS, 2008) e devem ser melhor compreendidos para que se possa dar uma maior relevância a eles, quando da efetivação e operacionalização cotidiana das práticas. Aqui o foco é empreender, a partir da Psicologia Comunitária, de estudo sobre a relação entre participação comunitária e Estratégia de Saúde da Família, na comunidade de Terrenos Novos em Sobral.

I. III. II - Uma contextualização do sentido e história da ESF, que inclui Sobral

Passemos adiante, voltando nossa atenção para as mudanças empreendidas no setor saúde no Brasil. Dentro destas, ganha destaque o surgimento, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo inicial de atender a regiões sem ou com pouco acesso aos serviços de saúde e de “responder a uma tendência mundial de redução de custos, de desmedicalização da medicina e humanização dos serviços” (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p.27). O processo histórico de mudanças levou a uma compreensão da efetividade do PSF na universalização da atenção à saúde e na implementação da mudança buscada na reforma sanitária brasileira. O PSF (programa) passou a configurar-se como Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma política única, responsável pela atenção primária à saúde no SUS e com a responsabilidade de empreender uma reestruturação no modelo de atenção.

A história da Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto concepção e modelo de praxis, está também ligada à necessidade de aproximar o trabalho em saúde dos lugares de moradia da população. Assim surgiram os conceitos precedentes de distrito sanitário e de centro de saúde. Ganharam progressivamente força as idéias de primeiro contato, longitudinalidade e responsabilidade com a população de uma determinada área (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Em 1978, seguindo esse movimento de afirmação de mudanças da Saúde Pública e de sistemas de saúde nacionais, a Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata (promovida pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF) afirma que:

A atenção primária de saúde é fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A APS, uma vez que constitui o núcleo do sistema nacional de saúde, faz parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade” (OMS,1978 apud ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p.784).

Luiz O. M. de Andrade, Ivana Barreto e Roberto C. Bezerra (Idem) conceituam APS como:

o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros profissionais de saúde (2006, p.786).

Já a ESF é conceituada pelos mesmos autores dentro da perspectiva da APS e do SUS. Vejamos o que dizem:

A Estratégia de Saúde da Família é considerada um modelo de APS focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária. Então, por definição, pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como um modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal (Idem, p.803).

A ESF situa-se, portanto, na perspectiva da APS e é entendida como mecanismo de reorientação do sistema de saúde, sendo: porta de entrada, responsabilização institucional e sanitária no processo de cuidado com a saúde articulado a toda rede de serviços. Vale ressaltar que a ESF é construída operacionalmente na esfera comunitária (Ibidem). Na perspectiva adotada nessa pesquisa, outros aspectos são fundamentais para caracterizar a ESF, são estes:

o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, numa tentativa de romper com a perspectiva tecnicista em saúde e fortalecer o envolvimento dos atores sociais no processo saúde-doença-cuidado (CIAMPONE; PEDUZZI, apud CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p.28).

Segundo Bárbara Starfield (2002), a APS é constituída pelos princípios ordenadores: o primeiro contato – acessibilidade; a longitudinalidade no tempo; a integralidade; a coordenação; a focalização na família; e a orientação comunitária. É através da atenção primária que o sistema de saúde se aproxima do cotidiano das famílias, construindo processos de trabalho e serviços de saúde nas comunidades onde estas vivem.

Discutindo sobre os determinantes da saúde, Bárbara Starfield ressalta a importância de um olhar para a estrutura genética, o ambiente social e físico, os comportamentos

individuais e os serviços de saúde oferecidos. Para a autora, “quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor” (2002, p.26). Ela critica os sistemas de saúde que se organizam principalmente a partir da ação de especialistas e defende que se priorize a atenção primária como forma de buscar mais efetividade e organização das ações.

A atenção primária à saúde é entendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002, p.24).

Para Starfield, uma enfermidade raramente existe de forma isolada, principalmente quando esta se apresenta ao longo do tempo. A referida autora ressalta o caráter social e histórico do processo saúde-doença, bem como a necessidade de aproximar a atenção continuada do sistema de saúde ao cotidiano dos usuários. Com efeito:

Para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual (STARFIELD, 2002, p.27).

Um profissional da atenção primária deve, portanto, estar atento ao usuário do sistema ao longo do tempo, em sua imensa variabilidade de manifestações de saúde e de doença. Olhar para o modo de vida coletivo, para os estilos de vida individuais torna-se essencial, bem como para as condições materiais de vida em que a população adstrita está inserida. A relação indissociável entre a saúde, sua promoção e o desenvolvimento social torna-se compreensão necessária e instituinte das mudanças sociais no setor saúde.

A ESF estrutura-se, portanto como atenção primária do SUS, incorpora essas características levantadas por Starfield (2002) e articula-se com os valores subjacentes, os princípios e diretrizes do SUS. Os princípios da ESF são: *o caráter substitutivo* frente às práticas tradicionais, onde não se focalizam apenas as doenças e sim, também as ações de prevenção e promoção da saúde, garantindo a resolubilidade da assistência; *a integralidade e intersectorialidade*, onde é garantida a assistência integral às necessidades de saúde da população, o que requer uma articulação com outros setores sociais na busca pela complementaridade das ações; *territorialização*, onde o trabalho se organiza localmente com base nas características epidemiológicas e sociais da população adstrita; *equipe multiprofissional*, partindo da premissa que é necessária a interação de saberes e fazeres no

trabalho; *responsabilização e vínculo*, que remete a um compromisso da equipe em oferecer atenção humanizada à população local; e *estímulo à participação da comunidade e ao controle social* (BRASIL, 2005, p.16-17).

Já os campos de atuação preconizados para a ESF são: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a assistência, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2005, p.18-19). A ESF trabalha com a estruturação de equipes em território específico, composto por 600 a 1000 famílias. A equipe mínima é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista, atendente de consultório dentário e técnicos de higiene dental. Esses profissionais estruturam suas ações em território específico², com uma população adstrita moradora desse território complexo, o qual é composto de ampla rede de relações de elementos ecológicos, sociais, culturais, históricos e econômicos, que devem ser considerados na construção e efetivação do plano de ação. Em alguns municípios, outros profissionais são integrados às equipes básicas da ESF, atuando de forma a fortalecer o trabalho de atendimento integral às necessidades de saúde da população. Atualmente, muito se discute sobre a inclusão de novas categorias profissionais na ESF, buscando atender as amplas e complexas demandas de trabalho existentes para o aprimoramento das ações da ESF. Dentro desse contexto veio o surgimento dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família em 2008.

Pelo já visto, a ESF tornou-se um “dispositivo” de responsabilização sanitária e institucional, no processo de produção do cuidado em saúde, importantíssimo para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS e para a estruturação das mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil.

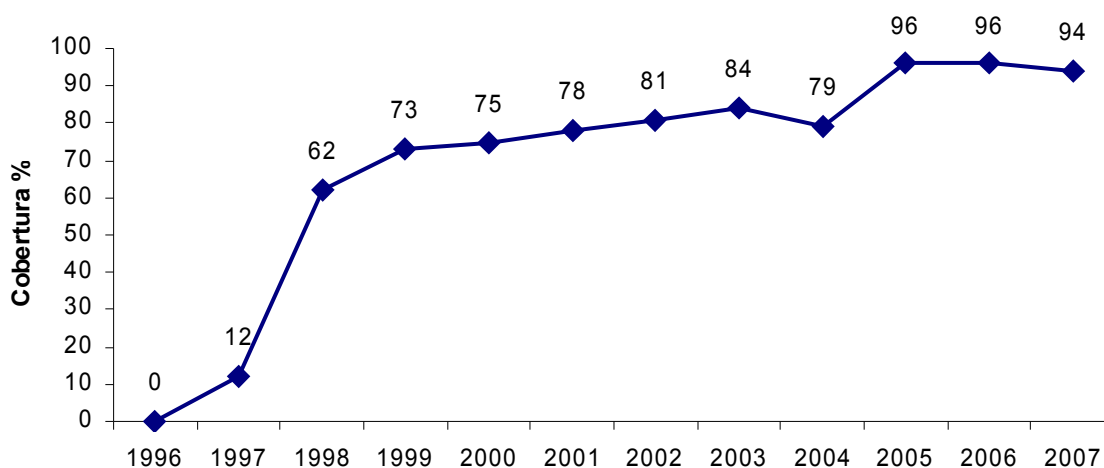
Em Sobral, na área da Saúde, o Município vem, desde 1997, efetuando várias mudanças na organização do Sistema Municipal de Saúde, tendo se tornado referência nacional nesta área. Desenvolveu-se no sentido da inversão de um modelo de atenção à saúde concentrado em serviços hospitalares e na demanda espontânea, para um modelo que adota a ESF e a promoção da saúde como eixos centrais de atuação, tendo a APS como prioridade na sua organização (ANDRADE *et al.*, 2004). A ESF, portanto, tem sido o eixo organizador e direcionador das mudanças no modelo de gestão e atenção em saúde, ganhando importância e responsabilidade de efetivar o SUS no Município.

O Sistema Municipal de Saúde de Sobral conta com 48 equipes ESF, 38 equipes de Saúde Bucal, 06 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 150 Agentes de

² É importante destacar que, geralmente, aglutinam-se mais de uma “equipe mínima” nos Centros de Saúde da Família para cobertura da totalidade da população de uma comunidade (território de saúde).

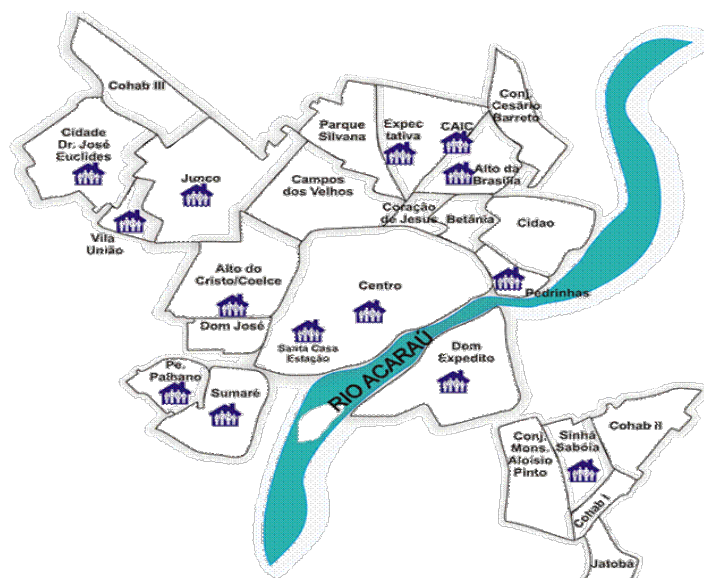
Endemias, 378 Agentes Comunitários de Saúde. Utilizando um parâmetro de cobertura recomendado pelo Ministério da Saúde de 1 equipe para cada 3.450 habitantes, o município apresenta uma cobertura pela ESF atual de 94% (SOBRAL b, 2008). Abaixo podemos ver a evolução da cobertura pela ESF em Sobral:

Gráfico 1: Cobertura da população por equipes da Estratégia Saúde da Família. Sobral, 1996 a 2007

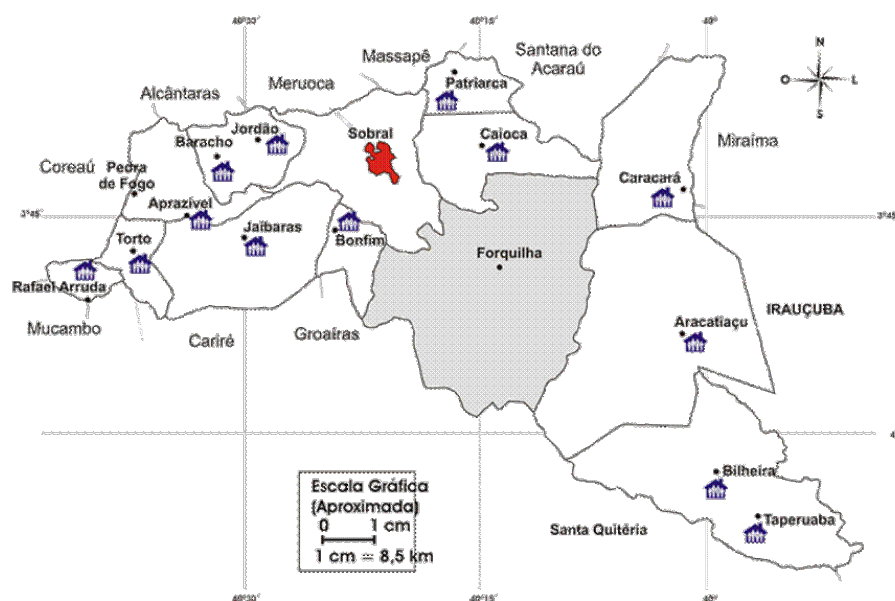


O Sistema de Atenção à Saúde do município é composto por 27 Centros de Saúde da Família, um CAPS Geral, um CAPS-AD, uma Residência Terapêutica (saúde mental), uma Unidade Mista de Saúde, um Centro de Especialidades Médicas, Centro de Especialidades Odontológicas, o Projeto TREVO de Quatro Folhas (atenção especializada a gestantes em situação de risco), Serviço de Urgências Odontológicas, Serviço de Referência em Infectologia, Centro de Orientação e Apoio Sorológico, Laboratório Regional, Centro de Saúde Auditiva, Ambulatório de Hanseníase e Tuberculos, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, e outros serviços conveniados (SOBRAL b, 2008). Abaixo, a distribuição dos CSF na sede e nos distritos de Sobral:

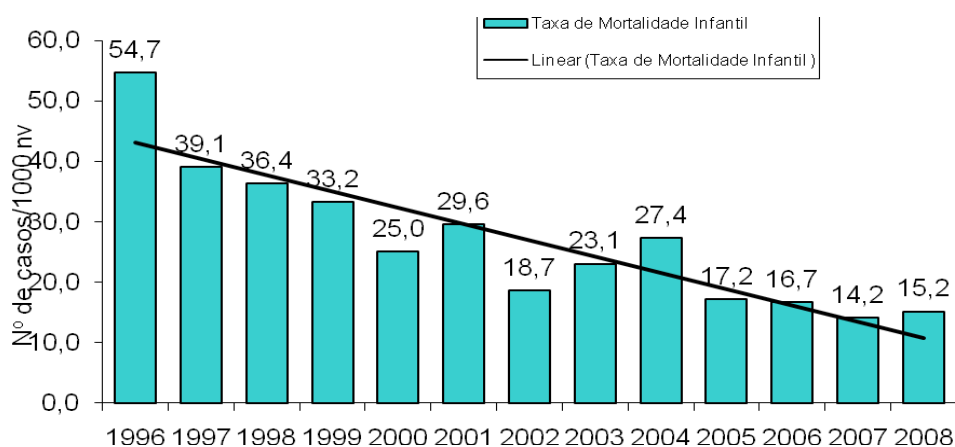
Mapa 1: Distribuição geográfica dos CSF nos Bairros de Sobral-CE em 2006



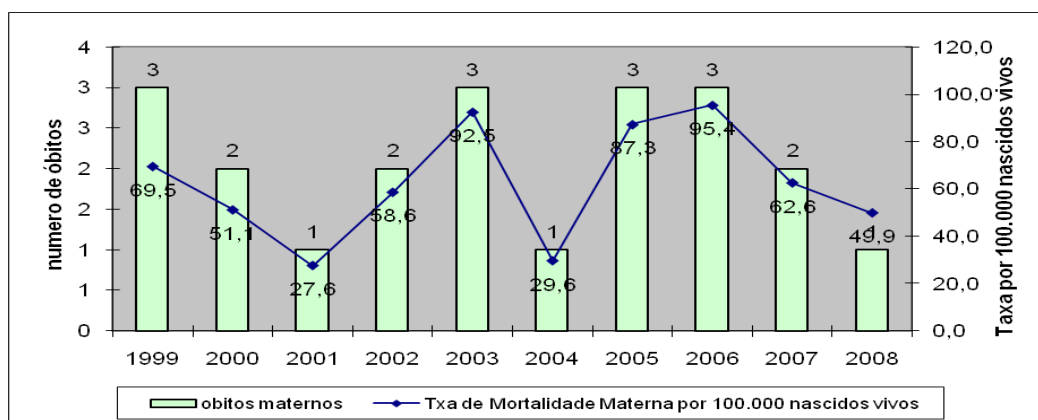
Mapa 2: Distribuição geográfica dos CSF nos Distritos de Sobral-CE em 2006



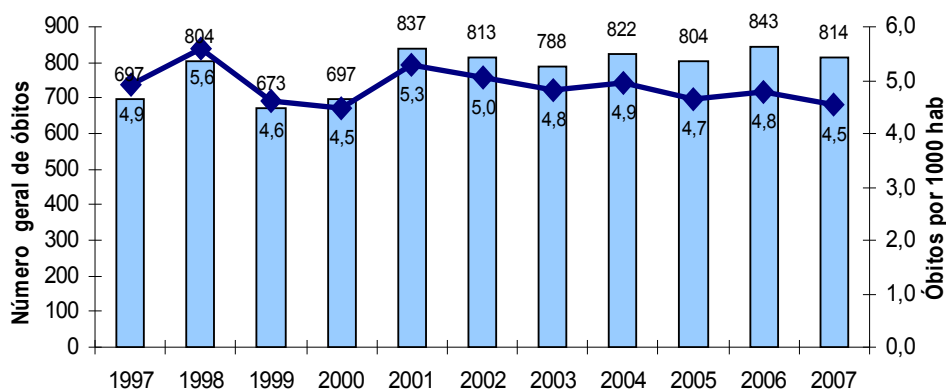
A evolução da ESF no município se deu acompanhada pela re-estruturação do Sistema Municipal de Saúde e por uma verdadeira melhora na acessibilidade aos serviços de saúde. No entanto, temos dados contraditórios em relação, por exemplo, aos indicadores de mortalidade. Vejamos os gráficos abaixo:

Gráfico 2: Taxa de Mortalidade Infantil, Sobral - CE. 1996 a 2008(*)

*acumulada 2008 (óbitos de AGOSTO/07 a OUTUBRO/08) : 15,2/1000nv

Gráfico 3: Número de óbitos e taxa de mortalidade materna. Sobral, 1999 a 2008*

*Dados até 31 de OUTUBRO de 2008

Gráfico 4: Número de óbitos geral e taxa da mortalidade (por 1000 hab). Sobral, 1997 a 2007*

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social de Sobral

Os gráficos acima mostram a melhora significativa quanto aos índices de mortalidade infantil, mas uma permanência de índices semelhantes de mortalidade materna e da mortalidade geral. Não abordaremos os índices de morbidade, pois analisá-los não é o foco desta pesquisa. Os gráficos acima são colocados para revelar uma relação entre a evolução da cobertura da ESF no município e a diminuição da mortalidade infantil, bem como uma necessidade de investigação maior na relação de influência sobre a mortalidade geral e materna. A evolução da ESF no município expressa também grande melhora na estruturação do Sistema Municipal de Saúde, com sua complexificação e ampliação da oferta de serviços, refletindo-se numa melhora nos indicadores de acessibilidade da população sobralense aos serviços de saúde.

Mais adiante abordaremos aspectos referentes ao bairro Terrenos Novos, cenário desse estudo, onde tocaremos em aspectos do desenvolvimento da ESF no local.

CAPÍTULO 1 – ELEMENTOS DO MARCO TEÓRICO

Nesse capítulo, abordaremos os elementos teóricos chave para o desenvolvimento desse estudo. Delimito aqui o modelo teórico adotado, bem como conceitos fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa.

1.1) A Psicologia Comunitária: um lugar de onde parto

O marco teórico de referência desta pesquisa foi concebido a partir da articulação teórica de elementos diversos, miscíveis de forma coerente. Portanto, destaco que tal marco se constitui a partir de elementos de diferentes campos de atuação e produção de conhecimento. Tal marco se constitui fundamentalmente pela Psicologia Comunitária, como área da Psicologia Social da Libertação, e integra, também, elementos da Psicologia Social da Saúde, da Saúde Comunitária e da Saúde Pública para focar-se no processo saúde-doença-cuidado.

Parto da compreensão de que elementos teóricos da Psicologia Comunitária, da Psicologia Social da Saúde e Saúde Comunitária são fundamentais para a compreensão dos fenômenos a serem estudados aqui. Desse modo, essas abordagens teóricas constroem os pilares que darão base para o desenvolvimento deste estudo sócio-psicológico sobre a relação entre participação comunitária e ESF. O marco teórico adotado constituiu-se de elementos de campos do conhecimento específicos: a Psicologia e a Saúde. No entanto, o enfoque principal dado aqui é a Psicologia Comunitária, que consiste no ponto de partida e sustentáculo teórico da pesquisa. A partir, principalmente da Psicologia Comunitária, me apoiei para analisar e explicar os dados e sistematizações feitas. No entanto, é importante destacar a importância dessas outras abordagens teóricas para o fenômeno estudado.

Primeiramente, a Psicologia Social da Saúde é um alicerce na busca de uma compreensão psicossocial do processo saúde-doença-cuidado. Este marco teórico nasceu sintonizado com a mudança do modelo médico hegemônico no setor saúde e “configura-se como um campo de conhecimento e prática que trata das questões psicológicas com enfoque mais social, coletivo e comunitário voltado para a saúde” (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p.28).

A Psicologia Social da Saúde aparece como um campo de conhecimentos e práticas *psis*, que se desenvolveu no processo histórico de inserção no setor saúde e trata de questões psicológicas com enfoque mais social e comunitário.

Segundo Jesus Marin (*apud* CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005), esse campo de conhecimentos nasce da interlocução entre a Psicologia Social com o setor saúde, preocupando-se destacadamente com a *interação* como fenômeno fundamental do processo

saúde-doença. Busca a compreensão integral da saúde, não somente da chamada “saúde mental”. Aqui, a compreensão da integralidade e complexidade do ser humano são elementos essenciais para a atuação profissional e científica da Psicologia.

Mary Jane Spink (*apud* CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005) destaca a Psicologia Social da Saúde como campo ampliado de atuação do psicólogo nas instituições de saúde. Para esta autora, esse campo ampliado caracteriza-se por duas questões fundamentais: a contextualização histórica e social das intervenções nessas instituições; e saber lidar com a alteridade. Destaca-se, nessa concepção, a perspectiva coletiva, o compromisso com os direitos sociais e com a construção da cidadania.

Spink (2003) ressalta a importância desse campo na busca de uma compreensão psicossocial do processo saúde-doença-cuidado, tendo por objetivo, não formular leis causais, mas entendê-lo como historicamente construído e como indicador de uma ideologia vigente sobre o adoecer, sobre os doentes e sobre o saudável.

Como vimos, a ESF configura-se como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil e efetivação do SUS. Aqui cabe destacar que os pressupostos da Psicologia Social da Saúde estão sintonizados com os princípios da ESF, pois estes:

privilegiam o processo de produção de conhecimento e a construção das intervenções a partir das práticas sociais, dos processos interativos e da cultura. A proposta, portanto, é a de que qualquer entendimento do processo saúde-doença-cuidado possa ser analisado e referido a partir de seu contexto, ou seja, a partir da compreensão de uma pessoa, pertencente à determinada família, inserida numa comunidade específica, e assim por diante [...] Assim, a Psicologia Social da Saúde viria ao encontro desse desafio da ESF em construir um modelo de atenção de interlocuções entre equipe de saúde e comunidade (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p.30).

Camargo-Borges e Cardoso problematizam a necessidade de renovação das práticas e da produção de conhecimento na interface entre a Psicologia e a ESF. As autoras enfatizam a importância da Psicologia Social da Saúde, destacando que esta:

traz conceitos potentes e propostas de ação que muito se aproximam dos pressupostos de trabalho da ESF. Vemos que os dois discursos se organizam em torno de eixos que apostam na construção do fazer conjunto, coletivo e valorizam a localidade e as interações dela decorrentes [...] A Psicologia Social da Saúde se interessa pela criação de práticas conversacionais que possam construir caminhos possíveis para que as pessoas sigam juntas mesmo na diversidade, ou seja, com vínculos entre elas (2005, p. 29-30).

Para o desenvolvimento do presente estudo, a perspectiva da Psicologia Social da Saúde possibilitou o desenvolvimento de várias análises. Quanto à Psicologia Comunitária, esta é concebida como área da Psicologia Social da Libertação (GÓIS, 2005) e se construiu e desenvolve a partir de eixos teórico-metodológicos da Psicologia Histórico-Cultural, Teoria Rogeriana, Biodança e Educação Biocêntrica e Pedagogia da Libertação. Nesta pesquisa, a

Psicologia Comunitária fora utilizada como referencial teórico de base, ancorando-se em elementos desses eixos e caracterizada, fundamentalmente, como Psicologia Social da Libertação, seus elementos teórico-conceituais de base, seu paradigma ético-filosófico e científico, sua perspectiva epistemológica e ideologia política. Caracterizada assim, a Psicologia Comunitária situa-se dentro de um movimento de transformação histórica da Psicologia Social na América Latina. Vejamos um pouco dessa história.

A Psicologia Comunitária que nasce na América Latina tem origens diferenciadas da que nasce nos EUA e Europa. Nesses continentes, reservadas as peculiaridades regionais, ela nasce fundamentalmente dos movimentos comunitários e profissionais de Saúde Mental Comunitária, em meados da década de 1960, insatisfeitos com o modelo biomédico de compreensão e atuação no campo da saúde mental. Na América Latina, a Psicologia Comunitária é resultante de um movimento de crise e transformação da Psicologia Social que até então se desenvolvia em meados da década de 70 e 80, profundamente influenciado pelos movimentos populares e pelos problemas sociais vividos no continente (MONTERO, 2002; GÓIS, 2005).

A crise da Psicologia Social na América Latina se desenvolve a partir do questionamento sobre a repercussão e impacto dos trabalhos e produção científica da Psicologia no nosso contexto. Focados nesse questionamento e levando essa permanente inquietação de refletir sobre um novo “fazer científico”, veio se construindo, principalmente nas últimas três décadas, um novo paradigma em Psicologia Social, compartilhado por várias escolas situadas na América Latina.

Para compreendermos bem o que está sendo chamando de paradigma, podemos nos basear em Maritza Montero (1994, P.30):

Entenderemos entonces como paradigma [...] un modelo constituido por un conjunto sistemático de ideas que presenta relaciones e interpretaciones acerca de la actividad humana, de sus productores, de su génesis, de sus efectos sobre los seres humanos y sobre la sociedad, señalando modos preferentes de hacer para conocerlos.

O paradigma aqui, portanto, refere-se a concepções filosóficas e epistemológicas sobre a atividade humana, que formam um todo consentido no meio científico, e fundamental à construção da práxis científica e profissional. O paradigma emergente da crise da Psicologia Social na América Latina caracteriza-se por: ênfase no caráter histórico da Psicologia; ter a realidade social como orientadora fundamental dos estudos psicológicos; combate ao objetivismo (pautado nas ciências naturais); reconhecimento do caráter ativo dos seres humanos como produtores da história; necessidade de incluir no estudo psicológico o ponto de vista dos oprimidos, considerados sujeitos epistêmicos; consideração de que o conflito é

parte da ação humana; reconhecimento da importância da ideologia como fenômeno psicológico; incorporação de uma concepção dinâmica e dialética dos seres humanos; fomento à autonomia e emancipação social; inclusão de estudos sobre a relação entre indivíduos e vida cotidiana, a construção diária dos sentidos dados ao mundo e à vida; compreensão do caráter enganoso da percepção (que é mediada e mantida pela linguagem); e rechaço à noção de progresso científico (MONTERO, 1994).

Compreendo a Psicologia Comunitária sintonizada com esse paradigma e oriunda desse movimento de crise da Psicologia Social na América Latina. Aquela também se assenta na perspectiva de uma Psicologia materialista histórico-dialética, que propõe a superação da dicotomia existente, nas abordagens psicológicas, entre as influências da maturação biológica e do meio ambiente nos fenômenos psicológicos, a partir da perspectiva interacionista-dialética que integra elementos de maturação e da influência do meio ambiente na compreensão genética dos fenômenos psicológicos.

Baseando-me na experiência cearense (GÓIS, 2003, 2005) posso afirmar que, como fruto dos movimentos de mudança de paradigma científico-profissional e pela forte demanda de mudança social advinda da realidade concreta da população, começa a se desenvolver uma Psicologia Comunitária como práxis de libertação. Por conseguinte, no Ceará, esta passa a ser concebida, após seu desenvolvimento e história de mais de 25 anos, uma área da Psicologia Social da Libertação (GÓIS, 2005). A influência da Psicologia Social da Libertação se dá desde o surgimento e criação da Psicologia Comunitária, sendo lhe eixo teórico-metodológico. Atualmente tal influência se evidencia com mais nitidez.

A Psicologia Social da Libertação é oriunda do mesmo movimento de crise supracitado e caracteriza-se como uma Psicologia Social crítica (IBÁÑEZ, 2005), influenciada pelo materialismo histórico e interacionismo dialético. Tal Psicologia tem Ignacio Martín-Baró como autor de destaque em sua criação e desenvolvimento. Comprometido ética e politicamente com as maiorias populares da América Latina, Martín-Baró foi teólogo, jesuíta e psicólogo social autor de várias obras nesta área. Sua produção traz a marca da luta pela transformação das condições de vida desumanizadoras geradas no processo histórico-social das sociedades latino-americanas. Sua vida é um exemplo claro de compromisso com os povos oprimidos e uma bela mensagem de libertação.

A Psicologia Social da Libertação, portanto, posiciona-se na busca por dar resposta aos graves problemas de injustiça estrutural e desigualdades sociais, situando seu *quefazer* a partir das circunstâncias concretas dos latino-americanos (MARTÍN-BARÓ, 1996). O que se

busca é a construção de uma Psicologia capaz de ajudar o povo a compreender sua realidade e libertar-se dos condicionamentos que sua estrutura social lhes impõe (IBAÑEZ, 2005).

Para Martín-Baró (1998), a orientação para o trabalho de uma Psicologia Social da Libertação latino-americana é o re-planejamento de sua bagagem teórica e o fortalecimento das instâncias populares. Suas tarefas urgentes são: a recuperação da memória histórica dos povos/coletividades/comunidades; a potencialização das virtudes populares; o estudo sistemático das formas de consciência popular; a *desideologização* da experiência cotidiana; e a análise das organizações populares como instrumento de libertação histórica.

Falar da importância da Psicologia Social da Libertação, portanto, é tocar na necessidade de desenvolver uma práxis transformadora da sociedade, capaz de lutar contra as relações de opressão, de servilismo e violência. É buscar desenvolver trabalhos capazes de contribuir para promover relações de cooperação e solidariedade e para a construção de sujeitos críticos, que gerem transformações sociais de superação das condições de miséria econômica e opressão política imperantes na América Latina.

A busca da construção desse novo paradigma para a Psicologia Social se nutre do que Martín-Baró (1998, 1985) propõe como *realismo crítico*. Esse realismo consiste em uma postura ao mesmo tempo metodológica, epistemológica e política, originada de uma forte crítica ao que ele chama de *idealismo metodológico* imperante nos paradigmas dominantes da ciência psicológica. O autor parte de um rechaço da falsa neutralidade da ciência psicológica, pois considera que valores sempre estarão por trás do desenvolvimento das disciplinas científicas (MARTÍN-BARÓ, 1998).

Para Martín-Baró, a Psicologia Social hegemônica cumpre serviço a uma ideologia dominante dos países ocidentais onde, marcada pelas análises “psicologistas”, os problemas sociais são freqüentemente referidos em termos de variáveis psicológicas centradas na pessoa, ocorrendo transformação do objeto de estudo, abstração dos processos históricos e centralização nas causas pessoais (IBAÑEZ, 2005). Segundo o mesmo:

Los problemas sociales se convierten así en problemas de personas, y los problemas políticos en problemas de caracteres o personalidades. Se incurre en el personalismo a todos los niveles, tanto para el éxito como, sobre todo, para el fracaso[...] De este modo las soluciones sociales y políticas recomendadas por este tipo de análisis tienden siempre a asumir como intocable el sistema social establecido y a estimular a los individuos a plegarse a sus exigencias (Martín-Baró, p.24, 1985).

A Psicologia Social dominante, segundo o autor, tem uma vinculação ideológica com os centros de poder, que vêm determinar os assuntos a serem investigados em função de seus interesses. Tais assuntos ou temas, geralmente, não estão em sintonia com os interesses da

maioria da sociedade e sim das minorias mais favorecidas (IBAÑEZ, 2005). O *idealismo metodológico*, aqui, aparece como a tendência da ciência social tornar-se serva de valores que ela mesma não tenha elegido. Outra característica do *idealismo metodológico* é a atitude que leva o cientista a dar prioridade à teoria frente à realidade social, na hora de definir os problemas a serem estudados. Agindo assim “el científico social pierde toda visión crítica respecto a la teoría elegida: el problema real al que se acercó queda reducido a los términos en los que la misma teoría lo explica” (IBAÑEZ, 2005, p.452). Dessa forma, se cai no erro de delimitar a realidade pelo já conhecido e confundir o factual com o possível. Ideologicamente, esse modelo metodológico parte de uma concepção fatalista e a-histórica da ação humana, que fundamenta como unicamente possível a submissão e adaptação ao sistema social e político hegemônico.

Em contrapartida, se o cientista adota e assume um compromisso claro com alguns valores no processo de eleição e desenvolvimento de determinada perspectiva teórica, tornam-se mais explícitas as limitações e potencialidades de seu enfoque. Tal atitude alternativa chama-se *realismo crítico* e aparece expressa na frase abaixo:

El problema, en mi opinión, es más de orden epistemológico que conceptual, más metodológico que teórico. Lo que faltan no son tanto los conceptos en sí de la Psicología cuanto el momento dialéctico de su vinculación; lo que termina por distorsionar la visión de la realidad no es tanto la teoría que se aplica cuanto el objeto al que se pretende aplicarla [...] A los psicólogos latinoamericanos nos hace falta un buen baño de realidad, pero de esa misma realidad que agobia y angustia a las mayorías populares. Por eso, a los estudiantes que me piden una bibliografía cada vez que tienen que analizar un problema les recomiendo primero se dejen impactar por el problema mismo, que se embeban en la angustiosa realidad cotidiana que viven las mayorías salvadoreñas y solo después se pregunten acerca de los conceptos, teorías y instrumentos de análisis (MARTÍN-BARÓ, p.314, 1998).

Ao contrapor *realismo crítico* ao *idealismo metodológico*, opera-se a inversão marxiana do processo de construção do conhecimento, onde não são os conceitos que convocam a realidade, mas a realidade é que busca os conceitos; não são as teorias que definem a realidade social, mas essa realidade é que exige teorização e produção de conhecimento (MARTÍN-BARÓ, 1998). É necessário, dentro dessa perspectiva, um posicionamento ético-político claro, a assunção de um compromisso com uma ética da libertação dentro da práxis científica.

Para Martín-Baró, temos que combater práticas alienadas e descontextualizadas, construídas a partir de aportes teórico-metodológicos importados acriticamente de realidades diferentes, baseadas em sujeitos que se tornam abstratos para a nossa realidade. Devemos sim,

construir um modelo de interpretar e atuar sintonizado com o movimento de construção histórico-cultural dos povos latino-americanos.

A Psicologia Comunitária que aqui na América Latina nasce e se desenvolve é partícipe, portanto, da construção dialética dessa perspectiva metodológica e epistemológica das ciências sociais e humanas, que questiona as concepções de homem e de mundo vigentes e preocupa-se com a construção de métodos que impulsionem um fazer científico de relevância social genuína para as maiorias populares.

Seguindo essa perspectiva política e epistemológica, o termo “libertação” ganha destaque. A libertação constitui-se como um processo histórico e coletivo necessário, dentro da realidade latino-americana, que nasce da autonomização dos sujeitos, do resgate e potencialização das virtudes populares, bem como do processo de facilitação da conscientização individual e grupal advindo da organização e fortalecimento dos grupos (MARTÍN-BARÓ, 1998). Um processo destacadamente coletivo, mas que inclui as pessoas de forma solidária, através da participação popular ativa na busca por levar a vida com mais autonomia e saúde. Nesse processo de libertação, há a transformação dialética das condições sociais de exploração, miséria econômica e opressão política nas quais estão inseridas as maiorias populares latino-americanas. A libertação, portanto, visa a construção de um novo mundo possível e necessário, uma sociedade onde a participação ativa construa novos sujeitos, novas relações do homem com o homem e do homem com a Natureza. No horizonte da libertação está a justiça social, o respeito e o compromisso com a vida. Uma práxis de libertação:

implica a existência de um indivíduo negado e de um povo também negado, coisificado, no cativeiro. Um indivíduo e um povo que na condição de dominados descobrem o sentido de “ser mais”, de ser livre, de ser ético. Partem indivíduo e povo da condição de oprimido e explorado para a libertação, um processo que se realiza com outros para si e para os outros indivíduos e povos. Portanto, não há libertação se esta produz novos cativos. O ser livre significa sermos todos livres, sermos povos livres. Significa também construir uma sociedade de homens e de mulheres livres, de cidadãos. Libertação e cidadania constituem, portanto, a negação da negação do indivíduo ou povo de serem mais (GÓIS, 2008, p.45-46).

No caso desta pesquisa, há a necessidade de se fortalecer cada vez mais a participação comunitária em saúde, na busca de fortalecer o SUS como instrumento de transformação social democrática. Para tanto, “un buen baño de realidad” é preciso, um verdadeiro mergulho nas águas da realidade da ESF, da realidade da comunidade do bairro Terrenos Novos em Sobral. Voltando a nos nutrir das idéias de Góis, pensemos numa ciência situada em nossa realidade: “toda ciência social e humana, aqui incluída as ciências da saúde, ao mergulhar no drama dos povos colonizados e explorados, se refaz como ciência

libertadora. Nessa perspectiva é que entendemos as ciências da saúde na América Latina (Ameríndia)” (GÓIS, 2008, p.24).

Partindo dessas idéias, compreendo que a Psicologia não pode ficar à mercê do contexto de mudanças que vêm ocorrendo no setor saúde. Vejo que ela tem responsabilidades e compromisso com o melhoramento da saúde de nosso povo, já que deve se constituir como ciência implicada na produção de conhecimentos e transformação da sociedade em que vivemos. Concordo com Martín-Baró (1998), quando diz que a Psicologia deve se constituir como uma ciência necessariamente situada na realidade histórica e comprometida com as maiorias populares.

Colocada diante do desafio de lidar com um contexto social marcado pela miséria econômica e a opressão política, que assola a maioria de nosso povo, a Psicologia Social da Libertação(e a Psicologia Comunitária), no campo saúde, se propõe a trabalhar com os determinantes ideológicos fundamentais da sociedade no que tange ao fazer em saúde, contribuindo com uma práxis científica e profissional que busca a *desideologização*, uma desnaturalização do processo de produção social da saúde, da doença e do cuidado. Aqui, o objetivo é contribuir para a construção de uma práxis sanitária de libertação (seja na ESF, seja em outras áreas da saúde), que vise a implementação de novas práticas de saúde capazes de fortalecer a participação comunitária e orientar-se por esta.

Para lograr a concretização dos objetivos, seguirei esse modelo de Psicologia Comunitária, que introduz essa nova perspectiva já discutida acima e que se reflete numa crítica propositiva frente a um modelo de Psicologia positivista, individualista, imobilista e a-histórica. Contra as análises reducionistas, apresenta-se a perspectiva dialética, onde a estrutura psicológica é concebida como apresentando uma íntima relação dialética com a estrutura histórico-cultural. Contra o modelo de explicação da conduta, a adoção da compreensão da ação, onde a ação humana é concebida como conduta dotada de significado e sentido, destacando-se o caráter propositivo da ação humana, intencional e motivada, que se liga a estruturas sociais de significado. Aqui o significado é concebido como ideologicamente condicionado, onde a legitimação de uma ordem social se dá também pelas estruturas de significados compartilhadas socialmente (IBAÑEZ, 2005).

Seguindo na caracterização do marco teórico desta pesquisa, destaco a importância das discussões atuais desenvolvidas no campo da Saúde Comunitária, principalmente as desenvolvidas por Cezar Wagner L. Góis (2008), que defende o desenvolvimento de uma práxis de vida, libertação e cidadania no campo da saúde. O autor desenvolve essa perspectiva de atuação em saúde fortemente influenciado por sua trajetória de construção da Psicologia

Comunitária no Ceará, bem como por seu importante trabalho de desenvolvimento da Biodança e criação da Educação Biocêntrica. Góis traz para o debate a perspectiva sócio-psicológica e biocêntrica na construção de uma práxis sanitária, onde as palavras “vida”, “libertação” e “cidadania” ganham muito destaque nas idéias do autor: “isto por entendermos a saúde como tema de ecologia, democracia e justiça social, uma questão a ser encarada no interior da luta contra as desigualdades sociais, a destruição da Natureza em nosso país e em favor da equidade social e da ecologia”. (GÓIS, 2008). Esta pesquisa vem contar com a participação destacada das idéias trazidas por Góis, tanto no campo da Saúde Comunitária como da Psicologia Comunitária, facilitando assim o desafio de articular um estudo dentro da interface Psicologia e Saúde. Permanentemente estaremos dialogando com o autor na discussão dos modos de participação comunitária e no pensar sobre a atenção primária em saúde no SUS. Desta forma, a Saúde Comunitária vem aqui a constituir-se como um forte pilar do marco teórico que subsidiará as análises realizadas.

Prosseguindo na delimitação do marco teórico que alicerça este estudo psicológico, volto a destacar a importância da Psicologia Comunitária. Esta estuda os significados, sentidos, sentimentos individuais e coletivos do modo de vida da comunidade (GÓIS, 2005). Orienta-se para a mudança social e para a construção de sujeitos críticos e afetivos, problematizadores e transformadores da realidade, utilizando-se de métodos de inserção e atuação comunitária (GÓIS, 2005; MONTERO, 2004).

E o termo comunitário aqui “incluye el rol activo de la comunidad, su participación. Y no solo como invitada, o como espectadora aceptada o receptora de beneficios, sino como agente activo com voz, voto y veto” (MONTERO, 2004, p.67). Uma Psicologia que concebe a comunidade “como ente dinâmico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad em que viven” (MONTERO, 2004, P.72). Ela se ocupa

de fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen [...] tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario a partir de una doble motivación: comunitaria y científica (MONTERO, 2004, p.73).

Segundo Góis, a Psicologia Comunitária está direcionada para:

a compreensão da atividade comunitária como atividade social significativa (consciente), própria do modo de vida (objetivo e subjetivo) da comunidade e que abarca seu sistema de significados e relações, modo de apropriação do espaço da comunidade, a identidade pessoal e social, a consciência, o sentido de comunidade e os valores e sentimentos aí implicados. Tem por objetivo a construção do sujeito da comunidade, mediante o aprofundamento da consciência (reflexivo-afetiva) dos moradores com relação ao seu modo de vida e ao modo de vida da comunidade. Através de um esforço interdisciplinar voltado para a organização e desenvolvimento dos grupos e da própria comunidade (2005, p.51).

Situada no campo saúde, a Psicologia Comunitária vem contribuir para ampliar o olhar e atuação sobre o processo saúde-doença-cuidado, trazendo elementos subjetivos e sócio-psicológicos próprios do modo de vida comunitário. Tais elementos nos ajudam a compreender o processo dialético de inserção do morador na sociedade e comunidade onde mora, bem como o de construção da identidade do morador e de sua saúde, através da sua ação na realidade. Esses elementos subjetivos e sócio-psicológicos estão presentes em todos os processos de adoecimento, de produção social da saúde, nas relações de submissão e opressão política, bem como nos processos de crescimento pessoal e desenvolvimento humano geradas na produção do cuidado em saúde. Nas palavras de Cezar Góis:

A Psicologia Comunitária é uma disciplina que se orienta por uma práxis libertadora, a partir das próprias condições (atuais e potenciais) de desenvolvimento da comunidade e de seus moradores. O fundamental é a compreensão do modo de vida da comunidade e a realização de seus potenciais de desenvolvimento pessoal e social. Conceber a Psicologia Comunitária nessa perspectiva permite-nos tratar mais integralmente a relação entre práticas comunitárias e Psicologia, entre práticas comunitárias e saúde (GÓIS, 2008, p.82).

No trabalho na ESF, a Psicologia Comunitária vem reforçar a importância da participação comunitária, onde os moradores-usuários posicionam-se ativamente no processo de construção do lugar/comunidade e de si-mesmos – são politicamente ativos, questionadores e propositivos, não apenas passivos frente ao cuidado de sua saúde e de seu entorno. Dentro dessa perspectiva, a relação entre desenvolvimento comunitário e saúde é muito forte, o trato com o movimento de transformação das condições comunitárias de saúde é eixo estratégico de atuação e deve se refletir diretamente na construção dos sujeitos partícipes na forma de crescimento pessoal, conscientização e desabrochar de potencialidades humanas e ambientais.

Entendo, portanto, que a Psicologia Comunitária contribui para enriquecer as práticas sanitárias com o diálogo problematizador sobre a realidade vivida, vivente e compartilhada – na busca de fortalecer o envolvimento participativo-democrático de todos os atores (e aí se inclui também o profissional de saúde) potencializando o elemento pedagógico-crítico no cuidado à saúde. Vem desenvolver um olhar ampliado para a saúde como conceito positivo, como olhar para as potencialidades, para o desenvolvimento humano e social-comunitário. Isso nos ajuda a elaborar e executar modelos de atuação voltados para a potencialidade dos sujeitos comunitários de se desenvolverem, de se fortalecerem no enfrentamento dos dramas cotidianos coletivos e pessoais.

Portanto a Psicologia Comunitária, entendida e trabalhada como área da Psicologia Social da Libertação, vem a constituir-se como eixo central do marco teórico deste estudo.

Elementos da Psicologia Social da Saúde, da Saúde Comunitária e Saúde Pública vêm a fortalecer permanentemente as análises, interpretações e sistematizações a serem realizadas nesta pesquisa, mas sempre partirei de “um olhar” epistemologicamente situado na Psicologia Comunitária. Compreendo que este marco, assim definido, vem a proporcionar uma original e ampla compreensão dos aspectos subjetivos e sócio-psicológicos que envolvem os fenômenos estudados. Os capítulos que seguem, partem desse marco teórico e expressam o diálogo conceitual que desenvolvo nesta pesquisa e que subsidiaram o desenvolvimento do estudo empírico.

1.2) Concepções teóricas e a diversidade de entendimentos sobre Participação Comunitária

Para abordar o tema da participação, começo por enfatizar possíveis desvios ideológicos do termo encontrados em algumas políticas de saúde, passando depois a dialogar com concepções importantes para a delimitação mais clara do conceito adotado neste estudo.

Benno de Keijzer (2005) é um pesquisador que traz importantes contribuições para nossa discussão sobre a participação. Este nos alerta sobre a existência, no contexto latino-americano, de uma contraditória “evangelização sanitária”, constituída nas práticas de educação e participação na saúde, as quais se disseminam contaminadas por elementos ideológicos de subordinação das classes populares. Para o autor, existem falhas nas práticas de educação e participação no tocante à contextualização das ações na realidade dos setores populares. Essas falhas se dão, principalmente, por uma visão limitada dos profissionais de saúde, tanto da realidade sócio-cultural da população, como das formas como os setores populares se posicionam frente ao processo saúde-doença-cuidado.

Antonio Ugalde (2006) vem também destacar as dimensões ideológicas da participação comunitária nos programas de saúde na América Latina. Segundo seu estudo, a participação comunitária em saúde é um termo que vem sendo incorporado nos programas de saúde internacionais. Esses programas apresentam contradições entre o discurso oficial de regimento e estruturação das políticas e as práticas concretas destas. Tais práticas são perpassadas por um ideário que valoriza e destaca a importância da participação e organização comunitária, mas se guiam por uma proposta de “modernização dos valores locais” numa “manipulação de culturas e valores”. Pautando-se em experiências do campo do desenvolvimento agrário e urbano em diversos países latino-americanos e fazendo paralelo com as políticas de saúde, o autor destaca o sentido ideológico da participação comunitária incentivada pelas políticas sociais patrocinadas por agências internacionais de

desenvolvimento como Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e outras. Essas instituições vêm influenciar a formatação de modelos de desenvolvimento adotados em nossos países que, no entanto, não têm logrado as melhorias sociais que discursivamente se propõem. Nessas políticas, a participação comunitária tem se configurado, mais do que qualquer coisa, como veículo de introdução de valores “modernos” de consumo e proletarianização dos camponeses, como forma de estruturar programas de auto-ajuda, que desresponsabilizam o Estado frente aos problemas sociais e reduzem os custos, facilitando o direcionamento de verbas para ações estratégicas para o capital. Tal participação também aparece como via de dominação social e desmobilização social através de cooptação de lideranças. O próprio autor faz uma síntese de seus estudos:

En resumen, la experiencia en Latinoamerica, con excepción quizás de Cuba y Nicaragua, es que la participación comunitaria ha fracasado en mejorar la calidad de vida de las mayorías. Por el contrario, la evidencia sugiere que la participación de la comunidad produjo explotación adicional de los pobres por extracción de trabajo no remunerado, contribuyó a su empobrecimiento cultural y a la violencia política, por la expulsión y supresión de líderes y la destrucción de las organizaciones populares (UGALDE, 2006, p. 25).

Essas experiências relatadas e analisadas por Ugalde trazem várias inquietações que motivaram a realização da presente pesquisa. Alguns questionamentos surgiram: qual a participação comunitária que o SUS tem fomentado? Será que essa participação comunitária tem seguido a mesma linha das experiências latinoamericanas trazidas por Ugalde? Qual participação comunitária o SUS precisa para efetivar-se como instrumento de efetiva democratização no Brasil? Será que os espaços de participação existentes proporcionam uma abertura e formação democrática?

Ugalde (2006) analisa a experiência do Panamá, em 1969, de implantação de um programa nacional de participação comunitária em saúde, com a formação ao largo de 5 anos de 400 comitês de saúde. Tais comitês contribuíram para o aumento da demanda por serviços e reivindicações de melhorias pela população, o que gerou inquietações e insatisfações dos gestores e progressiva desresponsabilização estatal frente aos serviços de saúde, já que não “conseguiram” dar respostas satisfatórias às reivindicações populares. O resultado foi a progressiva diminuição da participação nos comitês e uma conseqüente descrença da população nos programas de participação comunitária.

Ugalde (Idem) também traz os exemplos colombiano e guatemalteco, onde os programas de participação comunitária em saúde começaram a fomentar a consciência política e, como conseqüência, ações repressivas e violentas do Estado passaram a barrar tais

programas. Para o mesmo autor, “la participación comunitaria en Latinoamerica ha sido, en mayoría de los casos, simbólica” (UGALDE, 2006, p.38). Para Ugalde, tal divergência entre discurso e prática nas políticas sociais e de saúde se dá pela permanência de estruturas sociais opressoras nos países latino-americanos, que impõem sérias limitações aos processos societários de abertura democrática.

A delimitação do termo participação comunitária requer sempre uma clareza e precisão que possa tornar clara a influência ideológica que perpassa o constructo teórico. Se tomarmos como exemplo o conceito construído na Conferência de Alma-Ata, momento histórico que consagrou a necessidade de participação comunitária em saúde (UGALDE, 2006b), podemos entendê-lo a partir de diferentes perspectivas ideológicas. Vejamos como ela é descrita:

El proceso en del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes[...] El sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos(OPS, 1984, p.xii apud UGALDE, 2006b, p.146).

Como o termo está colocado, na conceituação de Alma Ata, há margem para uma interpretação conservadora e neoliberal, pautada em algumas perspectivas limitadas de promoção da saúde (CARVALHO S., 2005), onde o auto-cuidado individual, familiar e comunitário é argumento para a redução do papel do Estado como responsável pela saúde do povo. Porém também abre margem para uma interpretação mais revolucionante, que tenta desmistificar o papel da medicina no setor, desmedicalizar a atenção e não diminuir a responsabilidade do Estado, mas modificá-la com papéis diferentes.

Para Vitor Valla (1998), a participação popular é uma questão de perspectiva que apresenta múltiplas concepções e entendimentos. O autor vem a definir o termo como: “De forma geral, participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc.)” (1998, p.9). Apesar de concordar que a participação popular deva influenciar de forma decisiva as políticas públicas, vejo que a participação não pode se restringir a uma presença nessas políticas, envolvendo várias outras esferas referentes ao modo de vida das coletividades. Sigamos na busca por tornar mais claro o conceito de participação comunitária.

Dentro do campo da Psicologia Comunitária, o termo “participação” remete a fazer parte de algo, onde o fenômeno passa a ser algo “nosso” para os partícipes. Concordo com Maritza Montero, ao destacar que há uma relação de dupla transformação, uma relação dialética onde “el participante construye y modifica al objeto o hecho en el cual participa, y por hecho de hacerlo, es también transformado” (MONTERO, 1996, p.8). A participação, portanto, é um processo de aprofundamento da inserção social e transformação da realidade, onde o sujeito deixa sua marca na história e é por esta marcado.

Esse estudo se fundamenta na concepção trazida por Cezar Góis, onde “a participação social implica em que a pessoa influenciada pelas condições e situações histórico-sociais que em geral lhe afetam materialmente e ou existencialmente, decide participar de atividades socialmente significativas no lugar em que vive” (GÓIS, 2005, p.150). Aqui começamos a delimitar o conceito de participação comunitária, onde o modo de envolvimento nas atividades comunitárias apresenta-se como basilar para essa conceituação.

Para Góis, o modo de participação nas atividades comunitárias se mostra extremamente relevante para o desenvolvimento da consciência, onde “quanto mais ativa é a participação nas atividades comunitárias, mais se evidencia a consciência transitiva” (GÓIS, 2005, p.170). Para a conscientização, destaca-se como importante, no modo de participar, a comunicação e o diálogo, bem como o papel de liderança que a pessoa exerce na atividade envolvida (GÓIS, 2005). A participação comunitária, portanto, é um tipo de participação social compreendido dentro do âmbito das atividades comunitárias. E esta deve se constituir como processo dialógico e conscientizador para os partícipes.

Portanto, vários modos de participação social existem e devem ser levados em consideração e integrados nas estratégias de desenvolvimento do trabalho comunitário. Mas compreendo que a grande força motriz de uma genuína atividade comunitária, configurada como práxis de libertação, encontra-se no que Góis (2005) chama de *modo de participação social ativa*, o que remete a um envolvimento com determinado objeto da realidade ou tema através de compromisso, problematização, diálogo, ação-reflexão e aprofundamento da consciência. Analisemos outras idéias do autor sobre o assunto:

Integrando-se às perspectivas sociológicas e econômicas das práticas comunitárias, temos na atividade comunitária a perspectiva psicológica, especialmente no que se refere à consciência pessoal e à unidade instrumento-comunicação, que é inerente à própria estrutura da atividade comunitária. Assim, temos como essenciais nessa atividade os significados e sentidos, os sentimentos, a cooperação, o diálogo acerca dos problemas e da própria vida da comunidade, a participação ativa em todos os âmbitos da atividade. Isso implica o ato de dizer a própria palavra, debater idéias, dar sugestões no grupo, executar as decisões e exercitar funções de liderança (GÓIS, 2008, p.50).

Este estudo, portanto, adota a perspectiva psicológica de compreensão da participação comunitária, onde esta se desenvolve a partir de uma participação ativa na atividade comunitária. Cabe agora trabalharmos a importante diferenciação entre participação e mobilização social. Adotemos novamente as idéias de Góis:

precisamos aqui distinguir participação de mobilização, sem negar a relação dialética entre ambas. A primeira é condição intrínseca à atividade social consciente dos indivíduos, própria da consciência pessoal e em favor do próprio indivíduo e de sua coletividade; é a condição para a potenciação pessoal. No caso da mobilização social, esta é condição criada coletivamente através da participação dos indivíduos para que se garanta politicamente o controle social; é condição para a potenciação da coletividade. A participação social está na esfera pública do indivíduo, diz respeito à conduta pessoal voltada para a atividade coletiva e solidária de superação dos problemas sociais e humanos. Por outro lado, a mobilização social está na esfera política da coletividade, está relacionada com o sujeito coletivo que assume seu lugar no controle da ação do Estado e da própria sociedade sobre os indivíduos, grupos, minorias, comunidades e população em geral (GÓIS, 2008, p.77-78).

Quanto às questões comuns relativas tanto à mobilização social quanto à participação, o mesmo autor esclarece:

Em ambas encontramos o processo de conscientização em sua dimensão psicológica (construção do sujeito) e em sua dimensão social (mudança social). Uma implicando a outra. A participação e a mobilização apontam no sentido do desenvolvimento de uma sociedade que se quer democrática e esta aponta no sentido da participação do indivíduo e da mobilização da coletividade, cujas necessidades e sonhos são afetados por decisões governamentais quanto ao uso dos recursos públicos e à própria cidadania (GÓIS, 2008, p.78).

A partir das idéias do autor, podemos perceber que se revela uma relação intrínseca e dialética entre mobilização social e participação social, mas que apresentam também suas nuances e singularidades. E essas nuances devem ser destacadas para que possamos melhor analisar os dois fenômenos. A mobilização está ligada a uma questão mais sociológica e de organização política de uma sociedade. Refere-se ao modo de organização e institucionalização empreendida por coletivos sociais para estarem facilitando, através das estruturas de encontro e diálogo criadas, a participação social. A participação social, por sua vez, refere-se fundamentalmente à esfera psicológica da cidadania, dos processos psicológicos ligados à consciência, de apreensão de si, do mundo e de si no mundo (e em sociedade). Fala de um sujeito colocado diante de si e das condições materiais de sua vida, em seu processo de inserção dialética num contexto histórico-cultural, que lhe faz decidir, por processos afetivo-volitivos, participar de determinadas atividades sociais significativas.

Uma nova citação de Cezar Góis é importante ser feita para elucidar mais o conceito de participação comunitária adotado aqui. O autor diz, no Exame Geral de Conhecimentos (banca de qualificação) da presente pesquisa³:

O conceito de participação precisa ser olhado mais do ponto de vista da Psicologia do que do Serviço Social ou das Ciências Sociais. Mas o conceito de mobilização precisa ser mais olhado, vamos dizer, pela Sociologia. Porque, para mim, participação é um conceito social do indivíduo, é um problema da consciência. A participação está na esfera pública do indivíduo. É o indivíduo se assumindo como alguém que se reconhece capaz de estar presente num processo coletivo de discutir, de debater e mudar uma dada realidade. Então, se é um problema da consciência, é um problema de sentido, pegando Vigotsky e a Teoria Histórico-Cultural. É um problema de sentido. Eu não olho a questão da participação como um problema da Sociologia, não olho. Agora a mobilização sim, está na esfera política da sociedade. Então mobilização social... são instâncias coletivas de participação dos indivíduos. Então há uma dialética entre participação e mobilização. Uma coisa está imbricada na outra dialeticamente, em que o de dentro e o de fora se movem continuamente. Então, não há avanço da participação sem essas instâncias de mobilização. Mas estas instâncias só avançam se houver participação, nessa perspectiva do sentido, da consciência.

Voltemos a caracterizar a participação comunitária no intuito de qualificar mais a definição e sentido ideológico que perpassa o termo.

No contexto comunitário, a participação supõe alguns aspectos, bem trabalhados por Maritza Montero, são eles: atuação conjunta de um grupo que compartilha interesses e objetivos; um processo que reúne ensino e aprendizagem (um processo pedagógico); é uma ação conscientizadora e socializante; há colaboração; uma relação compartilhada que se refere a ação física, aporte de idéias, recursos materiais e espirituais; organização, direção, execução e tomada de decisões compartilhadas ou acertadas pelos partícipes; gera comunicação horizontal; pauta-se na reflexão sobre o trabalho e sobre a organização do grupo; solidariedade interna e externa (ao grupo); tem diversos graus de compromisso. Partindo dessa perspectiva, a participação comunitária deve gerar o sentimento de *ser parte, ter parte e tomar parte* da atividade social significativa. As condições citadas vêm refletir-se em envolvimento, compromisso e sentido de identidade compartilhada (MONTERO, 1996).

Segundo Eneiza Hernández (1996), no processo de participação comunitária, os atores locais devem constituir-se como força para exigir, construir e conquistar a satisfação das necessidades. O trabalho comunitário é considerado em dois aspectos: local e global. No nível local, os moradores devem assumir-se como poder local, um poder que implica as comunidades serem força de expressão, força de proposição, força de pressão e negociação.

³Frase transcrita a partir da fala de Cezar W. de L. Góis no Exame Geral de Conhecimentos (Banca de Qualificação) da presente pesquisa, quando ainda era projeto, realizada em 18 de março no Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

No nível global, o trabalho comunitário deve se tornar expressão de notoriedade e impacto significativo no desenvolvimento nacional (HERNÁNDEZ, 1996).

Assim como Hernández (1996), Góis (2008) também vem enfatizar o sentido ético-político da participação comunitária para o desenvolvimento sustentável em níveis macro e micro-político:

O esforço coletivo de desenvolvimento de uma cidade não é algo fácil de ser realizado, mesmo assim é vital como resposta aos novos desafios sócio-econômicos e ambientais do mundo atual, especialmente os de integração comunitária dos mercados e das culturas locais, os da pobreza e do desenvolvimento sustentável. Implica, de fato, a participação social e a mobilização social locais, processo esse necessário ao desenvolvimento da cidade, o qual não é meramente econômico, senão, fundamentalmente, humano, social e ecológico. Um desenvolvimento que é político e auto-sustentado (GÓIS, 2008, p.40-41).

Na perspectiva que a participação comunitária é trabalhada aqui, esta se dá com o aprofundamento da consciência, a cooperação e o diálogo sobre as questões comunitárias referentes às necessidades e potenciais da saúde comunitária. Na participação comunitária na saúde, portanto, o sujeito-morador (usuário do SUS) é ativo, produtor de sua história, protagonista na construção da saúde pessoal e comunitária e não se coloca como espectador passivo e submisso frente às ações deflagradas pelos serviços de saúde. O que se deve buscar é a construção de processos de trabalho capazes de fomentar e fortalecer uma atuação com a população, onde há co-responsabilização e protagonismo da comunidade e da equipe de saúde.

1.3) Considerações sobre Saúde, Doença e Saúde Pública

Para podermos progressivamente nos aproximar dos debates atuais no campo da saúde e contribuirmos com novos elementos deste estudo, é fundamental iniciarmos com algumas considerações referentes aos conceitos de saúde e de doença. Tais conceitos apresentam-se como centrais nesse campo e vêm perpassar a estruturação das políticas de saúde, bem como vem a se refletir nos modos como as pessoas lidam com a saúde e a doença histórica e culturalmente. Ou seja, cada concepção de saúde e de doença vem a determinar ideologicamente o comportamento e o psiquismo das pessoas. Tal determinação ideológica vem a perpassar os modos de construção e análise do processo saúde-doença-cuidado nos diversos âmbitos. Para os propósitos desta pesquisa, dialogaremos com alguns autores no intuito de demarcar concepções e idéias que vão orientar o desenvolvimento deste estudo.

Inicialmente, destaco a importância de superarmos o simplista modelo bio-estatístico de saúde e de doença. Mesmo concebendo que o modelo bio-estatístico possibilitou avanços

nas práticas e saberes em Saúde Pública, lançando um olhar para os processos coletivos, torna-se necessário a superação de tal perspectiva. Sobre essa necessária superação, me apoio nas idéias de Sandra Caponi (2003), que critica estes modelos geradores de sérios equívocos na interpretação da saúde e da enfermidade, bem como no desenvolvimento do trabalho em saúde. Expressão clara desse modelo é o conceito de doença proposto por Christopher Boorse (1975: p. 61 apud CAPONI 2003, p. 56) definido como “o estado de um indivíduo que interfere nas funções normais (ou no funcionamento normal) de alguns órgãos ou do sistema de órgãos”. Nesse tipo de interpretação, uma normalidade estatística é identificada com funções naturais, passando a saúde a ser medida como normalidade e a doença como um desvio da norma. O simplismo bio-estatístico acaba por perder vários aspectos do complexo processo saúde-doença-cuidado e mostra-se camufladora da imposição de um modo de vida elegido pela maioria hegemônica.

Caponi (2003) parte das idéias de George Canguilhem para destacar que é fundamental considerarmos as relações entre os seres vivos e o meio na hora de delimitarmos o que seria o normal e o patológico. Nenhuma análise pode ser feita se considerarmos os seres vivos ou o meio ambiente de forma isolada.

Partindo desses argumentos, compreendo ser importante empreender uma crítica à padronização da saúde como processo homogêneo a todos os seres, algo perfeito e fechado a ser buscado por todos os indivíduos. Nessa concepção, coloca-se a evidente importância da diferença e da singularidade como fundantes do conceito de saúde. Uma saúde que se constrói em relação e que se apresenta como múltipla e diversa, que, sobretudo, envolve o ser vivo e o meio em relação dialética.

Segundo Canguilhem (apud CAPONI, 2003), saúde não se constrói como conceito científico e sim como conceito “vulgar” de acesso a todos, onde o sentido individual e o elemento subjetivo são fundamentais na sua demarcação e atualização. Complementando essas idéias, Caponi destaca que a saúde “não pertence à ordem dos cálculos, não é resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas e, portanto, seu estudo não é exclusivo das investigações biomédicas, sejam elas quantitativas ou não” (CAPONI, 2003, p.59).

Segundo a mesma autora:

Na medida em que todos nós compartilhamos esses fatos próprios da condição humana, que são o padecimento da dor e do sofrimento, e na medida em que todos vivemos silenciosamente este fenômeno ao qual damos o nome de saúde, parece que todos, sendo ou não, profissionais da saúde, devemos nos deparar, inevitavelmente, com esta questão (CAPONI, 2003, p.58)

Tomando como referência essas idéias, torna-se inevitável, dentro dos propósitos desta pesquisa, destacar a importância do profissional de saúde desenvolver a capacidade de compreender e dialogar com a multiplicidade de concepções de saúde e de doença da população. Cabe também destacar que o diálogo profissional-população se potencializa com a participação social ativa, processo necessário diante da multidimensionalidade do processo saúde-doença-cuidado. Concordo com Cezar Wagner de L. Góis quando diz que: “a saúde revela uma realidade complexa, difícil de precisar, por envolver elementos de natureza multidimensional (eco-sócio-orgânico-psicológico) que se manifestam de modo multidirecional” (GÓIS, 2008, p.19). Essa multidimensionalidade não pode ser abarcada em sua totalidade pelo saber técnico-científico dos profissionais de saúde. O saber e experiência da população devem ser integrados de forma participativa num processo de construção coletiva da saúde.

Para Góis, a saúde deve ser situada dentro dessa multidimensionalidade e deve ser entendida principalmente, “como algo positivo, um processo natural de expressão, integração e harmonização da vida em cada ser vivo, em cada espécie e em cada habitat físico e social. A saúde vista numa perspectiva ecológica e biocêntrica (referenciada na vida)” (Góis, 2008, p.19). Aqui se evidencia uma concepção de vida como naturalmente orientada para a realização de potenciais de crescimento, integração e harmonia ecológica. Isso não encerra uma concepção naturalista ou vitalista da saúde humana, vejamos um pouco mais dessa concepção biocêntrica e ecológica, a partir do que o autor fala sobre manifestações da saúde:

Demonstra a capacidade do organismo/pessoa de realizar seu potencial evolutivo em suas possibilidades e formas de manifestações nas diversas situações ambientais e sociais em que vive, seja uma árvore, um pássaro ou um indivíduo. No ser humano essas potencialidades e manifestações se encontram nas esferas ecológica, social, orgânica, psicológica e espiritual. A saúde envolve a homeostase (regulação do funcionamento organizmico), a transtase (regulação do crescimento organizmico), a autonomia e o processo de expressão e desenvolvimento da individualidade do ser vivo em seu espaço físico-social. No caso do humano, se inclui a expressão e fortalecimento da identidade pessoal (GÓIS, 2008, p.19-20).

Nesta pesquisa, adoto essa concepção já que a partir dela podemos destacar elementos múltiplos para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado como uma questão não só referente à esfera da vida humana e sim mais ampla, *referenciada na vida*. A partir dessa concepção, podemos colocar o trabalho em saúde como uma práxis de vida, situada na ecologia e na construção de ambientes que respeitem a vida no planeta, bem como podemos pensar em uma práxis sanitária de cidadania e libertação, que considera também elementos histórico-culturais na expressão dos potenciais da saúde humana. Para seguirmos

delimitando a concepção de saúde e de doença que será trabalhada neste estudo, cabe prosseguirmos para destacar outros elementos teórico-conceituais.

Voltemos à concepção de saúde trazida por Sandra Caponi (2003). A autora, tomando as idéias de Canguilhem, destaca a saúde como *margem de segurança* frente às adversidades e agressões impostas pela relação com o meio ambiente. A saúde aparece como poder de tolerância e de compensação, bem como, também, um processo de abusar da saúde, que envolve funções orgânicas e um corpo subjetivo em polaridade dinâmica com o meio.

Se tomarmos o próprio Canguilhem, a definição de saúde surge como “o conjunto de seguranças no presente e de seguros para o futuro” (CANGUILHEM, 1990, p.30 apud CAPONI, 2003, p.64). A saúde aqui inclui a possibilidade de adoecer e se recuperar. Nessa concepção, a saúde transcende a capacidade de adaptação, a excede. A adaptação estaria ligada ao conceito de normalidade, mas não necessariamente resultaria em saúde plenamente. Esta, por sua vez, “implica muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica a capacidade de ‘instituir novas normas em situações novas’” (CAPONI, 2003, p.65). Estas concepções nos ajudam a pensar na saúde como também a capacidade de re-criação, recuperação, inovação. Vale destacar que essa capacidade, resgatando a concepção biocêntrica (Góis, 2008), não deve se refletir em uma ecologia antropocêntrica e sim, referenciada na vida.

Passemos agora a uma importante discussão sobre a doença e sua relação com os modos de sociabilidade humana para podermos tornar mais clara as concepções de saúde e passarmos a pensar com mais profundidade nas políticas públicas de saúde.

Segundo Fernando Lefevre & Ana Maria Lefevre (2004), há uma perspectiva tradicional em saúde que ainda perdura nos tempos atuais, que considera a doença como uma vicissitude que sempre existiu e existirá. Uma fatalidade natural, onde a vida humana na Terra implica uma competição com outros seres vivos. Tal fatalidade da doença decorre da própria existência de um meio ambiente cheio de *bios* micro e macro que vêm a ameaçar a *bios* humana. Diante de tal competição natural, para a proteção humana, a ciência e a tecnologia construíram os antibióticos que são sempre aperfeiçoados. Portanto, o meio ambiente é considerado ameaçador com seus fatores causadores diretos e indiretos de doenças e mal-estares. Para isso justifica-se a construção de artefatos protetores ao longo da evolução cultural (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2004).

Nessa concepção tradicional e biologicista, as doenças também existem pela opção do homem pela civilização, como ambiente artificial de cidades. Isso aparece como fatalidade propriamente “socioantropológica”, que advém do fato de que, vivendo em sociedade, o

homem “desenvolve ‘naturalmente’, em relação a seu semelhante, raiva, ódio, ciúme, inveja, exclusão, privilégios, etc., condições que geram agressão, violência, assassinatos, injustiça social, miséria, fome e tantas outras manifestações similares do Ser da Doença” (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2004, p.23).

Em tal modelo de compreensão da doença como fatalidade, evidencia-se claramente uma perspectiva fatalista de compreender não só a doença, mas a realidade humana. Aqui, a ação do homem na realidade é apenas de adaptação e não há outra possibilidade de escolha. Esta concepção de doença naturaliza os modos de produção e organização vigente na sociedade e não dá espaço para a compreensão histórico-cultural da gênese do comportamento humano. Esse modelo traz em seu bojo uma concepção de que a desigualdade social e injustiça social são fatalidades às quais devemos nos adequar.

Fernando e Ana Lefevre prosseguem na crítica a essa concepção: “a doença não é uma fatalidade e [...] a saúde tampouco é uma resposta a ser permanentemente reproduzida a esta fatalidade” (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2004, p.24). Para os autores, romper com essa perspectiva, grosso modo, implica “relacionar-se com a natureza de modo não predatório ou antiecológico; reformar as cidades e o modo de produção urbano e rural, e rever o modo de relacionamento do homem consigo mesmo e com seus semelhantes” (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2004, P.24). Aqui evidencia-se a importância das idéias de Góis (2008) já trabalhadas acima. Evidenciamos a importância de uma crítica da doença como fatalidade, para podermos situar a saúde e a doença dentro do campo das responsabilidades sociais, dito de outro modo, situar a saúde e a doença como reflexo ativo dos modos produção e sociabilidade humanos que apresentam-se como histórico-culturalmente determinados.

Caminhemos para debater um pouco mais sobre a complexidade do fenômeno saúde. Voltemos às idéias de Caponi, onde esta ressalta que o “corpo não é uma essência presente para sempre sem que suponha uma certa duplicidade. Por um lado, é aquele que nos é dado, seu genótipo; por outro, é aquele que pertence à ordem do efeito, é um produto, seu fenótipo” (CAPONI, 2003, p. 62). No genótipo, a anomalia não se iguala a patologia. E no fenótipo, destacam-se questões políticas que vão subsidiar uma análise do corpo como “produto” ou “efeito”, a partir de considerações do modo de vida, seja ele imposto ou escolhido. Ganham importância inegável as condições sociais de vida em geral que vão “modelar” o fenótipo e “singularizar” as capacidades (CAPONI, 2003).

A autora vem destacar a importância de se realizar uma análise partindo da etiologia social que consiga dar conta de aspectos de âmbito público e privado, envolvendo tanto aspectos coletivos referentes às condições sociais de vida como referentes aos estilos de vida

escolhidos no âmbito privado. Ela critica a estruturação de políticas repressivas no âmbito privado, que se pautam numa padronização higienista dos comportamentos, já que estas parecem sintonizar-se com uma ideologia onde “é mais simples normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência” (CAPONI, 2003, p. 64).

Caponi defende as idéias de Geovanni Berlinguer sobre iniquidade para elucidar as ambigüidades entre público e privado no campo das políticas de saúde. Tal conceito nos ajuda a delimitar o que seria imposição e livre escolha na análise dos comportamentos e suas diferenças de manifestação nos modos de vida saudáveis ou patogênicos. A iniquidade se coloca como injustiça no campo da limitação da escolha dos sujeitos com “comportamentos insalubres”. A iniquidade se dá como “exposição a condições de vida estressantes e insalubres e o acesso inadequado a serviços de saúde essenciais” (CAPONI, 2003, p.64), que vêm a determinar sobremaneira esses comportamentos. Já os comportamentos insalubres que foram livremente escolhidos estariam fora desse rol. Para Berlinguer (apud CAPONI, 2003), as políticas públicas devem se dirigir para controlar as iniquidades.

Se centrarmos nossa atenção ao conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) podemos enriquecer mais essa interface entre concepção de saúde e política de saúde. Para a OMS: “A saúde é um complexo estado de bem estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou doença”. (MOURA, 1989, p. 43 apud CAPONI, 2003, p. 66). Novamente podemos ver um avanço de superação do modelo bio-estatístico, já que se evidenciam nesse conceito elementos mais amplos que a mera ausência de doença, destacados num processo complexo. Porém algumas críticas contundentes devem ser realizadas a esta concepção.

Novamente Caponi nos ajuda a refletir. Para ela, o conceito da OMS, além de utópico, realiza uma vinculação implícita entre bem-estar e valor, o que pode ser instrumento ideológico de dominação social e de eliminação das diferenças. A maior limitação no conceito aparece como “o que pode resultar politicamente conveniente para legitimar estratégias de controle e de exclusão de tudo aquilo que consideramos como fora do normal, indesejado ou perigo” (CAPONI, 2003, p.67). A mesma autora se ancora em Nietzsche, para colocar o infortúnio como necessário à vida e que isso revela algo que está além do conceito de bem-estar, já que este remete a uma busca por determinados valores desejáveis de uma sociedade.

Caponi defende a saúde como *abertura ao risco* e numa perspectiva muito interessante considera que a patologia, a anomalia, os desvios, as diferenças também fazem parte do processo de tornar-se saudável. E quando o assunto é Saúde Pública, sua concepção revela-se de forma bem clara como um rechaço da busca de um modelo único de saúde para a

sociedade: “dizer que a busca da saúde perfeita é um objetivo ilegítimo para a saúde pública significa afirmar que os riscos fazem parte da saúde. Isto nos exige poder diferenciar quais são os riscos que podem e devem ser evitados e quais são inerentes à existência humana” (CAPONI, 2003, p. 72). Concordo com Caponi em sua crítica aos modelos de sanitarismo pautados em padrões de saúde hegemônicos que obscurecem a dominação social e exclusão da diferença. Cabe, no entanto, pensarmos de quem é a responsabilidade pela saúde do povo.

Ana e Fernando Lefevre (2004) defendem que o sonho da saúde para toda a coletividade não pode ser responsabilidade exclusiva da ciência e tecnologia. Para os autores, a erradicação da doença só se dá a partir da compreensão da ampla e complexa rede de causalidade em que se dá a “produção” da doença. Ou seja, “se os indivíduos adoecem e morrem antes do tempo é porque, numa larga medida, as sociedades estão doentes, e se as sociedades estão doentes, a ‘culpa’[...] é de todos e de nenhum *outro*” (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2004, p.25).

Pensando sobre essas idéias e nos modos de melhor delimitar essa complexa rede de causalidade por traz da produção da doença, entendo que a “culpa”, da qual os autores falam, não pode ser atribuída “a todos” sem que se pontuem ou destaquem os pesos e medidas dessa responsabilidade que, com certeza, todos têm em certa medida. Aparece como necessário, nesse debate, o questionamento sobre a força política e repressiva que grupos dominantes ou minorias favorecidas empreendem para a manutenção dos modelos sócio-econômicos injustos que historicamente vêm se perpetuando, e que têm reflexo direto sobre a saúde da população. Se não podemos outorgar a nenhum outro essa responsabilidade, pois seria um ato de passividade e ingenuidade não achar que todos têm responsabilidades, torna-se fundamental questionarmos e, acima de tudo, atuarmos de forma coletiva sobre a realidade de injustiça social historicamente construída, já que esta não se deu naturalmente como fatalidade. Concebo sim que há muita responsabilidade dos grupos que se privilegiam nesse modelo de organização social-econômica vigente. E essa responsabilidade diferenciada deve ser destacada inclusive como forma de honestidade científica e ação política desideologizadora. Portanto, somos todos responsáveis, ou “culpados”, mas não esqueçamos da existência de relações de opressão e forças de dominação social que se articulam e formam uma *totalidade hegemônica* (DUSSEL, 2000) que precisa ser denunciada e combatida pela luta popular e práxis sanitária. Não esqueçamos da existência de vítimas históricas que, por mais que tenham responsabilidade em sua libertação, não são responsáveis da mesma forma que todos pelos processos de opressão construídos historicamente em benefício de minorias. Nessa discussão,

vejo que a expressão “todos” se aproxima ideologicamente da “nenhum”, ou seja, quando todos são colocados como responsáveis, nenhuma ação coletiva geralmente é tomada.

Para seguirmos para o debate sobre a saúde pública, a partir da delimitação do conceito de saúde adotado aqui, busquemos inspiração nas palavras de Cezar Góis:

a saúde está na pauta da sabedoria da vida, na de cada espécie, porém, no ser humano, esta sabedoria se enreda nos processos de consciência e historicidade de um grupamento social ou coletividade, numa dada organização sócio-ideológica que, também, se apresenta como significado (coletivo), sentido (pessoal) e sentimento individual e coletivo (GÓIS, 2008, p.20).

Nesta pesquisa, a saúde é concebida a partir do paradigma biocêntrico, referenciado na vida, onde temas como ecologia, libertação e cidadania (GÓIS, 2008) perpassam a estruturação da práxis sanitária. Aqui a saúde é concebida como multidimensional, notadamente concebida no campo da experiência de interação do indivíduo com o meio ambiente, a sociedade e a cultura. A construção da saúde humana é entendida como histórico-culturalmente determinada, onde a organização sócio-ideológica tem grande influência sobre psiquismo e comportamentos das pessoas, mas a experiência histórica dos sujeitos e coletividade também é determinante.

Passemos agora a adentrar-nos um pouco mais em debates atuais no campo da saúde pública, buscando aprofundar o estudo proposto, a partir da concepção de saúde já debatida alhures.

Os debates atuais vêm se desenvolvendo a partir da crise da Saúde Pública, em meados da década de setenta, que trouxe à tona uma reflexão de alcance internacional de crítica ao paradigma flexneriano-biomédico em saúde e seus elementos: curativismo, biologicismo, unicausalidade, mecanicismo, especialização e individualismo (WESTPHAL; SANTOS, 1999). Tal reflexão veio enfatizar a ampliação do conceito de saúde e a importância da responsabilidade e “compromisso da sociedade com seus ideais de saúde” (FERREIRA; BUSS, 2002, p.19). A ênfase na multiplicidade e complexidade dos fatores existentes no processo saúde-doença-cuidado foi resultado desse movimento de rupturas, que veio requisitar uma reestruturação das políticas de saúde e práticas emergentes de um novo paradigma em saúde.

A concepção ampliada e multidimensional da saúde vem requisitar uma nova estruturação das políticas públicas de saúde, bem como da forma como os profissionais desse setor desenvolvem seu trabalho. Dentro dos debates mais atuais, não se pode mais pensar a saúde como a pura ausência de doença, bem como não podemos reduzir o trabalho em saúde à

atenção hospitalar, aos procedimentos de cura-tratamento de enfermidades, nem apenas às atuações pautadas em saberes e fazeres especializados.

Torna-se veemente a crítica ao modelo de atenção centrado exclusivamente na figura do médico, na supremacia dos procedimentos de alta complexidade tecnológica (uso de maquinário), na submissão do saber popular e nas intervenções pautadas na fragmentação do corpo, da desconsideração do indivíduo como ser social.

Castellanos traz mais elementos riquíssimos para essa discussão. Segundo ele, “a saúde e a doença são processos inerentes à vida e são condicionados pelos modos de vida, condições de vida e estilos de vida” (CASTELLANOS apud FERREIRA; BUSS, 2002, p.17). As condições de vida são as condições materiais, estruturais e ambientais de um dado lugar. O modo de vida diz respeito à forma de relacionar-se de um agrupamento humano, em um dado momento histórico-cultural, com o meio ambiente e suas formas de organização produtiva, política e econômica. É composto por elementos constituintes advindos das condições de vida. Já o estilo de vida refere-se a um pequeno grupo ou a indivíduos particulares.

Vida cotidiana “é o espaço onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde; é também, portanto, o espaço privilegiado de intervenção da Saúde Pública” (CASTELLANOS apud FERREIRA; BUSS, 2002, p.18).

A Saúde Pública, então, situa sua atuação na vida cotidiana, junto aos determinantes da situação de saúde de um dado lugar-comunidade. Seus instrumentos são: a organização do sistema de saúde, a epidemiologia, a organização dos serviços com ações articuladas de promoção da saúde, prevenção e tratamento das enfermidades e agravos à saúde (FERREIRA; BUSS, 2002, p.18).

Essa crise vivida no seio da Saúde Pública veio ressaltar a saúde como qualidade de vida - um conceito positivo que considera a determinação positiva da situação de saúde de uma dada coletividade.

Na prática, este movimento de crise representou uma retomada dos ideais da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata (em 1978), que ressaltou o foco estratégico na atenção primária e a proposta canadense de Promoção da Saúde (de 1974 e 1980) como eixo principal da ação sanitária (MCKAY apud FERREIRA; BUSS, 2002). Os pontos principais, segundo Ferreira e Buss (2002, p. 19-20) são: a promoção da Saúde inclui uma ação mais ampla que o usualmente coberto pelos serviços de saúde; considera fatores determinantes da saúde e não somente da enfermidade; ressalta a importância da intervenção sobre a estrutura social dominante, um novo ímpeto político com abordagens intersetoriais;

ênfatisa a necessidade da participação social nas políticas públicas de saúde; e considera o papel ativo e responsável das comunidades na resolução de muitos problemas de saúde.

O conceito de Promoção da Saúde ganha expressividade e notoriedade no Setor e é importante, aqui, chamar a atenção para a discussão sobre o seu sentido prático. Segundo os autores supracitados, existem em geral duas concepções: 1 – concepção de Promoção da Saúde *behaviorista*, que está ligada à ação imediata dos indivíduos, onde mudar os estilos de vida e comportamentos seria o objetivo. Tal concepção sobrecarrega os indivíduos com a responsabilidade de promover sua saúde; 2 – é a chamada *Nova Promoção da Saúde* – onde se ênfatisa o papel essencial dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Em tal concepção, a promoção da saúde é conseguida com políticas públicas intersetoriais, ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e o reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades.

Neste estudo, priorizo a concepção da *Nova Promoção da Saúde*, segundo a qual, promover saúde situa-se na perspectiva de uma atuação ampla e integrada com ações no âmbito da família, do indivíduo, bem como ações de mobilização e participação comunitária efetiva. Partindo dessa concepção, defendo que promover saúde não se situa apenas com ações focadas no indivíduo e na família. Compreendo ser imprescindível trabalhar com elementos sócio-psicológicos, culturais, políticos e econômicos presentes na comunidade em que a família e o indivíduo estão inseridos. Ou seja, é importante um olhar sobre a saúde comunitária e seus elementos determinantes. É necessário atuar, como nos coloca Ferreira e Buss, “sobre as condições de vida, enfrentando os componentes nocivos destas esferas e estimulando os que sabidamente fomentam a saúde” (2002, p. 21).

Nessa perspectiva, é importante pensar e atuar na construção social participativa de comunidades saudáveis, onde o processo permanente de construção histórico-cultural da saúde, com seu amplo complexo de elementos constitutivos, deve ditar o eixo principal direcionador e integrador da ação sanitária.

O plano de ação na perspectiva da promoção da saúde deve envolver, necessariamente, Estado e Sociedade. E os profissionais de saúde devem sintonizar-se com o imperativo de aproximação com a comunidade, percebendo o importante papel prioritário que esta tem na construção de uma relação dialógica Estado-Sociedade.

A Promoção da Saúde requer um trabalho intersetorial integrado, que viabilize o desenvolvimento humano e social nos territórios de saúde/comunidades, bem como da própria municipalidade. Construção de uma nova organização social e institucionalidade, de formas

de articulação das forças locais, movimentos sociais e instituições públicas e privadas, construindo de forma pactuada as mudanças sociais permanentes promotoras da saúde.

Portanto, nos debates atuais da Saúde Pública, contexto onde se dá o desenvolvimento da presente pesquisa, é notória a necessidade de se ampliar o olhar tradicionalmente pautado na fragmentação do ser humano. Critica-se a supremacia de práticas sanitárias pautadas na atenção às disfunções dos aparelhos e sistemas anátomo-fisiológicos do corpo humano, na centralização excessiva no aspecto biológico dos fenômenos e na tradicional análise bio-estatística da saúde (CAPONI, 2003) e concepção fatalista de doença (Lefevre, F.; Lefevre, A., 2004).

Atualmente, a busca pela ampliação da compreensão sobre os sujeitos inseridos no processo saúde-doença-cuidado vem exigir a consideração das dimensões psicológicas e sociais. Dentro dessa perspectiva, uma concepção mais positiva de saúde sobressai e temas como determinantes sociais de saúde, participação social, prevenção, promoção da saúde e desenvolvimento social começam a ser trabalhados de forma integrada com mais profundidade. Tais conceitos ganham espaço, poder e evidência no cenário de estruturação das políticas de saúde. A discussão desses temas evidencia a complexidade do campo saúde, bem como sua limitação em abarcar sozinho o fenômeno da produção histórico-cultural da saúde em sua totalidade. A organização das ações, na atualidade e no futuro do setor saúde, não pode ser pensada sem articulações intersetoriais e interdisciplinares. É dentro desse contexto de imperativos de mudança no setor saúde que surgiu e desenvolveu-se a presente pesquisa.

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

2.1) A pesquisa como compromisso com uma realidade vivida no cotidiano

O modelo metodológico desta pesquisa se construiu numa busca de comprometer-me com a construção histórica da realidade estudada. Minha condição de pesquisador foi aquela de quem não está neutro frente ao que investiga, é aquela de quem se posiciona para também transformar a realidade. Muita inspiração vem do que nos disse Paulo Freire:

O fato de me perceber no mundo com o mundo e com os outros me põe numa posição em face do mundo que não é a de quem nada tem a ver com ele. Afinal, minha presença no mundo não é de quem a ele se adapta mas a de quem nele se insere. A posição de quem luta para não ser apenas objeto mas sujeito também da História (FREIRE, 1996, p. 54).

Nesta pesquisa, me posiciono a favor da defesa crítica do SUS. Uma defesa que considera de extrema importância a consolidação de suas diretrizes e princípios, mas compreende que ainda temos muito que fazer para construí-lo. O SUS, mesmo em seu estado atual, é uma conquista histórica do povo brasileiro. Uma Política Pública instituída, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, e preconiza que a Sociedade deve participar ativamente da construção da saúde como processo de cidadania. Esta pesquisa, portanto, tem a intenção de contribuir na defesa e fortalecimento de um tipo de SUS que pouco fora realizado. Um SUS como aparato institucional de financiamento público, que se responsabiliza pela produção de assistência e serviços de saúde universais, pautados na integralidade da atenção e cuidado à saúde do povo brasileiro de forma equitativa. A defesa do SUS, que empreendo nessa caminhada de investigação, se dá pelo entendimento de que este Sistema possibilita a construção histórica da luta pela saúde da população brasileira. E, nessa luta, acredito que potencializar a participação comunitária e a ESF são caminhos viáveis e férteis. A construção do conhecimento, aqui, aponta para essa direção estratégica assumindo a responsabilidade, dores e delícias dessa aventura.

Como psicólogo envolvido no setor saúde, através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), busco contribuir para o desenvolvimento da Saúde Pública e da Psicologia, nas interfaces realizadas no decorrer de minhas experiências de trabalhador-pesquisador. Compreendo que a Psicologia pode e deve trazer importantes contribuições ao campo amplo e complexo da Saúde Pública, fortalecendo o desenvolvimento do SUS. Como sujeito participante de um programa de RMSF, coloco-me em defesa crítica deste modelo de formação em saúde, pois compreendo, pela experiência já vivida, seu grande valor dentro das estratégias de educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Minha condição epistemológica é bastante influenciada por minha experiência de trabalho no cenário onde se desenvolveu a pesquisa. Esta pesquisa, portanto, tem uma característica peculiar, pois se desenvolveu intencionalmente no mesmo lugar onde trabalho. Essa condição epistemológica fora um dos grandes desafios metodológicos da investigação. As idéias de Emerson Mehry (2006) sobre *sujeito implicado e militante* ajudam a esclarecer minha condição (de pesquisador-trabalhador) na construção do conhecimento, e expressam bem os dilemas vivenciados. Para entender este tema, vejamos o que o autor escreve a um de seus colaboradores de pesquisa:

O seu problema é que além de sujeito interessado você é um sujeito implicado. Você é o pesquisador e o pesquisado. E, assim, o analisador e o analisado. Você é um sujeito militante que pretende ser epistêmico e os desenhos de investigação que temos como consagrados no campo das ciências não dão conta deste tipo de processo (MEHRY, 2006, p. 02).

Identifico-me nessa condição, pois me encontrei implicado e comprometido com o objeto da investigação de tal forma, que o ato de pesquisar transformou-se também em um ato de interrogar a mim mesmo e minha própria significação enquanto sujeito no fenômeno investigado. Assim, caminhando na pesquisa, apostei em algumas direções de investigação em detrimento de muitas outras, que saltaram aos olhos no decorrer do processo investigativo. Busquei produzir conhecimento e sistematizá-lo para ampliar as interlocuções sobre o tema dessa pesquisa.

O dilema metodológico vivido encontra-se expresso nas palavras de Mehry: “ou seja, o sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sob análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno” (MEHRY, 2006, p. 12). Portanto, exercitei a capacidade de refletir, com rigorosidade científica, sobre um fenômeno em que sou também protagonista, em que sou co-responsável pelos caminhos seguidos na construção histórico-cultural da realidade investigada e na significação construída sobre esta.

O desenvolver da investigação, envolveu-me em um rico e ousado processo de auto-análise de minha condição de sujeito social. Interessou-me, nesse ínterim, as reflexões e auto-análises sistematizadas, gerando questionamentos e problematizações sobre a realidade vivida e estudada. Como diz Merhy:

Neste tipo de estudo o mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, colocando-o sob análise. Aposta-se na construção de dispositivos auto-analíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se auto-analisar (MEHRY, 2006, p. 13).

Este estudo sistematiza, reflete, problematiza e expõe aspectos da relação entre os fenômenos da participação comunitária e da ESF, nutrindo-se de minha experiência cotidiana de trabalho na ESF no mesmo cenário estudado. Nesta caminhada rica de dilemas metodológicos, constituí-me como sujeito implicado, investigador e investigado, integrante co-responsável pelo trabalho desenvolvido pelos trabalhadores da ESF local, seus logros e fracassos.

O cenário do estudo é o bairro Terrenos Novos no município de Sobral (Ceará), onde está situado o Centro de Saúde da Família Dr. Everton Mont'Alverne. A escolha do cenário de estudo se deu, como já dito, pela experiência que tive e tenho atualmente de realização de trabalhos na ESF local. Vale lembrar o leitor que tal experiência se deu pelo trabalho ligado ao mesmo Centro de Saúde da Família (CSF), como psicólogo-residente da V turma da RMSF, no período de maio de 2005 a abril de 2007. Venho trabalhando atualmente no mesmo local, em atividades de tutoria (docência) das VI e VII turmas da RMSF, desde junho de 2008.

Vale destacar, também, que minha volta ao trabalho no CSF do bairro Terrenos Novos coincidiu com o tempo de realização da fase de construção dos dados empíricos da pesquisa. Tal fato veio a redimensionar a pesquisa para um modelo de investigação voltado para um compromisso e implicação maior com a realidade estudada, buscando fazer da pesquisa um instrumento de transformação social e fortalecimento dos atores sociais envolvidos, como agentes de mudança.

Em Terrenos Novos, portanto, venho desenvolvendo atividades cotidianas de tutoria junto às VI e VII turmas de RMSF desde junho de 2008. A tutoria é uma atividade de supervisão docente-assistencial no campo interdisciplinar de aprendizagens profissionais da área da saúde, realizada prioritariamente no local das práticas. A tutoria forma o corpo docente da RMSF junto com a preceptoria⁴ e a coordenação. No programa de RMSF de Sobral, a tutoria foca seus objetivos em facilitar aprendizagens sobre conteúdos, técnicas, métodos e habilidades para o saber-fazer comum a todos os profissionais da ESF. Inserido nesta atividade, acompanho uma equipe multiprofissional de residentes composta por dentista, psicóloga, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutica, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudióloga. Tal equipe multiprofissional ingressou na RMSF em julho de 2008 e, atuando (em formação em serviço) na ESF dos bairros de Vila União e Terrenos Novos, terminará suas atividades em junho de 2010. Minha participação como tutor das VI e

⁴ A preceptoria é uma atividade docente-assistencial que foca suas ações em facilitar aprendizagens no campo da especificidade profissional. Na RMSF, portanto, tem-se preceptores de todas as categorias profissionais: preceptoria de Psicologia, preceptoria de Serviço Social, preceptoria de Farmácia, etc.

VII turmas de RMSF dá continuidade ao meu envolvimento com os processos de educação permanente para a ESF do SUS, iniciados quando da minha participação como residente na V turma do mesmo programa. Algo muito relevante nesse processo de retorno à RMSF em Sobral, como dito acima, é que meu trabalho de tutoria se dá nos mesmos bairros (Vila União e Terrenos Novos) onde desenvolvi meus trabalhos como psicólogo-residente. Participar das atividades de tutoria vem fortalecendo e potencializando minha apropriação do lugar e dos modos de organização dos serviços de saúde da família que lá se desenvolvem.

Trabalhar no local da pesquisa possibilitou-me acessar uma grande quantidade de informações a partir da ação transformadora empreendida pelo programa de RMSF. A escolha do local se deu, portanto, pela potente integração das atividades da pesquisa com as do trabalho, já que ambos lidam com ESF e sua relação com a comunidade local. Outro elemento importante, considerado na escolha do cenário para realização da pesquisa, é o histórico de consolidação da ESF no município de Sobral (que falaremos um pouco mais adiante), o que possibilita situarmos a investigação em um município que é considerado modelo para o País.

Partindo dessa minha condição de *sujeito implicado e militante* (MEHRY, 2006), trabalhador e pesquisador no campo da saúde, tomo o cotidiano como o grande espaço de construção de conhecimentos e desenvolvimento de atuações na realidade. Uma forte inspiração metodológica vem do que Peter K. Spink chama de *pesquisador conversador no cotidiano* (KEVIN SPINK, 2008). Nessa perspectiva o cotidiano é entendido como uma densidade composta de micro-lugares, onde estes não se configuram como pano de fundo ou contexto eventual, mas

tal como os lugares, somos nós; somos nós que os construímos e continuamos fazendo numa tarefa coletiva permanente e sem fim [...] O apelo figurativo para os micro-lugares é um apelo para a importância dos pesquisadores se conectarem com os fluxos constantes de pessoas, falas, espaços, conversas e objetos, de assumir-se como também actante (LATOUR, 2004), parte de um processo contínuo de negociação, resistência e imposição de sentidos coletivos (KEVIN SPINK, 2008, p. 71).

Aqui novamente a pesquisa se configura como parte de um processo de construção da realidade, onde não há espaço para um distanciamento asséptico, onde não há a neutralidade científica. Esta pesquisa declara-se inserida em um “campo-tema” composto por vários atores inseridos e posicionados de maneiras diversas, o que a coloca de forma humilde frente à necessidade acadêmica, muitas vezes exagerada, de construir “super verdades” (KEVIN SPINK, 2008). Demonstro, no entanto, minha vontade de contribuir na construção de conhecimentos sobre os temas participação comunitária e ESF, colocando-me na condição

necessária (para o avanço da ciência) de disponibilidade para discutir horizontalmente a relevância das contribuições trazidas nessa dissertação de mestrado.

Horizontalmente, porque não há nenhuma grande verdade mantendo quentes as nossas costas; nenhum instrumento de inquisição que podemos mostrar para garantir obediência às nossas idéias. Só podemos argüir e discutir, tal como os demais. Temos algo a contribuir porque temos um mínimo de disciplinariedade que inclui a vontade de discutir entre nós a validade daquilo que fazemos [...]Somos somente uma parte de uma ecologia de saberes, cada uma das quais partindo de um ponto distinto e pensando que tem algo a contribuir (KEVIN SPINK, 2008, p.76).

Para realizar essa investigação, parto da compreensão de que as teorizações são explicações parciais da realidade (MINAYO, 2002), mas que podem ter grande valor para compreender, explicar e transformar os fenômenos da realidade. A metodologia aqui é entendida como “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2002, p.16), que inclui as “concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”(Ibidem, p. 16).

As estratégias metodológicas adotadas aqui expressam um esforço criativo de construção de conhecimentos a partir de procedimentos que buscaram não cair no tecnicismo metodológico, nem num empirismo ilusório e superficial. Uma grande marca dessa caminhada de pesquisa fora o processo de implicação com a realidade, que me convidou permanentemente a agir para transformar a realidade e transformar-me nesse processo, criando e re-criando caminhos para chegar aos objetivos. Como Cezar Góis nos disse: “para olhar a realidade é preciso estar em movimento, por dentro e por fora de si mesmo, sem se congelar em um valor, conceito ou método, mas sim se manter aquecido com a contínua recriação deles” (Góis, 2008, p.31).

2.2) Sobre epistemologia e abordagem adotada

Oriento-me por uma epistemologia situada nas Ciências Sociais que assume, portanto, todas as conseqüências do caráter histórico-cultural de seu objeto e do conhecimento como construção humana (GONZÁLEZ REY, 2002).

Compreendo que o conhecimento é “um produto histórico ancorado em contextos sociais e culturais específicos” (SPINK, 2000, p.19) e a pesquisa, dentro desse contexto, é considerada uma prática social. Portanto, esta pesquisa manifesta-se como expressão de sujeitos em seu ato de significar o mundo, interferindo diretamente na construção contínua da realidade. Nas palavras de Edgar Morin:

Assim, o conhecimento está ligado, de todos os lados, à estrutura da cultura, à organização social, à práxis histórica. Ele não é só condicionado, determinado e produzido, mas é também condicionante, determinante e produtor (o que demonstra

de maneira evidente a aventura do conhecimento científico) (MORIN, 1998, p.31 apud GONZÁLEZ REY, 2002, p. 27).

Nessa aventura do conhecimento, para concretizar os objetivos colocados, realizei uma pesquisa de campo exploratória, dentro de uma abordagem qualitativa da realidade. A pesquisa de campo exploratória pauta-se em investigação empírica “cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno [...] ou modificar e clarificar conceitos” (MARCONI; LAKATOS, 2005, p.190). Essa tripla finalidade veio orientar a exploração dos temas: participação comunitária e ESF. A presente pesquisa de campo exploratória, é importante frisar, se construiu a partir de uma atuação na realidade estudada, o que significou uma busca por explorar e transformar o campo delimitado de estudo.

Situando esta pesquisa no campo da Psicologia, torna-se necessário destacar a peculiaridade da epistemologia qualitativa que será adotada. Esta se apresenta como “esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana” (GONZÁLEZ REY, 2002, p. 29). A epistemologia qualitativa se apóia em três princípios de importantes consequências metodológicas que são: conceber o conhecimento como uma produção construtivo-interpretativa; ter clareza que o processo de produção do conhecimento é de caráter interativo; e por ter como nível legítimo, da produção do conhecimento, a significação da singularidade, destacando a qualidade da expressão dos sujeitos estudados e não a quantidade destes (GONZÁLEZ REY, 2002).

Nessa busca de produção de conhecimentos, portanto, adotei o método qualitativo na busca de trabalhar com “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 21). Compreendo ter sido possível, através do método qualitativo, uma análise detalhada do fenômeno estudado, na busca de entendê-lo em sua complexidade, a partir de suas múltiplas dimensões: social, cultural, histórica e individual.

As metodologias qualitativas são entendidas aqui como: “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2006, p. 22-23). O

processo de pesquisa qualitativa remete a levar em conta a historicidade do processo investigativo e investigar os níveis mais profundos das relações sociais. Em Psicologia, este modelo de pesquisa se debruça sobre a complexidade dos fenômenos subjetivos

cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto. A história e o contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito marcam sua singularidade, que é expressão da riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo (GONZÁLEZ REY, 2002, p. 51).

Para a construção do *corpus* de dados empíricos dessa pesquisa, utilizei-me de uma tripla estratégia de coleta e construção dos dados: a observação participante, utilizando-me de registro de atividades em anotações de campo; atuação na facilitação de atividades da RMSF no cenário da ESF local, onde pude recolher importantes materiais produzidos coletivamente; e a realização de atividades grupais de problematização da realidade em círculos de cultura, junto a um grupo formado por profissionais e usuários da ESF, onde foram gravados e transcritos os diálogos realizados. A estratégia principal da pesquisa foi a análise de conteúdo (análise temática) do material produzido nos círculos de cultura. Os materiais produzidos nas atividades coletivas realizadas pela RMSF e nas anotações de campo, também foram submetidos à análise de conteúdo, e vieram a constituir-se como material complementar, rico de informações sobre o contexto cotidiano vivido no cenário de estudo.

A transcrição dos diálogos gravados nas atividades de círculo de cultura produziu dois documentos. Outro documento fora constituído pela sistematização das anotações de campo realizadas e outro pelo material produzido nas atividades da RMSF no cenário da ESF. Estes quatro documentos constituem o *corpus* do material empírico da pesquisa.

Busquei realizar, com a combinação de diferentes estratégias de construção do corpus de comunicações (MINAYO, 1999) ou material empírico, a triangulação como prova eficiente de validação do material produzido. “A triangulação consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados” (MINAYO, 1999, p. 241-242). Tal processo fora realizado pelas atividades diversas de coleta e construção dos dados, que puderam integrar elementos observados e registrados a partir de minha experiência, com os elementos analisados a partir das experiências de outros atores sociais envolvidos expressas, principalmente, nos diálogos realizados nos círculos de cultura.

O círculo de cultura é uma metodologia de grupo criada por Paulo Freire (NASCIMENTO, 2005; GÓIS, 2003; FREIRE, 1979), originalmente, com a finalidade de potencializar a alfabetização de adultos, a partir de uma pedagogia da libertação. Valorizando

tanto o aspecto instrumental e técnico como o aspecto político do aprender a ler e escrever, tal metodologia destaca-se por ter no diálogo e na linguagem os eixos principais de problematização da realidade e da experiência cotidiana (NASCIMENTO, 2005).

No círculo de cultura, as pessoas participantes se organizam em círculo para a discussão de questões relevantes para a vida dos participantes através do diálogo, num espaço de trocas simbólicas e de experiência, onde “o jeito de ser, os hábitos, os valores, os conhecimentos de cada um passam a ser compartilhados pelo grupo e, com a mediação do educador, problematizados para serem coletivamente redimensionados” (NASCIMENTO, 2005, p.44). Segundo Cezar Wagner de L. Góis, o círculo de cultura é um grupo estruturado com a intenção:

de favorecer o diálogo, a descoberta da realidade e a maneira de modificá-la. Baseia-se no método VER-JULGAR-AGIR, onde a realidade é decodificada e codificada através de palavras geradoras, levantadas pelo próprio grupo e sendo representativas do meio em que os participantes vivem. Contribui para a conscientização, a organização comunitária e a ação política (GÓIS, 2003, p.57).

A metodologia do círculo de cultura, desenvolvida através de trabalhos de Psicologia Comunitária no bairro Pirambu (Fortaleza) em 1981 (GÓIS, 2003), passou a transcender as atividades de alfabetização. Atualmente essa metodologia vem a destacar-se pela capacidade de gerar o aprofundamento da consciência e a problematização da realidade vivida a partir da experiência dos participantes, em atividades grupais de diversos tipos e propósitos. Nesta pesquisa, o círculo de cultura foi utilizado como forma de construção de dados empíricos, dando consistência ao estudo dos fenômenos propostos, bem como facilitando um processo pedagógico de problematização da realidade vivida pelo grupo de participantes (usuários e profissionais da ESF) e um compromisso com essa realidade. Foi realizada, para tanto, uma adaptação da metodologia de facilitação do círculo de cultura visando lograr os objetivos da pesquisa.

É importante destacar que a problematização é concebida, aqui, como “generar situaciones en las cuales las personas se ven forzadas a revisar sus acciones u opiniones acerca de hechos de su vida diaria vistos como normales, convertidos por tal razón en habituales, o percibidos como inevitables al considerarlos naturales” (MONTERO, 2006, p.231). As bases importantes e caracterizadoras do processo de problematização são: o exercício do escutar; o dialogar; o comunicar; o cuidar do diálogo grupal; a humildade e respeito pelo outro; o exercício da análise crítica; se referir a situações reais; aprofundar consciência dos participantes; tem um caráter reflexivo; e pode levar a transformações da realidade problematizada, sendo motivadora a ações (MONTERO, 2006).

A observação participante fora um método auxiliar adotado na construção dos dados empíricos da pesquisa. A Observação Participante constitui-se como método de observação direta de caráter etnológico, “que capta os comportamentos no momento em que eles se produzem e em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho” (Quivy & Campenhoudt, 2003, p.196). Inspirado na Observação Participante, busquei destacar uma relação de mais proximidade e profundidade com a realidade estudada, tendo acesso a uma multiplicidade de dados, análises e vivências. A observação direta e participante se deu pela realização das atividades cotidianas no Sistema Municipal de Saúde de Sobral, a partir do exercício de minhas funções de docência na RMSF. Tais atividades se desenvolveram principalmente nos espaços do bairro Terrenos Novos, do CSF ali situado e da EFSFVS.

O registro das observações foi feito a partir de anotações de campo. Estas, junto com os diários de campo, são “registros de aspectos de interés metodológico, vivencial y cultural [...] dan testimonio de los cambios habidos a través del tiempo en el proceso de investigación [...] puede producir un documento que contiene una visión de la investigación, de su procedimiento, intención, objetivos y mudanzas” (MONTERO, 2006, p. 305-306). As anotações de campo constituem-se, grosso modo, como uma mnemotécnica onde se usa de palavras, frases, siglas e códigos, num pequeno caderno ou bloco de notas, para registrar de forma breve experiências vividas no campo. As anotações são feitas geralmente antes da atividade, quando destaca elementos de planejamentos, e durante, principalmente, quando se anotam rapidamente, aspectos da atividade vivenciada. As anotações de campo que realizei foram reunidas e organizadas de forma cronológica constituindo um documento chamado aqui de Sistematização das Anotações de Campo.

Os materiais reunidos a partir de atividades da RMSF foram produzidos durante o processo de trabalho de tutoria, em atividades de educação permanente⁵ junto aos profissionais inseridos no CSF de Terrenos Novos. As atividades relevantes para a pesquisa foram aquelas que produziram materiais escritos pelos participantes de atividades coletivas referentes a temas ligados ao trabalho da ESF. Adiante, o leitor poderá ver mais detalhes de como fora construído cada parte do material empírico. Passemos a discutir o método de análise dos dados adotado.

Segundo Minayo (apud NEPOMUCENO, B. 2006, p.42) a fase de análise dos dados tem por finalidade “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os

⁵ A Educação Permanente em saúde é uma proposta pedagógica de qualificação dos profissionais do SUS que enfatiza, prioritariamente, a potência da aprendizagem em serviço, rompe com a educação bancária (em que o aprendiz é passivo no processo) e prima por uma práxis problematizadora da realidade cotidiana do trabalho. Essa proposta pedagógica tem, como eixo orientador, a organização do processo educativo a partir do processo de trabalho, reconhecendo como lócus de aprendizagem, o próprio espaço de atuação dos profissionais de saúde.

pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural ao qual faz parte”. É o momento onde são construídas as considerações finais e resultados da pesquisa, a partir de cruzamentos entre o corpus empírico, os objetivos da pesquisa e o marco teórico utilizado.

A mesma autora coloca que existem 3 obstáculos iniciais a serem superados na análise de um material. O primeiro obstáculo refere-se à “ilusão da transparência” (BOURDIEU Apud MINAYO, 1999, p.197). A autora diz: “Essa ilusão é tanto mais perigosa, quanto mais o pesquisador tenha a impressão de familiaridade com o objeto” (MINAYO, 1999, p. 197). A ilusão aqui colocada refere-se à ingenuidade e projeção da subjetividade do pesquisador nas análises. O segundo obstáculo refere-se à dificuldade de se conseguir ser fidedigno às significações presentes no material. O terceiro obstáculo é conseguir juntar conceitos abstratos com os dados empíricos.

Uma análise do material recolhido busca atingir a três objetivos: - a ultrapassagem da incerteza: o que eu percebo na mensagem, estará lá realmente contido? Minha leitura será válida e generalizável? – enriquecimento da leitura: como ultrapassar o olhar imediato e espontâneo e já fecundo em si, para atingir a compreensão de significações, a descoberta de conteúdos e estruturas latentes? – integração das descobertas que vão além da aparência, num quadro de referência da totalidade social no qual as mensagens se inserem? (BARDIN, 1979, p.29 apud MINAYO, 1999, p.197-198).

Para realizar a análise do conjunto de dados, utilizei a técnica da *Análise Temática* que, inserida dentro da *Análise de Conteúdo*, busca alcançar os significados manifestos dos dados coletados. Segundo Laurence Bardin (1977), a Análise de Conteúdo caracteriza-se por ser um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que procura estabelecer uma “correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados” (BARDIN, 1977, p. 41). O mesmo autor vem a delimitar, de forma sintética, a concepção de análise de conteúdo adotada neste estudo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Constitui-se como uma técnica de pesquisa que apresenta objetividade, sistematização e a inferência como características metodológicas (RICHARDSON et al., 1999). Pode-se focar a análise sobre o próprio locutor ou sobre as condições sociais em que o discurso é construído, “a escolha dos termos utilizados pelo locutor, a sua frequência e o seu modo de disposição, a construção do discurso e o seu desenvolvimento são fontes de informação” (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2003, p.226). Roberto J. Richardson e

colaboradores (1999) nos dão mais esclarecimentos sobre essa estratégia metodológica, que guiou a presente pesquisa: “trata-se de compreender melhor um discurso, de aprofundar suas características e extrair os momentos mais importantes [...] a leitura feita deve ser transmissível. Isto é, a forma de trabalho de um pesquisador deve ser exposta de maneira tal que possa ser repetida por outros pesquisadores” (1999, p.224).

A análise de conteúdo constitui-se como processo hermenêutico baseado na indução e inferência. Para sabermos um pouco mais sobre o que consiste a indução, vejamos o que nos dizem Marina Marconi e Eva Lakatos:

Indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam (MARCONI; LAKATOS, 2005, p.86).

A indução fundamenta-se em premissas, onde “pode-se afirmar que as premissas de um argumento indutivo correto sustentam ou atribuem certa verossimilhança à sua conclusão” (CERVO; BERVIAN, 1978, p.25, apud MARCONI; LAKATOS, 2005, p.86). As premissas abrem o olhar para uma realidade não desconhecida e, a partir de informações sobre casos e episódios observados, vai do específico pra o geral. A indução é um processo que tradicionalmente se pautou na idéia de construir “leis” a partir da observação da natureza, onde “nas mesmas circunstâncias, as mesmas causas produzem os mesmos efeitos” (MARCONI; LAKATOS, 2005, p. 87). A crítica da indução como procedimento científico se faz principalmente pela consideração de que se pode cair na suposição de que o futuro será como uma repetição do passado (JOLIVET, 1979 apud MARCONI; LAKATOS, 2005).

Com o uso das inferências (indução) na interpretação do material empírico desta pesquisa, não tenho a pretensão de fazer generalizações universalizantes absolutas, como se a realidade fosse estática. Somente pretendo analisar uma realidade social vivida num cotidiano delimitado espacial e temporalmente, uma realidade local situada historicamente, que se configura de forma dinâmica e complexa e na qual me incluo. Partindo desse entendimento, destaco elementos dessa realidade social, bem como do movimento histórico percebido e estudado, que têm uma relação de mútua influência com múltipla determinação. Essa determinação brota da interface permanente de elementos locais e globais, onde se revelam o específico e o geral, o individuo e sociedade, o singular e o universal.

Como já dito, Análise Temática é a técnica da Análise de Conteúdo escolhida nesta pesquisa. A partir dela, identifiquei os núcleos de sentido, isto é, os temas que se destacaram nas comunicações e que tiveram relevância para os objetivos da pesquisa. Estas análises “são

as que tentam principalmente revelar as representações sociais ou juízos dos locutores, a partir de um exame de certos elementos constitutivos do discurso” (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2003, p.228). Aqui a “noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto” (MINAYO, 1999, p. 208). O objetivo situa-se na busca por “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 1999, p. 208).

A Análise Temática adotada constitui-se como análise categorial, de critério semântico, focada na investigação dos temas em um discurso direto. Tem o tema como unidade de registro que orienta uma regra de recorte do texto. De acordo com D’Unrunga (apud BARDIN, 1977, p. 105) podemos definir tema como:

Uma unidade de significação complexa, de comprimento variável: a sua validade não é de ordem lingüística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições). Enfim, qualquer fragmento pode reenviar (e reenvia geralmente).

Utilizo, portanto, um modelo de Análise de Conteúdo de perspectiva qualitativa de análises dos materiais advindos das gravações dos círculos de cultura, das anotações de campo e das produções advindas de intervenções realizadas no meu trabalho na ESF local. A integração de materiais diversos no corpus da pesquisa visa facilitar articulações interpretativas entre texto e seu contexto histórico de produção, construindo um ensaio teórico de problematização dos fenômenos estudados. Busco nessa empreitada superar o subjetivismo, a ilusão da transparência, não ficar preso ao conteúdo explícito da mensagem, integrar palavra e ação, articular o que é dito com o que é feito e visto, buscar os significados latentes e captar o movimento, as contradições e os condicionantes históricos.

O processo de desenvolvimento da Análise Temática, nesta pesquisa, passou pelas seguintes etapas adaptadas de Bardin (1977):

1) Pré- Análise

1.1 - Leitura flutuante dos documentos produzidos;

1.2 - Preparação do material com a identificação inicial dos núcleos temáticos;

2) Exploração do Material com Operações de Codificação

2.1 - Recorte dos textos a partir dos temas;

2.2 - Enumeração das partes;

2.3 - Classificação e agregação a partir da definição dos núcleos temáticos;

2.4 – Construção de quadros temáticos e de listas de temas;

3) O Tratamento dos Resultados, Inferência e a Interpretação

Em linhas gerais, a Análise Temática do material empírico da pesquisa se deu por rígidos processos de leitura, re-leituras, categorizações, recortes, codificações, sistematizações, interpretações e inferências sobre as mensagens expressas (significações e códigos) e sobre os grupos emissores. Os procedimentos acima descritos podem ser sintetizados, grosso modo, como identificação de núcleos temáticos, organização do material analisado em núcleos temáticos, discussão dos temas encontrados a partir do referencial teórico da pesquisa e elaboração dos resultados da pesquisa. As considerações finais tratarão sobre o processo geral da pesquisa, seu desenvolvimento, implicações e abertura de novas questões.

2.3) Passos da construção dos dados empíricos

Como já dito, a construção dos dados empíricos se deu pela realização de círculos de cultura com um grupo formado com usuários e profissionais da ESF; pela Sistematização de Anotações de Campo; e pela organização do material produzido em atividades da RMSF no cenário do estudo. Vejamos abaixo, os procedimentos realizados na construção do material empírico em cada uma dessas atividades da pesquisa.

Foram realizados dois encontros em círculos de cultura com um grupo misto, formados por profissionais da ESF e moradores (usuários) de Terrenos Novos. Participaram do grupo seis pessoas, sendo três profissionais e três moradores. Utilizei o recurso da gravação de áudio dos diálogos grupais e posterior transcrição detalhada das gravações, identificando os participantes em duas categorias: profissional e usuário. Os participantes foram identificados como usuário 1, usuário 2, usuário 3, profissional 1, profissional 2 e profissional 3. Para auxiliar na facilitação de grupo, manejo dos aparelhos de gravação (dois MP3 de marcas Philips e Britânia), observação dos processos grupais e posterior transcrição das gravações, a pesquisa contou com a participação de Alex V. de Brito, estudante do curso de Psicologia da UFC – Sobral, como pesquisador-auxiliar.

Portanto, foram realizados dois círculos de cultura, ambos com duração de 60 minutos aproximadamente. No primeiro momento, foi realizado um círculo de cultura que tinha, inicialmente, o intuito de testar a metodologia e constituir-se como pré-teste dos instrumentos. Após avaliação do material produzido (rico de informações e significados) e das discussões realizadas pelos participantes (o que revelou disponibilidade e motivação do grupo), resolvi continuar com o mesmo grupo em outro encontro. Tendo aperfeiçoado o método de facilitação das atividades grupais e avaliado a relevância das questões geradoras, parti para realizar o segundo momento com o grupo. No segundo encontro, com este mesmo

grupo de participantes, pudemos aprofundar reflexões, diálogos e análises sobre as questões geradoras (ver anexos).

Para a escolha dos participantes do grupo, levei em consideração, quanto aos profissionais, o tempo de trabalho no CSF Dr. Everton Mont'Alverne (priorizando os profissionais que tinham bastante experiência), a disponibilidade e interesse em participar da entrevista e, também, busquei contar com entrevistados de diferentes profissões integrantes das equipes de saúde da família do local. Quanto aos moradores, os entrevistados são pessoas identificadas (e auto-identificadas) como lideranças comunitárias que, além do interesse e disponibilidade em participar da entrevista, têm significativo tempo de moradia em Terrenos Novos. Essas escolhas se deram progressivamente de acordo com a inserção no local de pesquisa e apresentação do projeto de pesquisa a diversos possíveis participantes.

Aqui podemos ver um pouco do perfil dos participantes dos círculos de cultura: o profissional 1 trabalha no CSF há 11 anos e mora no bairro há 12 anos; o profissional 2 trabalha no CSF há 8 anos e mora no bairro há 20 anos; o profissional 3 trabalha no CSF há 6 anos e não mora no bairro; o usuário 1 mora no bairro há 11 anos; o usuário 2 mora há 20 anos; o usuário 3 mora no bairro há 19 anos. As idades dos participantes variam de 21 a 42 anos, sendo 3 homens e 3 mulheres. Quanto aos trabalhadores, temos profissionais com formação universitária e ensino médio completo. Quanto aos moradores, ensino médio e fundamental. Mais adiante poderemos ver que outros profissionais serão citados, pois aparecem nas anotações de campo realizadas. Com todas as pessoas envolvidas, a pesquisa teve o compromisso de manter o anonimato, portanto, muitas vezes não será possível revelar a profissão, nem o setor de atuação dos mesmos. Voltemos a discutir e esclarecer o amíúde metodológico da pesquisa.

Como já dito acima, o uso do círculo de cultura se deu, fundamentalmente, para destacar o movimento de problematização dialógica da realidade vivida pelos participantes, onde o envolvimento dos participantes, os significados e sentidos expressos na atividade de discussão dos temas abordados foram de grande relevância para este estudo. As etapas para a realização dos círculos de cultura foram as seguintes: 1) Inserção na Realidade Local; 2) Definição Metodológica - das questões geradoras e da estratégia de facilitação; 3) Primeiro Encontro de Problematização - em círculo de cultura; 4) Avaliação e Adequação Metodológica - da estratégia de facilitação e das questões geradoras; 5) Transcrição das Gravações do material produzido no círculo de cultura; 6) Segundo Encontro de Problematização - em círculo de cultura com o mesmo grupo de participantes; 6) Transcrição das Gravações – a partir do material coletado dos dois grupos realizados.

A fase de *Inserção na Realidade Local* é uma adaptação da etapa de “levantamento do universo vocabular” do método criado por Paulo Freire para alfabetização de adultos (1979, 1980), onde:

A descoberta do universo vocabular dos grupos com os quais se há de trabalhar se efetua no curso de encontros informais com os habitantes do setor que se procura atingir. Não só se retêm as palavras mais carregadas de sentido existencial – e, por causa disso, as de maior conteúdo emocional –, senão também as expressões típicas do povo: formas de falar particulares, palavras ligadas à experiência do grupo, especialmente à experiência profissional (FREIRE, 1980, p. 42).

Esta fase, chamada aqui de *Inserção na Realidade Local*, é inspirada nas idéias e práticas de Paulo Freire. Nesta fase realizei, durante três meses (junho, julho e agosto de 2008), trabalhos na tutoria da RMSF junto à comunidade e ao CSF local. Neste período, realizei conversas informais e formais com lideranças comunitárias, moradores e trabalhadores do CSF no intuito de conhecer aspectos da história da comunidade e do serviço, bem como do funcionamento do CSF e localização dos espaços e de formas de mobilização e participação comunitária. No decorrer dessa inserção, acompanhei atividades de interação direta entre profissionais de saúde da família e a população. O objetivo principal dessa fase foi a percepção e levantamentos de temas ou questões importantes e pertinentes à realidade dos trabalhadores e dos moradores do lugar e que tinham relação com os objetivos da pesquisa. Tal levantamento de temas se deu de forma concomitante ao processo de início das atividades da VI e VII turmas de RMSF. Neste período, trabalhei na facilitação da inserção da equipe multiprofissional de residentes no bairro, bem como participei da co-construção de um relatório de territorialização (NEPOMUCENO *et al*, 2008), que sistematizou esse processo de inserção registrando dados descritivos e analíticos da história do bairro, da rede de políticas públicas e dos modos de organização dos serviços de saúde e da comunidade.

A fase de *Definição Metodológica* das questões geradoras e da metodologia de facilitação se deu a partir da análise dos registros feitos e da experiência vivida na fase anterior. A construção das Perguntas Geradoras da Pesquisa se deu a partir da análise das anotações de campo feitas e dos Temas Geradores Pré-definidos a partir dos objetivos já estabelecidos no projeto da pesquisa (ver Anexo I). Dessa integração entre os temas já pré-definidos e dos temas nascidos da realidade local, definiram-se as questões geradoras (ver Anexo II) e a metodologia do encontro dos círculos de cultura.

Em seguida, no dia 11 de setembro de 2008, foram realizadas atividades grupais do *Primeiro Encontro de Problemática* dos temas e perguntas geradoras em círculo de cultura. Este, como dito anteriormente, teve o propósito inicial de ser pré-teste para poder avaliar o modelo de facilitação de grupo, a relevância dos temas geradores, o modo de

abordagem dos temas e de registrar os dados. Mas pela riqueza do material produzido, disponibilidade e motivação do grupo, este momento foi considerado como válido para análise de dados e o grupo foi definido como o principal grupo de informantes da pesquisa. Permanecemos juntos para outro momento posterior.

Depois da fase de *Avaliação e Adequação Metodológica* da experiência do primeiro círculo de cultura e da *Transcrição das Gravações* realizadas, partimos para o *Segundo Encontro de Problematização* em círculo de cultura com os mesmos participantes no dia 29 de outubro de 2008.

As atividades em grupo foram realizadas numa sala consultório do CSF Dr. Everton Mont'Alverne, com duração aproximada de 60 minutos, e as atividades iniciando às 10 horas pelo turno da manhã. Os participantes já se conheciam todos, mesmo que alguns não tivessem muito contato. Tal re-conhecimento facilitou o entrosamento do grupo e o respeito às falas e opiniões. Não foi percebida inibição por parte de nenhum dos participantes, ambos contribuíram com suas falas e gestos, concordando e também discordando dos outros participantes. Eu (facilitador-pesquisador) e Alex Viana de Brito (pesquisador-auxiliar) não emitimos opiniões sobre os temas. Na coordenação das atividades, busquei facilitar os processos de discussão dos temas e perguntas geradoras, regulando o tempo. O grupo geralmente se mostrou aberto na discussão dos temas trazidos. Na avaliação realizada junto com o pesquisador-auxiliar, percebemos que tivemos opiniões significativas de todos os participantes. Fora percebido um esgotamento das discussões sobre os temas e perguntas geradoras, no fim do Segundo Encontro de Problematização. Fora assumido o compromisso de chamar todos os participantes, posteriormente, para a construção de estratégias de ação para a melhoria da participação comunitária e da ESF local.

Para definir o fim das atividades de grupo em círculos de cultura, tomei como parâmetro as idéias de Maritza Montero: “lo importante es la cantidad de información obtenida y no la cantidad de personas que la proporcionan, aunque la condición o cualidad de esas personas es muy importante en el sentido de que ellas deben ser las adecuadas para la tarea” (MONTERO, 2006, p.52). Percebi, por critérios de análise da qualidade da quantidade, que o material produzido nos grupos era suficiente para os objetivos dessa pesquisa de mestrado.

As anotações de campo foram realizadas no período de junho a novembro de 2008 e consistem, fundamentalmente, em escritos pessoais sobre meu processo de trabalho na tutoria da RMSF. Das anotações feitas, reuni dezesseis (16) significativas para os temas da pesquisa, que compõem o documento chamado Sistematização das Anotações de Campo, organizado

em ordem cronológica dos acontecimentos. O número de anotações por mês é expresso na tabela abaixo:

Anotações de Campo significativas realizadas	
Junho/2008	1
Julho/2008	2
Agosto/2008	2
Setembro/2008	2
Outubro/2008	4
Novembro/2008	4

As atividades da RMSF que foram significativas para a pesquisa foram: 1) a realização do processo de territorialização, nos meses de julho, agosto e setembro de 2008, que deu origem ao trabalho intitulado “Territorialização e Inserção nos Serviços de Saúde da Família: conhecendo a realidade de Terrenos Novos e Vila União”⁶. A análise deste trabalho realizado fora decisiva para a construção do capítulo 4, que versa sobre a comunidade de Terrenos Novos; 2) Oficinas de implantação do Conselho Local de Saúde, realizadas nas tardes dos dias 07 e 28 de agosto e 12 de setembro de 2008 e contou com a participação de usuários e profissionais da ESF; 3) Oficina de Integralidade no SUS, realizada na tarde do dia 02 de outubro de 2008, que buscou problematizar, junto aos trabalhadores, os avanços e desafios na implementação do SUS no CSF de Terrenos Novos; 4) Oficina de Acolhimento, na tarde do dia 05 de março de 2009, que buscou problematizar, junto aos trabalhadores, o modo como o CSF vem realizando os processos de acolhimento das necessidades de saúde da comunidade; 5) Realização de Enquete sobre as relações interpessoais no CSF de Terrenos Novos, atividade que iniciou no mês de fevereiro de 2009 e ainda perdura, e que busca avaliar as relações que se constroem no trabalho do CSF de Terrenos Novos e construir uma agenda de oficinas de relações interpessoais. Todas essas atividades realizadas foram significativamente influenciadas pela realização da pesquisa, já que, com o passar do tempo, avançava na compreensão e estudo da realidade. A realização dessas atividades, em contrapartida, fora de importante valor para a realização da pesquisa, trazendo mais elementos para as análises e gerando mais clareza das possibilidades de atuação na realidade estudada.

2.4) A fase de análise dos dados

⁶ Os autores, em ordem alfabética são: Ana Helena Bomfim, Cristiane Maria Martins Rodrigues, Érika Serrano Paredes, Fabiana Araújo Lima, Francisco Clemilson de Sousa Oliveira, Leila Mendes da Silva, Léo Barbosa Nepomuceno, Loíse Elena Zanin, Márcio Anderson Cardozo Paresque, Maria Lidiany Tributino de Sousa, Paula Nataniele Nunes Alves.

Na fase de pré-análise, realizei junto com o pesquisador-auxiliar diversas escutas atentas às gravações dos diálogos realizados nos círculos de cultura. No processo de escuta, realizamos anotações sobre o que interpretávamos dos diálogos, buscando delinear as primeiras identificações de núcleos temáticos do material. Posterior às escutas, realizamos as leituras flutuantes do material já transcrito com o mesmo intuito de começar a delinear com mais clareza os temas subjacentes.

Passando para a fase de exploração do material com operações de codificação, o material dos círculos de cultura foi dividido em 3 (três) macro-temas, sendo: 1) participação comunitária; 2) trabalho de PSF; e 3) a relação entre participação comunitária e trabalho de PSF. Estes macro-temas foram os temas geradores dos círculos de cultura, de forma que direcionaram também a constituição da organização do material transcrito. Cada macro-tema deu origem a um quadro temático e continha seus temas, sub-temas e unidades de sentido (ver apêndice).

Na exploração dos documentos com a sistematização das anotações de campo e do material produzido nas atividades da RMSF, identifiquei os temas relevantes, mas não produzi quadros temáticos. Estes materiais foram utilizados como auxiliares e complementares às análises realizadas dos quadros temáticos produzidos com o material dos círculos de cultura. Abaixo, temos, como exemplo do modo de organização adotado, a lista dos temas e sub-temas do quadro temático 1:

Tabela 1- Ilustração da Estrutura de Temas e Sub-temas dos Quadros Temáticos

MACRO-TEMA	TEMAS	SUB-TEMAS
1-Participação Comunitária	1.1- Concepções sobre participação comunitária	1.1.1- Concepções dos usuários
		1.1.2 – Concepções dos profissionais

	1.2- A participação comunitária em Terrenos Novos	1.2.1- Avaliando a participação comunitária
		1.2.2- O desencantamento com a participação comunitária
		1.2.3- Os espaços de participação comunitária
		1.2.4- Algumas experiências com a participação comunitária

Cada sub-tema é composto pelas unidades de sentido (que são falas individuais ou diálogos produzidos nos círculos de cultura), que irão compor os três grandes quadros temáticos da pesquisa. A organização do conteúdo dos capítulos desta dissertação baseia-se nos temas e sub-temas do material empírico. As unidades de sentido aparecerão nas citações das falas e diálogos nos círculos de cultura.

A codificação dos textos foi feita a partir da identificação do participante (usuário 1, 2 ou 3 e profissional 1, 2 ou 3), da numeração dos círculos de cultura (cc1 e cc2), das páginas do documento da transcrição (p.1, p.2, etc.) e das falas (f.1, f.2, etc.). Dessa forma encontraremos, por exemplo, a citação a seguir, que é uma unidade de sentido do macro-tema participação comunitária, tema concepções sobre participação comunitária e sub-tema concepção dos usuários: “Então participação comunitária é missão, é compromisso, é projeto de vida” (usuário 3, cc1, p.5, f.20). Encontraremos também a citação de pequenos diálogos (que também são unidades de sentido) que serão identificados como no exemplo:

Profissional 1: Aqui tem muita participação comunitária, mas também fica meio que assim, é cada qual...

Profissional 3: Isolado *(fala paralela)*.

Profissional 1: Isolado né, “eu tenho a minha participação aqui, a Dona Lúcia tem a dela e fulano tem a dele e aí”, mas existe participação né.

Pesquisador: Hum rum...

Profissional 1: Mas cada qual no seu lugar, no seu grupo contribuindo da forma que acha correto, né (diálogo, cc2, p.6, f.15-19).

A identificação das falas individuais e diálogos facilitou a articulação da fala com o contexto de produção da mesma, facilitando a contextualização das unidades de sentido utilizadas.

A codificação realizada na Sistematização das Anotações de Campo fora efetivada, principalmente, na ordenação cronológica. As citações realizadas desse material foram identificadas por extenso no texto, permitindo a localização dos conteúdos no corpo do documento, principalmente pela identificação da data e da página.

O material advindo das atividades realizadas a partir da RMSF fora organizado a partir da ordem cronológica dos acontecimentos, em um documento único. A identificação das partes será realizada por extenso no texto para contextualizar o leitor, quando da utilização de referência a este documento.

A seguir o leitor poderá ver que a construção do texto da dissertação busca, ao máximo, integrar elementos teóricos e empíricos, de forma que as análises do material empírico, com as inferências e interpretações, aparecem em vários capítulos. Busquei ao máximo tornar a leitura agradável e acessível sem, no entanto, perder a profundidade das análises.

Vale ressaltar que a estrutura de organização lógica das análises realizadas centra-se, principalmente, nos temas advindos dos círculos de cultura. A utilização dos outros materiais tem o caráter complementar, que busca trazer mais elementos para as questões já levantadas na análise dos quadros temáticos produzidos.

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, bem como da Comissão Científica do Sistema Municipal de Saúde e Ação Social de Sobral, sendo aprovado em ambos.

Esta pesquisa respeita os preceitos éticos de privacidade e individualidade dos participantes que compõem o estudo. Pautase na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde, que enfatiza os compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, seja como indivíduo, seja como coletividade (BRASIL, 1996). Ao respeitar a privacidade e individualidade dos participantes julgo necessário não publicar na íntegra os materiais produzidos, principalmente, nas atividades mais específicas do campo de trabalho.

Este estudo incorpora, em seu contexto, os quatro referenciais da bioética: autonomia, onde se manterá o anonimato das informações obtidas sobre as pessoas envolvidas na pesquisa; a não maleficência, garantindo que os danos previsíveis serão evitados; a beneficência, que envolve o comprometimento com o máximo de benefício e o mínimo de danos e riscos; e a justiça, considerando as vantagens para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para as pessoas vulneráveis, o que garante a igualdade na consideração dos diferentes interesses envolvidos.

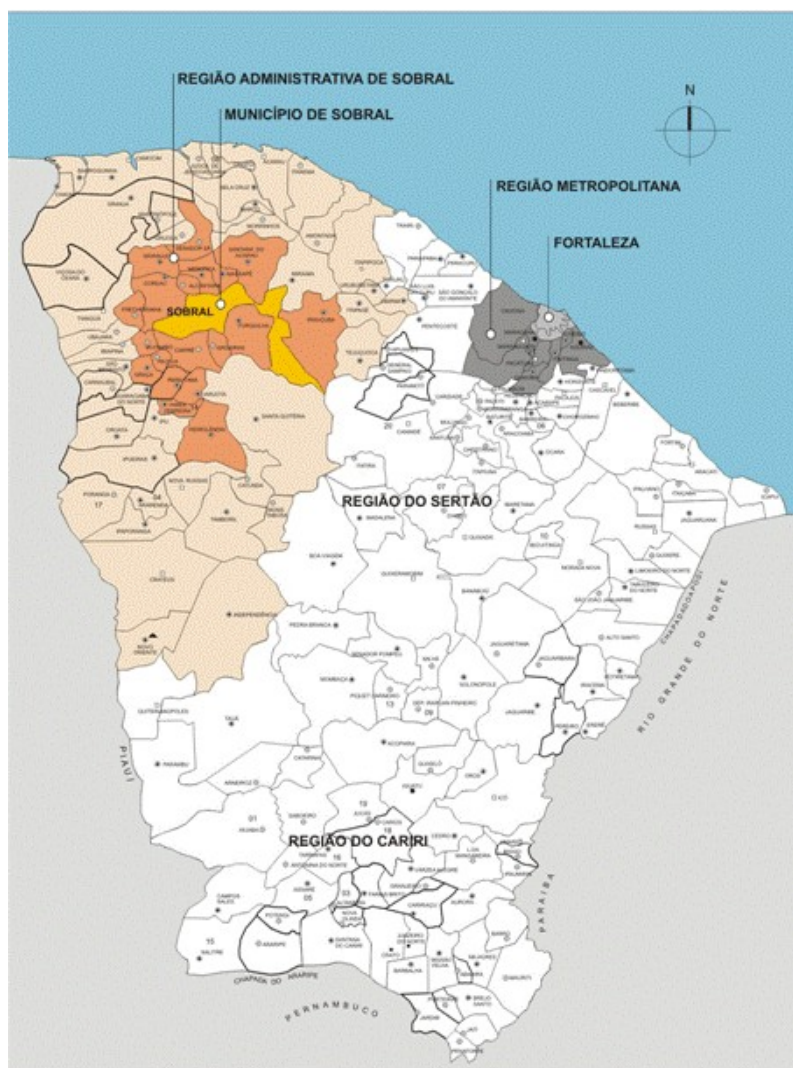
CAPÍTULO 3 – CONTEXTUALIZANDO A COMUNIDADE DE TERRENOS NOVOS EM SOBRAL-CE

Para a construção desse capítulo, conto com análises de alguns dados coletados em documentos oficiais, como relatórios da gestão municipal, trabalhos científicos locais realizados e, principalmente, utilizo como fonte de informações o relatório de territorialização produzido pela equipe 4 da RMSF (na qual me insiro como tutor). Realizado nos meses de julho, agosto e setembro de 2008, o relatório se intitula “Territorialização e Inserção nos Serviços de Saúde da Família: conhecendo a realidade de Terrenos Novos e Vila União”. O leitor poderá ver as freqüentes referências a esse rico documento no decorrer do texto.

3.1) O Município de Sobral

Sobral é um município situado na Região Noroeste do Ceará, Brasil, distante aproximadamente 230 km da capital Fortaleza, por via rodoviária (BR- 222). Por sua boa localização e vias de acesso favoráveis, constitui-se como um pólo de atendimento de bens e serviços especializados da Região Noroeste-Norte do Ceará e de escoamento da produção para o Piauí, Maranhão e Região Norte do Brasil (SOBRAL, 2007).

Mapa 3: Situação Geográfica de Sobral e de Influência Econômica na Região Noroeste do Ceará



No mapa acima, podemos ver o município de Sobral, sua região administrativa e um esboço de sua área de influência econômica. A população de Sobral é de 178.916 habitantes (dados estimados para 2007). As estatísticas por grupos de idade mostram uma característica marcante da população: a de ser bastante jovem. Os menores de 20 anos representam 45,8% dos habitantes e o número de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) representa 63,2% do total da população feminina. Tal perfil demográfico revela uma tendência para elevada taxa de fecundidade municipal, o que pode gerar número elevado de dependentes da população economicamente ativa e, ainda, demanda crescente por serviços de educação, saúde e lazer. De acordo com dados de 2007 do Sistema Informação da Atenção Básica (SIAB), existem 48.356 famílias residentes em Sobral e uma média 3,9 pessoas por família. Desse total de famílias, 76% residem na sede do município e 24% nos distritos (SOBRAL, 2007).

Sobral ocupava (em 2004) o 3º lugar no ranking comparativo dos municípios cearenses com o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM)⁷. Já quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁸, ocupava o 7º lugar (dados de 2000) no Estado. Tais dados, infelizmente, não podem ser motivo de comemorações, pois o quadro de desigualdade social é alarmante:

De acordo com o Cadastro Único do município de Sobral, em 2007 havia 17.734 famílias cadastradas em situação de extrema pobreza, o que correspondia a 36,7% da população que declara uma renda mensal per capita igual ou inferior a R\$ 60,00. Destas, 13.602 foram atendidas com o Programa Bolsa Família, recebendo benefícios com valores entre R\$ 50,00 a R\$ 95,00 por mês (SOBRAL, 2007, p.8).

Os bairros com maiores concentrações de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família são Terrenos Novos, Sinhá Sabóia, Vila União, Parque Silvana, Expectativa, Vila Recanto, Tamarindo, Sumaré, Padre Palhano, Dom José, Dom Expedito (SOBRAL, 2007).

3.2) Dados sócio-econômicos e demográficos do bairro Terrenos Novos

O Bairro Terrenos Novos localiza-se na Zona Urbana do Município de Sobral. Tem uma população de 13644 habitantes, o que corresponde a 7,6% da população de Sobral. O bairro é formado predominantemente por famílias de baixa renda e é reconhecidamente um dos bairros mais pobres (economicamente) do município de Sobral (NEPOMUCENO *et al*, 2008). De acordo com dados de agosto de 2007 do Cadastro Único da Prefeitura de Sobral, Terrenos Novos é bairro que concentra o maior número de famílias assistidas pelo Programa Bolsa Família do município. São 1382 famílias beneficiadas, o que corresponde a aproximadamente 40% das famílias do bairro (SOBRAL, 2007).

O gráfico abaixo demonstra a distribuição da população por faixa etária no bairro, onde podemos observar que 23,6% da população encontra-se na faixa etária de 10 a 19 anos e 36,1% encontra-se na faixa etária de 20 a 39 anos. Somadas as proporções, podemos ver que 59,7% da população está de entre 10 a 39 anos, representando uma maioria da população. Os maiores de 39 anos somam 20,2% da população, tendo apenas 5,2% acima dos 60 anos.

⁷ O IDM permite o acompanhamento da evolução do desenvolvimento dos municípios e se configura como um instrumento de apoio no planejamento para tomadores de decisões na esfera pública para formulação de políticas públicas (SOBRAL, 2007).

⁸ O IDH leva em conta três indicadores: o PIB per capita, a longevidade e a educação. O PIB per capita é corrigido pelo poder de compra da moeda de cada país e, assim, elimina as diferenças de custo de vida entre as nações. Para a mensuração da longevidade utiliza-se a expectativa de vida ao nascer. Quanto à educação, sua aferição é dada pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino (SOBRAL, 2007).

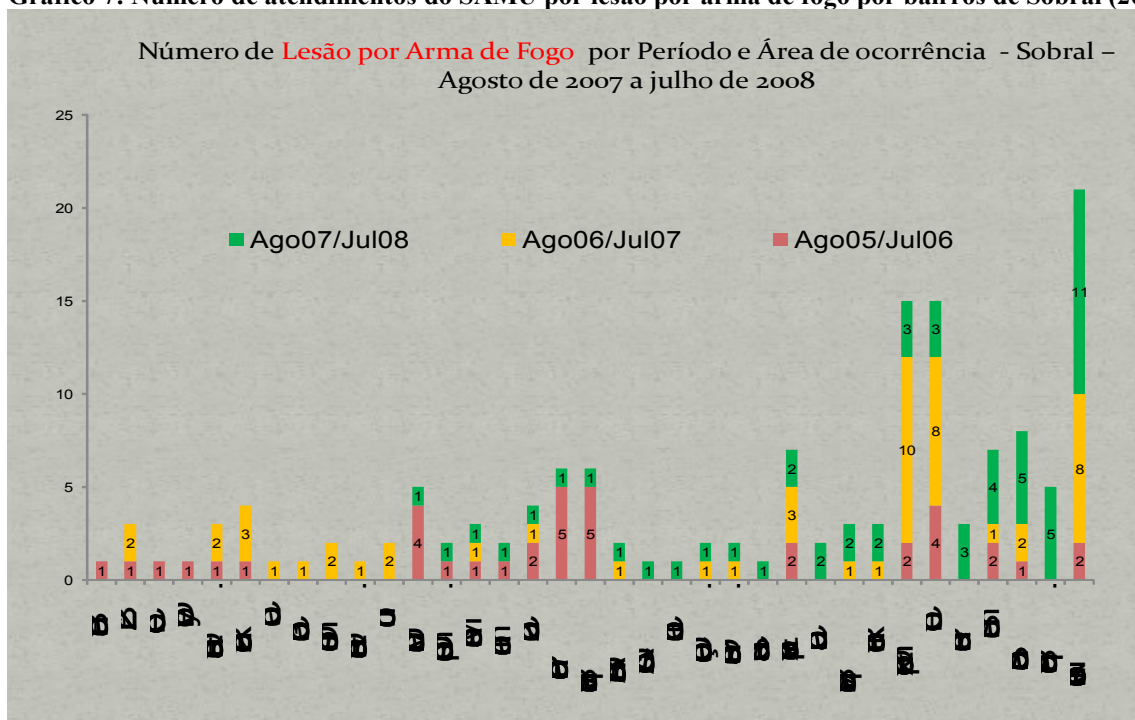
Tabela 1: População x Faixa etária x Sexo - Bairro Terrenos Novos

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PROPORÇÃO POR FAIXA ETÁRIA (%)
	6706	6938	13644	
Menor 1 ano	81	77	158	1,2
1 a 4 anos	502	480	982	7,2
5 a 6 anos	282	267	549	4,0
7 a 9 anos	552	494	1046	7,7
10 a 14 anos	854	859	1713	12,5
15 a 19 anos	740	778	1518	11,1
20 a 39 anos	2404	2522	4926	36,1
40 a 49 anos	651	716	1367	10,0
50 a 59 anos	312	370	682	5,0
Maior 60 anos	328	375	703	5,2

Fonte: SIAB Jun/2008

Dados do SAMU (SOBRAL, 2008) revelam uma realidade preocupante quanto às condições de vida da população. Se observarmos os três gráficos abaixo podemos ver que Terrenos Novos é o bairro mais afetado pelo problema social da violência no município. Tomemos como indicadores de referência dados sobre os casos de agressão física, lesão por arma branca e lesão por arma de fogo.

Gráfico 7: Número de atendimentos do SAMU por lesão por arma de fogo por bairros de Sobral (2008)



Já a tabela abaixo fala sobre as condições de moradia no bairro, destacando aspectos do tratamento e distribuição de água, destino do lixo, fezes e urina, tipo de casa e rede de distribuição de energia elétrica. Alguns desafios também se revelam como os 22% das famílias que não dispõem de tratamento da água; 36 famílias que não tem acesso à distribuição de água; bem como o destino do lixo, fezes e urina colocados a céu aberto, proliferando doenças e desequilíbrio ambiental. A coleta de lixo é realizada pela prefeitura municipal nas ruas principais, mas algumas ruas não asfaltadas não oferecem condições adequadas de passagem para o carro do lixo. Nessas ruas, os moradores enfrentam o desafio de conviver por extensos períodos de acumulação de lixo, à espera demorada da ação do poder público. A situação mais grave é numa área de morro, onde não há infra-estrutura de saneamento e habitação satisfatória e a maioria dos canais de esgotos tem início lá (NEPOMUCENO *et al*, 2008).

Tabela 2: Tratamento e abastecimento de água x Destino do lixo, fezes/urina x Tipos de casa x Energia elétrica – Terrenos Novos por número e porcentagem das famílias

TRATAMENTO ÁGUA DOMICÍLIO		Nº absoluto	%
	FILTRAÇÃO	1967	58,5
	FERVURA	16	0,5
	CLORAÇÃO	626	18,6
	SEM TRATAMENTO	751	22,4
ABASTECIMENTO DE ÁGUA			
	REDE PÚBLICA	3315	98,6
	POÇO/NASCENTE	9	0,3
	OUTROS	36	1,1
TIPOS DE CASA			
	TIJOLO/ADOBE	2751	81,9
	TAIPA REVESTIDA	401	11,9
	TAIPA NÃO REVESTIDA	196	5,8
	MADEIRA	11	0,37
	MATERIAL APROVEITADO	0	0
	OUTROS	1	0,03
DESTINO DO LIXO			
	COLETA PÚBLICA	2759	82,1
	QUEIMADO/ENTERRADO	67	2
	CÉU ABERTO	534	15,9
DESTINO FEZES/URINA			
	SISTEMA DE ESGOTO	2062	61,4
	FOSSA	804	23,9
	CÉU ABERTO	494	14,7
ENERGIA ELÉTRICA		3335	99,3

FONTE: SIAB JUN/2008

3. 3) Um Pouco da Formação Histórica da Comunidade de Terrenos Novos

Segundo Lauro Prestes (2005), o território do bairro Terrenos Novos, a partir do final da década de 60, configurava-se como um grande espaço desabitado de Sobral e com possibilidade de expansão residencial. Nesse período, começa a se desenvolver um interesse no território pelo potencial mobiliário das terras (NEPOMUCENO *et al*, 2008).

Conforme Adalberto Mendes (2007), a comunidade fora criada pela lei municipal nº 013/82 de 1º de Dezembro de 1982, com o nome de “Cidade Prefeito José Euclides” em homenagem a um antigo prefeito de Sobral. Como veremos adiante, o bairro fora se estruturando a partir de doações de terrenos por vereadores e por agentes da Prefeitura da época. A população começa a chamar o lugar como “Terrenos Novos”, nome que fora oficializado pela Lei Municipal nº 107/89 de 07/11/1989 sancionada pelo Prefeito José Parente Prado. A denominação “Terrenos Novos” passou a ser reconhecida pelo IBGE e é o nome mais utilizado para se referir ao bairro (NEPOMUCENO *et al*, 2008).

O bairro Terrenos Novos também já foi conhecido como “Malvinas”, por ter surgido em época semelhante à guerra das Malvinas entre Argentina e Inglaterra, e também, fora chamado de “Mucambinho” devido ao açude Mucambinho que existe na localidade desde os tempos coloniais. De acordo com relatos de Adalberto Mendes (um morador antigo e historiador dos bairros de Sobral), “o açude Mucambinho fora criado após um período de secas no Ceará entre os anos de 1877 e 1888 e por determinação do Imperador Pedro II” (NEPOMUCENO *et al*, 2008, p.8).

De acordo com Maria de S. T. de Sousa (2004), a comunidade nasceu em 1982 quando, através de um programa de habitação popular de iniciativa da administração municipal: 20 hectares de terra foram divididos entre a população pobre de Sobral, dando origem a Cidade Prefeito José Euclides I. Posteriormente, segundo a mesma autora, ocorreu na área limítrofe do bairro uma ocupação liderada por alguns políticos onde cerca de 200 famílias levantaram suas casas sem nenhuma infra-estrutura, dando origem ao bairro Cidade Prefeito José Euclides II (área de morro acima citada). O bairro Terrenos Novos é, portanto, dividido entre duas partes. Essa diferenciação delimita uma área mais bem estruturada (em termos de condição de vida e vulnerabilidade social) chamada de Cidade José Euclides I, com condições mais favoráveis e outra menos estruturada, Cidade José Euclides II. Essa diferenciação se reflete até hoje inclusive na identificação dos espaços de participação comunitária.

Prestes (2005) relata que a comunidade foi se constituindo por pessoas comuns e anônimas que, por meio de seus “agenciamentos cotidianos”, passaram a construir esse espaço. O autor afirma que o loteamento desse território foi se realizando de forma mista, passando a agregar ações de loteamento ordenado por parte da Prefeitura Municipal e com ações de ocupação desordenada. “Muitos desses moradores são oriundos da Serra da Meruoca, Tianguá e outras localidades situadas na região Norte do Estado do Ceará” (NEPOMUCENO *et al*, 2008, p.9). Já Adrião *et al* (2006/2007) afirmam que boa parte da população de Terrenos Novos veio de áreas alagadas da cidade de Sobral, que sofria enchentes periódicas, motivo principal da concessão das terras. Com relação aos que vieram de outras regiões, relatam que as motivações das migrações, principalmente de idosos eram doenças da velhice (migrar significava ficar mais próximos de hospitais), aposentadoria (ficar mais próximos de bancos e comércio) e desemprego de filhos.

O nome dado pela própria comunidade (Terrenos Novos) ao lugar expressa uma marca do processo de formação histórica do bairro. A ocupação do espaço, a partir de doações de terrenos por programas assistenciais revela, desde o início, o perfil econômico das famílias

dos moradores: pessoas que não possuíam casa própria. Como veremos adiante, outro traço marcante da comunidade é a capacidade de construir, através dos seus 27 anos de formação, as condições e os recursos para a vida coletiva num lugar ainda desabitado. Os tópicos a seguir nos trarão aspectos relevantes sobre a “construção do bairro” (os equipamentos sociais e recursos existentes atualmente no bairro) e sobre a história de alguns moradores antigos.

Prestes (2005) relata que a mobilização e união comunitária foram fatores importantes na conquista de alguns recursos para comunidade. A participação comunitária em ações coletivas de reivindicação e de atuação na construção dos espaços da comunidade parecem ser marcas do processo histórico do lugar. Essas marcas da formação da comunidade se revelam nas histórias de diversos equipamentos sociais do lugar, bem como na estruturação dos bens e serviços públicos. Os serviços de água encanada e a energia elétrica, por exemplo, chegaram à comunidade através da intermediação da Associação Comunitária Benedito Tonho, que aglutinava os primeiros movimentos comunitários do lugar, configurando-se como instância de mobilização social e espaço de participação comunitária significativo. Sobre o surgimento desse espaço, vimos no processo de territorialização:

A Associação Comunitária Benedito Tonho, conforme Helder atual presidente, foi fundada em 24 de Julho de 1987 num local onde já funcionou um chafariz [...] A sede da associação foi construída pelos próprios moradores num terreno cedido por Dolores da Gama, que já foi presidente da mesma e é uma liderança de referência na comunidade (NEPOMUCENO *et al*, 2008, p.52).

Outro exemplo concreto da história de participação comunitária foi a construção da Capela São Paulo Apostólo, materializada por meio da iniciativa do Monsenhor Sabino Guimarães Loiola e do esforço da população que realizou atividades como leilões e bingos para arrecadar recursos para tal feito. A igreja foi inaugurada em 25 de Janeiro de 1991 (Dia de São Paulo Apostólo). A igreja constituiu-se, e isso ainda perdura até hoje, como espaço de mobilização social e desenvolvimento de vários grupos comunitários, como: Encontro de Casais com Cristo (ECC), a Pastoral da Criança, o grupo de evangelização, Kairós, Catequese, grupo Coração de Jesus e o grupo de Legião de Maria (Idem).

A comunidade é também um lugar de manifestação de diversidade religiosa possuindo algumas igrejas evangélicas, muitas rezadeiras e terreiros de umbanda.

Com relação aos serviços de saúde, um posto de saúde funcionou inicialmente no espaço da Escola Municipal Mocinha Rodrigues a partir do ano de 1989. Sendo transferido em Agosto de 1998, para o prédio da antiga fundação Dolores Lustosa, lugar onde funcionou a primeira creche do bairro. Desde 1997, como dito anteriormente, o modelo de organização da atenção à saúde no município passou a se re-estruturar a partir da ESF. O prédio do então

“posto de saúde” passou por uma reforma total sendo reinaugurado em 19 de Junho de 2001, com nome de Centro de Saúde da Família Dr. Everton Mont’Alverne. A rua onde está localizado o Centro de Saúde da Família era conhecida como “Rua do Arame”, pois anterior a criação do Centro de Saúde, existia uma cerca que dividia o bairro em José Euclides I e II (Idem).

O Bairro Terrenos Novos, como já dito, tem uma população de 13644 habitantes que corresponde a 7,6% da população de Sobral. O CSF de Terrenos Novos tem oficialmente cadastradas quatro equipes mínimas de saúde da família, mas organiza-se internamente numa divisão territorial em seis equipes com suas devidas áreas de responsabilização sanitária. Ou seja, na prática, o território do bairro é dividido em seis áreas, cada uma com uma equipe de referência. Mas oficialmente só há financiamento para quatro equipes. São acompanhadas, mesmo com as dificuldades, 100% das famílias do bairro, que somam o número de 3360 cadastradas até junho de 2008 (NEPOMUCENO *et al*, 2008).

A equipe do CSF atualmente é composta por 1 gerente, 6 enfermeiras, 4 médicos, 22 agentes comunitários de saúde (ACS), 5 auxiliares de enfermagem, 6 auxiliares administrativos, 3 auxiliares de serviços gerais, 5 vigilantes, 1 office-boy, 4 dentistas, 3 auxiliares de consultório dentário (ACD), somando um total de 60 funcionários. A estes se somam os trabalhadores das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁹ - composta por 1 psicólogo, 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e 1 farmacêutica - e da RMSF¹⁰ - composta por 1 dentista, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, 1 farmacêutica, 1 educador físico, 1 fisioterapeuta - que desenvolvem ações junto com os profissionais fixos do território do CSF. Tal contingente de trabalhadores revela a complexidade da gestão do trabalho na ESF de Terrenos Novos.

3.4) Relatos de Histórias Vidas em Terrenos Novos

Passemos agora a discutir aspectos da história de vida de alguns moradores antigos, a partir de uma breve pesquisa que realizamos no processo de territorialização feito por nossa equipe da RMSF. Essa pequena pesquisa teve como objetivo obter elementos para compreender melhor a história local e como vive a comunidade de Terrenos Novos. Para tal, entrevistamos nove moradores/as antigos do bairro. Os participantes possuem entre 34 e 81

⁹ Os profissionais do NASF prestam serviços no CSF de Terrenos Novos com uma frequência reduzida, pois se responsabilizam também por outros territórios, concentrando suas atividades mais nos distritos de Sobral.

¹⁰ Os profissionais-residentes têm suas ações focadas nos territórios da sede do Município. Essa equipe da RMSF atua no território do CSF Terrenos Novos e o território do CSF Vila União. As ações da RMSF são mais permanentes do que o NASF, pela priorização da sede.

anos, sendo 7 mulheres e 3 homens. A maioria é analfabeta e reside na comunidade há mais de 14 anos (NEPOMUCENO *et al*, 2008).

A maior parte dos moradores entrevistados afirmou ter recebido doação de terras de políticos como Dr. José Euclides e ter migrado de localidades fora de Sobral como a Serra da Meruoca (município vizinho). Apenas uma moradora, apresentou história diferente. Esta residia próximo ao Rio Acaraú o qual, após um longo período de chuvas, transbordou ocasionando uma enchente. Ela então recebeu um terreno na comunidade, onde mora até os dias atuais (Idem).

As motivações para a vinda para “os Terrenos Novos” foram, em suma: segurança quanto à saúde, pois ficariam mais próximos aos serviços de saúde; a busca por melhores condições de vida e oportunidade de possuir uma casa própria (Idem).

Na época da ocupação dos Terrenos Novos, de acordo com os moradores entrevistados, havia poucas casas e o bairro apresentava uma sensação de isolamento devido a distância que separava as casas. No início, a área era coberta por vegetação (os relatos destacam a existência de muito mato e lama), não existia saneamento básico, água encanada e energia elétrica. A luz, à noite, só era possível com fogueiras colocadas na frente das casas, as velas e lamparinas. A água para beber era obtida por meio de um chafariz localizado no Junco (bairro vizinho), onde enfrentavam filas muitas vezes enormes. Para lavar roupa e tomar banho, utilizavam um poço e o açude Mucambinho. Posteriormente foi construído um tanque que era abastecido por carro-pipa. As primeiras casas foram construídas de taipa e até mesmo de papelão. Alguns moradores eram trabalhadores rurais e trabalhavam com agricultora na plantação de milho e feijão (Idem).

A maior parte dos entrevistados considera a comunidade um bom lugar para se viver devido as opções e facilidades de acesso a bens e serviços como comércios, projetos sociais, escolas, creche, posto de saúde, transporte, dentre outros. Porém, apontam algumas dificuldades vivenciadas como a violência, drogas, ruas sem asfalto, distância do centro da cidade e ausência opções de lazer. Os moradores acreditam que o bairro cresceu bastante nos últimos anos. Afirmam que hoje tudo é mais fácil, pois já existe água encanada, asfalto, energia elétrica e posto de saúde para a comunidade, porém apontam algumas carências como, por exemplo, uma delegacia para contribuir com a diminuição da violência (Idem).

Através das falas dos moradores percebemos que existem poucas atividades relacionadas à cultura e ao lazer na comunidade. No entanto algumas atividades de lazer foram citadas: conversar com os amigos e familiares na calçada de casa; participar das festas realizadas em datas comemorativas; as caminhadas do grupo de idosos do CSF; ir a Igreja; e

as atividades de esporte nas escolas. A maioria revelou a necessidade de ter uma praça no bairro.

Os entrevistados têm como referência de saúde na comunidade o CSF, associando a saúde aos cuidados médicos e ao acesso e uso de medicamentos. Portanto, a maior parte das falas foi direcionada aos serviços oferecidos pelo local. Quanto às opiniões sobre o CSF, alguns moradores afirmaram que, sempre que precisam, encontram um serviço de qualidade satisfatória; outros relataram que as consultas são demoradas, faltam profissionais, o atendimento deixa a desejar e reclamaram ainda da burocratização dos serviços. Apontaram como sugestão de melhoria para o CSF o aumento no número de profissionais para evitar as demoras nos atendimentos.

Os relatos de histórias vividas pelos moradores antigos entrevistados, os dados históricos coletados sobre a formação do bairro e os dados sócio-econômicos expostos acima nos dão elementos para compreendermos um pouco da construção histórico-cultural do bairro Terrenos Novos. Um lugar construído pela marca das terras “doadas” que lhes “garantiram” o direito sobre um pedaço de terra para re-construir a vida nos “Terrenos Novos”, esperança de mudança e melhora nas condições de vida. O bairro nasce sob o signo da “benevolência” dos “políticos”. Terrenos Novos que se configura como lugar de luta pela sobrevivência, de busca de saciar cada necessidade, cada falta sentida. Lugar também de união e construção de laços de solidariedade com os vizinhos, união necessária para ganhar força para superar os desafios. Lugar de articulações coletivas e institucionais para construir uma comunidade, para construir espaços de mobilização e encontro. Lugar de conquistas, de perdas e lutos. Lugar de construções de pessoas e de coletivos imersos em desafios historicamente colocados pelas condições de uma sociedade que, para estas pessoas e coletivos, se fez hegemonicamente excludente, desigual e injusta: a sociedade de Sobral.

CAPÍTULO 4 - “O TRABALHO DE PSF” EM TERRENOS NOVOS

Nesse capítulo, realizo análise e discussão dos dados empíricos sobre o tema da ESF. Trabalho aqui com um dos principais temas geradores discutidos nos círculos de cultura: o trabalho de PSF. O termo utilizado foi escolhido após a inserção no lugar, que mostrou a inviabilidade de utilizar o termo “Estratégia de Saúde da Família”. Este teoricamente seria mais apropriado, porém se apresentou como um termo muito distante do universo vocabular dos participantes, tanto usuários como profissionais. A expressão “PSF” apresentou-se como comum e corriqueira nas conversas informais e formais realizadas na fase de Inserção na Realidade Local. O termo escolhido, portanto, vem trazer elementos para que possamos compreender a ESF desenvolvida no cenário desse estudo.

4.1) Concepções sobre o Trabalho de PSF

As falas dos participantes dos círculos de cultura manifestaram uma diversidade de compreensões sobre o que entendem ser o “Trabalho de PSF”. Dentre as concepções expressas no grupo, encontramos desde a compreensão do PSF como um “mini-hospital”, até um trabalho que deve abranger toda a família, um trabalho sintonizado em uma base territorial ou comunidade e um trabalho focado na prevenção e promoção da saúde. As discussões sobre o que entendiam ser esse trabalho revelaram análises críticas feitas por esses atores sobre essa política de assistência à saúde, bem como expressaram pensamentos e vontades sobre o que acham que deveria ser o trabalho do CSF.

Começamos a analisar a fala do usuário 1:

Eu acredito que PSF, no meu modo de pensar, é como tipo, é como um hospital [...] um mini hospital para que pudesse acolher as famílias no momento em que precisasse, em termos da febre alta, de uma cirurgia ali bem rápida, de uma consulta com o clínico geral [...] Eu esperava que fosse isso assim dentro desse crescimento de trabalho né... Que fosse um mini hospital para acolher as famílias na hora que precisasse dia e noite, 24 horas né... é... Era esse o meu sonho né. O que eu esperasse, que eu esperava desse PSF.... no meu modo de pensar era isso, PSF é um mini hospital trabalhando dia e noite na nossa comunidade. Porque criança sente febre alta a noite, idoso passa mal a noite, chegam pessoas com furadas a noite e isso a gente tem que ver também o nosso lado (usuário 1, cc1, p.12-13, f.50).

A partir do exposto nessa fala e de outros elementos de minha experiência cotidiana, penso que a compreensão sobre o serviço de saúde da família é ainda fortemente marcada pelas práticas centradas no tratamento de patologias, traumas ou desequilíbrios percebidos como mal-estar. Essa fala nos possibilita pensar em uma marcante faceta da concepção de saúde da comunidade de Terrenos Novos, impregnada pela idéia de que saúde é ausência de

doenças e ou ausência de mal-estar. Tais concepções alimentam, em uma relação dialética entre oferta de serviços e demanda (FRANCO; MEHRY, 2005), a idéia de que o serviço de saúde deva ser organizado a partir da demanda espontânea por pronto-atendimento e com a centralização e hiper-valorização dos procedimentos médicos. A fala destaca os serviços de pequenas cirurgias e de atendimento do clínico geral como processo de trabalho em saúde necessário à comunidade.

Na fala do usuário 1, estão expostas nuances das necessidades de saúde do bairro Terrenos Novos, como o “acolhimento das famílias” também em outros horários além do horário de atual funcionamento no CSF, que é de 7 às 11 horas pela manhã e de 13 às 17 horas à tarde (com alguns plantões aos fins de semana). O usuário propõe o funcionamento ininterrupto do CSF, pois a noite é um turno onde as necessidades de saúde do lugar se evidenciam. Ainda podemos ver expresso o problema da violência vivida no bairro, e dificuldades com a atenção à criança e ao idoso.

Uma visão do trabalho de PSF como um “mini-hospital” revela um distanciamento do que está preconizado na Política (diretrizes da ESF), pois os campos de atuação visualizados ou percebidos parecem centralizar-se na cura de doenças, não dando destaque expressivo para as ações de prevenção de doenças e para as de promoção da saúde – geralmente desvinculados da tradição das práticas hospitalares. Em certa medida, revela uma reprodução da lógica hospitalocêntrica, onde o cultivo de uma práxis curativista não abre espaço para a construção da ESF como APS. Aqui vale resgatar o que está colocado pelo Ministério da Saúde em um de seus informes técnicos sobre o Programa Saúde da Família:

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2000, p. 5 apud SANTOS; UCHIMURA; LANG, 2005, p. 689).

A realização das entrevistas com moradores antigos, citadas alhures, também evidenciou a influência do ideário biomédico (e das práticas hospitalocêntricas) no tipo de concepção de saúde que a comunidade de Terrenos Novos, onde a imagem do cuidado em saúde é impregnada pela centralização na figura do médico e no uso de medicamentos como ação de cura-terapêutica. Aqui há uma relação entre oferta de serviços e demanda que não pode deixar de ser considerada. Se historicamente se ofertaram serviços de saúde centrados na figura do médico e nos procedimentos pertinentes aos processos de trabalho em saúde permeados pela lógica hospitalocêntrica, não é de se espantar que a população construa toda

uma representação e imaginário ligado a essa construção histórico-cultural. É difícil pensarmos que um usuário vá buscar num Centro de Saúde algo que não sabe que existe.

Em estudo realizado sobre o acolhimento e o vínculo praticados em um Centro de Saúde da Família, Maria Denise Schimith e Maria Alice Lima (2004) destacam que a centralização na figura do médico apresentava-se como um desafio para o desenvolvimento de um fazer mais ampliado no campo saúde. Segundo elas:

Portanto, a demanda única para o médico, de atendimentos clínicos, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe. A pouca movimentação na unidade quando o médico está ausente, confirma esse achado, o que caracteriza o modelo médico hegemônico, consequência da organização do processo de trabalho que direciona a demanda clínica para o médico na unidade básica (SCHIMITH; LIMA, 2004, p.1490).

Voltemos a analisar as falas construídas em círculo de cultura. A divergência entre o que está preconizado pela Política e o entendimento da comunidade também fora explicitada em outra fala de outro usuário participante da pesquisa:

Eu acho que, o trabalho do PSF, né? É... Primeiro quando ele surge, pra nós da comunidade, eu né assim? A gente nem entende o que é “Programa”, a gente entende que é um Posto de Saúde, por que o Programa” tá entendido para os técnicos, mas não é pra nós[...] Mas acho que o próprio Programa Saúde da Família, pra nós da comunidade, pra mim, a gente foi entender agora depois da participação... mas, pra nós, isso não existia, nós queríamos um Centro de Saúde, um lugar que a gente viesse se consultar, porque, pra nós, o entendimento era esse. O remédio tava aqui, a gente vinha aqui e ficava bom, mas muitas vezes o remédio tá em casa, porque a gente não cuida a dengue. Não é assim? (usuário 1, cc1, p.13, f.51).

Nessa fala, podemos observar uma compreensão mais processual sobre os (des)entendimentos existentes sobre o trabalho de PSF. Inicialmente o usuário destaca uma diferença entre a compreensão dos técnicos e a da comunidade, e destaca que a comunidade quer do CSF um lugar para “ficar bom”, lugar onde está o remédio e onde pode se consultar com o profissional de saúde. No entanto, essa opinião foi dada depois de se ter discutido, no grupo, sobre o tema da dengue e, nessa discussão, destacou-se a importância da participação comunitária nas ações de prevenção de doenças. Partindo desse contexto, a fala destaca que a comunidade vai buscar o “remédio” no CSF, mas muitas vezes o “remédio” está em casa – nos cuidados de prevenção da dengue. Nessa fala, o usuário destaca também que o entendimento sobre o PSF só veio se dar “depois da participação”. No entanto, não ficou claro que tipo de participação ele se refere.

Dois eventos corroboram com as análises feitas. Na tarde do dia 07 de agosto de 2008 (Anotações de campo, p.5), estávamos realizando a I Oficina de Formação do Conselho Local de Saúde de Terrenos Novos. Juntos estávamos nós, trabalhadores, e moradores da comunidade. Ao participar de uma atividade de subgrupos, um dos argumentos mais repetidos

pelos profissionais de saúde do lugar era o de que a comunidade não entende o papel do profissional de saúde, nem o papel do CSF. Os profissionais manifestaram suas percepções sobre o desconhecimento da comunidade sobre o processo de trabalho e, a meu ver, também sobre o distanciamento da comunidade. Em outro momento, em conversa informal com um trabalhador do CSF, realizada na tarde do dia 23 de setembro de 2008 (Anotações de Campo, p.9), discutíamos o que a comunidade esperava do CSF. E ele destacou, com bastante firmeza, que a maioria dos usuários (comunidade) buscava no CSF, fundamentalmente, o atendimento do médico. Aqui gostaria de destacar o processo de produção imaginária da demanda, colocados por Túlio Franco e Emerson Mehry (2005), onde há uma relação entre o que é ofertado pelos serviços de saúde e o que chega como demanda para estes. Nas palavras dos autores:

A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa idéia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema (FRANCO; MEHRY, 2005, p. 2).

A desconstrução histórica do modelo biomédico, como produção imaginária, aparece como um desafio para efetivar, no cotidiano da ESF, a mudança no modelo técnico-assistencial vigente no SUS. Assim, torna-se urgente a inversão da lógica de “priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros profissionais de saúde” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p.786).

Passemos para analisar outro tema que surgiu nos círculos de cultura. Outra forma de entendimento expresso em falas individuais e diálogos realizados é o entendimento do trabalho de PSF como “focalizado na família”. Vejamos o diálogo que deu início a essa discussão:

usuário 2: Eu acho assim, que... é... trabalho com o que, é... geralmente, trabalha toda a família, porque assim.... É muito comum a gente vê assim... trabalhos voltados para criança e adolescente, aí mais pra frente tem o trabalho que o jovens e não sei o que. E aí é mais trabalhos, de... de... são atividades, como trabalhos que pegam o foco na família. Porque assim, se você parar pra pensar, o idoso tá dentro de uma família, o adolescente dentro né... então assim, porque que trabalhar uma política separada?

Usuário 3: Porque o adolescente tá dentro de uma família, mas não tem uma política de saúde para o adolescente.

Usuário 2: É...

Usuário 3: Então mesmo sendo um programa de saúde ou posto de saúde da família ou programa de saúde da família.

Usuário 2: É... Então é uma coisa que, é... até diverge né... mas assim, eu vejo que é esse trabalho voltado, focalizado na família.

Profissional 2: Na época em que Dr. Odorico implantou o Saúde da Família aqui, ele implantou com esse intuito, em querer abranger a família.

Usuário 2: A família... Porque eu acho... eu acho assim, que é muito mais fácil trabalhar a questão da família do que você trabalhar com políticas separadas. Não sei se vocês concordam, mas assim são coisas assim que vai criando subgrupos que não é legal. Como é que você vai pegar e separando dessa forma? (diálogo, cc1,p.11-12, f.43-49).

Aqui podemos pensar na construção de um pensamento crítico sobre a focalização (priorização excessiva e excludente pelo estabelecimento de específicos focos de atuação) que, muitas vezes, impera nas políticas assistenciais, seja na saúde como em outros setores. Aqui o trabalho de PSF não só é compreendido como focado na família, como também defendido que assim seja. A crítica compartilhada em grupo expressa a convivência com a fragmentação da política assistencial, bem como a lógica separatista e seletiva (em excesso) que, muitas vezes, é utilizada para a organização dos serviços de saúde. Nesse diálogo podemos ver certa sintonia entre a vontade dos participantes e o que está preconizado como diretriz da ESF, onde deve ocorrer uma focalização na unidade familiar (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Opera-se, no entanto, uma crítica à falta de uma atenção adequada à população jovem. Uma fala posterior desenvolve mais esse pensamento:

o que é que cabe ao Programa Saúde da Família assim, dos programas, dos eixos, das políticas. É isso que o Usuário 2 tava colocando. Tá muito claro que do atendimento prioritário, que é pra criança, que é pra idoso e que é pra gestante, por exemplo, mas e... o clamor dos jovens? Por exemplo, a ACS tava me dizendo: 'usuário 3 cresce o número de meninas que estão se envolvendo com drogas nos Terrenos Novos', conseqüentemente, estão se envolvendo com uma vida ativa sexual e conseqüentemente, logo logo nós vamos ter meninas grávidas. E essas são meninas que não vem à Unidade de Saúde e os meninos não vem à Unidade de Saúde porque tem vergonha de pegar uma camisinha. Né? Então como é isso? Como é que tá na cabeça da gente? Então esse trabalho do PSF precisa ter esse olhar (usuário 3, cc1, p.14, f.51)

Fazendo clara referência às condições de vida da população jovem do bairro Terrenos Novos, o usuário critica a focalização do trabalho do PSF, que prioriza a criança, a gestante e o idoso, à revelia de um bom atendimento da população jovem que necessita de cuidados. Pela afirmativa do usuário, podemos inferir que o PSF de Terrenos Novos não vem desenvolvendo uma atenção integral contextualizada nas necessidades de saúde do lugar. Pela experiência de trabalho no local, vejo que tal dificuldade, que se reflete em processos fragmentados dos serviços, dá-se pela focalização dada a partir das áreas estratégicas da ESF, as quais direcionam a avaliação da qualidade da ESF. A centralidade do indicador de mortalidade infantil, por exemplo, é revelada na percepção da priorização da criança e gestante. A prioridade ao atendimento do idoso, no CSF, talvez esteja sendo percebido pelos programas de prevenção e controle da diabetes e hipertensão.

As áreas estratégicas da ESF, segundo a Portaria 648 de 28 de março de 2006, são: saúde da criança; saúde da mulher; controle de diabetes; controle de hipertensão; eliminação da hanseníase; controle da tuberculosa; saúde bucal; eliminação da desnutrição infantil; promoção da saúde; e saúde do idoso (BRASIL, 2009). Cabe aprofundar novos estudos para melhor avaliar até que ponto estes direcionamentos não vem a dificultar o desenvolvimento de uma atenção integral à família, bem como um processo de gestão descentralizada na organização dos serviços de saúde. No entanto, cabe o alerta trazido por Edilza Ribeiro, que destaca que

Mencionar a família como foco central da atenção básica de saúde não garante que isso se concretize no PSF real. Nesse cenário os diferentes atores podem trabalhar com múltiplas abordagens de família, produzindo-se o entendimento de que se fala e cuida de um mesmo objeto. Mesmo o PSF tendo um caráter excessivamente prescritivo, não se encontram, em documentos oficiais, orientações sobre como conduzir a ação profissional frente às questões levantadas sobre dinâmica familiar (RIBEIRO E., 2004, p.663).

A autora chama a atenção para as possíveis dissonâncias que possam existir entre o discurso e a prática no cotidiano dos serviços da ESF, destacando a necessidade de uma reestruturação operacional que facilite a efetivação real da atenção integral à família.

Voltando às falas dos participantes, destaco outra concepção sobre o trabalho de PSF evidenciada: a de um “trabalho de saúde territorializado”. Aqui podemos ver destacada a necessidade de se desenvolver um serviço de saúde contextualizado com a realidade e necessidades de saúde da comunidade. Vejamos:

Mas acho que o Programa Saúde da Família, no meu entendimento, desse trabalho é a importância da territorialização, do lugar, da base territorial, aonde ele responde. Né? Que comunidade é essa? Porque a cultura dos Terrenos Novos é diferente da Vila União, imaginemos nós. E é né [...] é essa história da base territorial parece muito do trabalho, né... de conhecer esse lugar e o que é que pertence a esse lugar e o que que perpassa na saúde desse lugar. E acho que, nessa história do trabalho do PSF, a Unidade de Saúde ela não é centro, ela não é fim, ela é meio, ela é um dos instrumentos do Programa Saúde da Família. Né? Ela não é fim. Como e, e...um desses... o Centro de Saúde da Família sendo um desses instrumentos, o Conselho local de saúde é outro instrumento do Programa Saúde da Família (usuário 3, cc1, p.13-14, f.51).

Essa concepção vem a destacar um elemento fundamental da ESF: seu caráter territorializado e contextualizado com o modo de vida da comunidade ou população adstrita. Aqui, a fala do usuário nos convida a pensar sobre a necessidade de se levar a cabo tal perspectiva, o que remete a construir modos de organização dos serviços de saúde que permitam o aumento da interação dos profissionais com a realidade geográfica, física, social e histórico-cultural da comunidade assistida. Aqui a responsabilização sanitária chama para um fazer além dos muros do CSF, instiga a construção de vínculos usuário-profissional, a

construção de laços de compromisso do profissional com o lugar pelo qual é responsável. O usuário instiga o grupo a pensar no “que é que pertence” ao lugar, no que é próprio e singular daquela comunidade, como sendo também próprio do trabalho de PSF. A frase “A Unidade de Saúde não é centro, não é fim, ela é meio, ela é um dos instrumentos do PSF” nos convida a pensar que esse fazer da ESF configura-se como construção de um fazer em saúde que transcende a ação de cura de doenças (nos procedimentos ambulatoriais) e mergulha na realidade cotidiana dos moradores da comunidade, perpassando seus modos de vida, seus dilemas existenciais, seus sofrimentos, suas lutas, seus lutos, enfim, seus modos de construir a vida na comunidade. A compreensão do usuário sobre a ESF, expressa na fala apresenta profunda concordância com o que é colocado como característica fundamental desta como modelo de APS (STARFIELD, 2000) focalizada na família e construída operacionalmente na esfera comunitária (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Outra concepção expressa nas discussões do grupo foi a de trabalho de PSF como um serviço que prioriza ações de prevenção e promoção da saúde e que se configura como reorientador do Sistema de Saúde. Vejamos:

Programa de Saúde da Família né. É um programa, vamos dizer, criado pelo governo pra tentar[...] tentar organizar, modificar a forma que a população, vamos dizer, é... vamos dizer não só era atendida, mas a forma como a população cuidava da sua saúde e os profissionais cuidavam da saúde das pessoas. O Programa Saúde da Família trabalha em cima da promoção e da prevenção das doenças, promoção da saúde e prevenção de doenças. Ele não é um programa que veio para curar, vamos dizer, somente, que é o que acontecia antigamente, a pessoa adoecia ia lá, tomava o remédio e ia pra casa (profissional 3, cc1, p.15, f.57).

Aqui é dada ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde como caminhos colocados para “modificar” a forma como as pessoas cuidam de sua saúde, bem como os profissionais cuidam da saúde das pessoas. O entendimento é de que o “PSF não veio para curar”. Tal fala, vinda de um profissional de saúde, expressa, além da apropriação do discurso técnico próprio à Política, os dilemas colocados ao seu quefazer cotidiano de lidar com o caráter substitutivo da ESF frente às práticas curativistas. É interessante nos determos no desenvolvimento da mesma fala do participante:

Ele, Programa de Saúde da Família, é a porta de entrada para os demais níveis. Há quem realmente precise de uma cirurgia, certo, e o Programa Saúde da Família não vai fazer a cirurgia, tem que ser o Hospital, mas a porta de entrada é o Programa Saúde da Família. O paciente entra pelo Programa de Saúde da Família e chega até a sua cirurgia. Se for o contrário, vamos dar um exemplo, paciente chegar ao terceiro nível, lá onde se faz cirurgia, querendo tratar da sua pneumonia, ele é tratado da sua pneumonia, mas a saúde da família não vai ser vista, vai ser visto meramente o pulmão do paciente e que remédio ele precisa tomar pra tratar daquela pneumonia. Lá o profissional, vamos dizer, que não está trabalhando no Programa Saúde da Família tem essa preocupação: tratar a doença do paciente (profissional 3, cc1, p.15-16, f.57).

Expressando a assunção do discurso técnico preconizado na política da ESF, o profissional exemplifica o caráter de porta de entrada (característico da APS), a focalização na família e uma visão integral do usuário, que manifesta uma quebra com a visão fragmentária dos Sistemas de Saúde centrados em especialistas. A fala prossegue, dando elementos para pensar o cotidiano de um serviço de saúde da família:

O Programa Saúde da Família vai cuidar do recém nascido até o idoso, algumas pessoas perguntaram aqui, todas as pessoas, da criança recém nascido que chegou do hospital até a hora a morte é tratada no Programa Saúde da Família. Tudo, todos tem espaço, têm direito, têm acesso ao Programa Saúde da família. Com esse acréscimo, a pessoa que vem aqui pra tratar da sua pneumonia, ela não vai receber só o remédio pra tratar sua pneumonia, vai ser visto todo o contexto. Quem vai dar o remédio? Tem a mãe que vai dar? Quem cuida da criança? O que é que tem dentro de casa que tá prejudicando, que tá fazendo a criança ter a pneumonia? Essa é a preocupação do Saúde da Família diferente dos outros níveis[...]Então a nossa preocupação é com a promoção da saúde e com a prevenção né, de doenças. A gente não quer trabalhar com a cura, vamos dizer assim, especificamente já é trabalhado porque existem problemas de saúde que precisam exatamente disso. Mas o nosso foco é exatamente essas outras coisas (profissional 3, cc1, p.16, f.57).

Novamente o destaque é dado à integralidade da atenção, contextualizando o usuário dentro do seu modo de vida e família. O profissional situa o trabalho de PSF na APS, diferenciando-o de outros níveis, e enfatiza a prevenção de doenças e promoção da saúde como orientadores principais da ESF. Essa fala também configurou-se como uma espécie de “resposta” às críticas empreendidas pelos outros participantes à fragmentação e focalização presentes no PSF. Aqui, vemos os princípios da universalidade e da integralidade colocados como eixos da argumentação do profissional. Princípios estes que foram questionados nas falas sobre a fragmentação das ações e da dificuldade de acesso colocadas alhures. O dilema de construir a integralidade das ações na ESF é colocado explicitamente na citação de um informe técnico do Ministério da Saúde:

O Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000, p.316-317).

Pelo visto nas falas dos participantes, atualmente não há um consenso claro sobre a efetividade da assistência integral à saúde prestada na ESF, bem como há uma dificuldade atual de vislumbrar essa mudança de modelo assistencial preconizada.

A seguir, discutiremos um pouco mais sobre um tema que, na pesquisa, mostrou-se relevante para a análise do contexto de desenvolvimento da ESF: a concepção de saúde da comunidade.

4.2) Concepção de saúde e de cuidado em saúde da comunidade de Terrenos Novos

É importante destacar que esse tema apareceu em diversos momentos dos círculos de cultura, das anotações de campo e é algo que cotidianamente aparece no processo de trabalho na ESF. Aqui tento sistematizar o que os participantes destacam como as concepções de saúde e de serviços de saúde predominantes em Terrenos Novos. No tópico passado, pudemos já evidenciar divergências no entendimento sobre o trabalho de PSF, onde o curativismo das práticas históricas ainda parece alimentar alguns discursos. Passemos a analisar a afirmativa abaixo:

eu acho que, muita das vezes, a comunidade acha que saúde é só o médico ta detrás do birô consultando e ela receber o remédio e ir pra casa, pronto. Tomou o remédio ou direito ou não... Aí se ela não tomou direito, o remédio não serviu, ela vem de novo pra cá. Muita das vezes, o povo ainda tem essa mentalidade de que saúde só é se o médico tiver atrás do birô. Mesmo nesses 11 anos de PSF, dessa mudança que melhorou bastante, mas ainda tem pessoas que tem essa mentalidade (profissional 1, cc2, p.3, f.4).

Nessa fala, o profissional revela sua experiência de convivência com a comunidade de Terrenos Novos, que lhe “credencia” a dizer que seus moradores têm uma concepção de saúde marcada pela idéia de que “saúde é só médico ta detrás do birô consultando e ela receber o remédio e ir pra casa”. A partir de tal idéia podemos construir a imagem da relação hierárquica de supremacia do saber biomédico sobre o saber popular, do médico receitando o remédio para curar a doença do “paciente”. Essa “mentalidade” colocada na fala do profissional é caracterizada como comum ainda na comunidade, mas que depois dos “11 anos de PSF” houve uma “mudança”, mesmo que ainda perdure esse modo de pensar sobre a saúde. Outras falas vêm corroborar com a opinião acima exposta, vejamos: “Parece que a população tem um entendimento de, exatamente, de saúde como o profissional 1 colocou né, do médico, do remédio e... é mais ou menos por aí” (profissional 3, cc2, p.3, f.5). No diálogo abaixo, a questão é mais polemizada:

Usuário 3: É, do , da... de sentir. Por exemplo, fiquei morto de feliz de ver o J., J. (*médico que atuava no CSF*) né? Comprometido, de luta, de uma sensibilidade social né formidável, assim. E a comunidade não sabe, os Terrenos Novos não sabe, né, assim, que tem um médico para além da consulta e da receita. Né assim, então me...me...me falta isto. Me.. Tem essas coisas...

Pesquisador: Vou fazer outra intervenção.

Usuário 3: Tá.

Pesquisador: A comunidade, você acha que quer, o J., por exemplo, como médico ou como outro profissional? Fazer essa pergunta para o grupo. A comunidade quer esse outro profissional...

Profissional 1: Dr.J. só para atender a demanda... (*ajudando a esclarecer a pergunta*)

Pesquisador: ou quer ele pra consulta e atendimento médico e remédio?

Profissional 2: Eu acho que a comunidade quer os dois... Além de médico ele tem que ser amigo da comunidade...

Usuário 1: Tem.

Usuário 3:É.

Usuário 2: É.

Profissional 2: Ele tem que... aquela coisa de... de...de fazer o que a D. fazia, a J., a M.(*outras profissionais que passaram pelo CSF Terrenos Novos*) É de chegar e dizer: eu tô aqui, você pode contar pro que for, pra toda obra.

Usuário 3: a E. né. (*fala paralela à da Profissional 2*).

Usuário 2: Teve uma coisa que você falou, Usuário 3, que me chamou muito a atenção, quando ele disse assim que: ele é médico, mas não coloca o saber dele acima de tudo (diálogo, cc1, p.19, f.75-85).

Nesse momento, o entendimento da concepção de saúde da comunidade de Terrenos Novos é ampliado e, além da visão restrita ao atendimento médico e ao remédio, evidencia-se a importância da relação construída entre profissional de saúde e usuário. Nessa relação, o saber do médico não é colocado “acima de tudo”. Dessa forma, valoriza-se uma relação onde se tem que ser “amigo da comunidade” e se mostrar próximo e disponível “pro que for, pra toda obra”. Nesse diálogo, os participantes fazem referência a profissionais antigos, que são colocados aqui como exemplos de boa atuação, destacando bons momentos do trabalho do PSF de Terrenos Novos e evidenciando novas facetas na concepção de trabalho de PSF. A boa relação usuário-profissional de saúde é colocada como elemento determinante da qualidade dos serviços.

Mary Jane Spink (2003) é uma pesquisadora que, a partir da Psicologia Social da Saúde, nos ajuda a pensar tal questão. Ela analisa diversas perspectivas de compreensão dos processos de construção social de saberes sobre a doença e sobre a saúde. Defende que há um avanço colocado pelas vertentes pautadas num modelo de compreensão psicossocial, que “aborda a doença não apenas como experiência individual, mas também como um fenômeno coletivo sujeito às forças ideológicas da sociedade” (SPINK, 2003, p. 47). Tal modelo interpretativo/explicativo “possibilita o confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo” (SPINK, 2003, p. 47). Ou seja, a doença e a saúde concebidas a partir da relação entre indivíduo e sociedade, entre história individual e história da sociedade, onde se produzem sentidos e significados que expressam modos de construção dos sujeitos e da realidade frente a esses temas.

A autora destaca ainda as interfaces existentes entre representação e comportamento, entre o saber popular e o saber oficial nas concepções de saúde e de doença. As

representações e os saberes, portanto, vêm a influir nas relações sociais construídas no processo saúde-doença-cuidado. É necessário, portanto, conhecer as representações que orientam a ação dos atores sociais para embasar as atuações no campo saúde. O sentido pessoal dado às experiências vividas como a saúde e a doença, por exemplo, vão influir diretamente nas representações que se tem dos eventos (SPINK, 2003).

O estudo das concepções de saúde e de cuidado em saúde dos moradores de Terrenos Novos, trabalhadas aqui, evidenciaram-se como um objeto importante para investigações futuras. Essas concepções ou representações se configuraram como aspecto central a ser considerado para a construção de estratégias de organização das ações da ESF como mecanismo de reorientação do modelo assistencial, bem como para a melhora da relação entre participação comunitária e ESF.

As concepções já trabalhadas até aqui apontam para uma experiência vivida pelos moradores e profissionais, que revelam a história de desenvolvimento dos serviços de saúde dentro da lógica centrada nos procedimentos médicos, da medicamentação e da cultura do tratamento. Tais concepções vêm a demarcar as características das relações desenvolvidas historicamente entre oferta de serviços e demanda no local. Evidencia-se que o desafio da ESF de constituir-se como mudança de modelo de atenção ainda precisa ser superado.

Como vimos, em outros momentos da pesquisa essa questão fora abordada direta e indiretamente e continuará a aparecer como variável relevante nas páginas a seguir desse e doutros capítulos. Passemos para o tópico seguinte, que trata da avaliação do trabalho do PSF de Terrenos Novos.

4.3) Avaliando o trabalho de PSF feito em Terrenos Novos

A avaliação do trabalho do PSF de Terrenos Novos se deu, principalmente, nas discussões ocorridas no segundo momento de círculo de cultura, quando já se havia discutido as concepções que os participantes tinham sobre o trabalho de PSF.

Quanto aos usuários, as falas basearam-se nas memórias dos trabalhos realizados e destacam, principalmente, algumas dimensões consideradas como importantes para a realização de um trabalho adequado de PSF, bem como desejos de que o trabalho melhore em alguns aspectos. As discussões realizadas destacam o que seria o “bom profissional”, nos faz pensar que o trabalho de PSF em Terrenos Novos já foi melhor e trazem exemplos vividos pelos participantes. Começamos a destacar o que seria um bom trabalhador do PSF:

E a gente fica é, como liderança de comunidade, a gente fica agradecida de ter essas pessoas conosco lutando em prol da nossa comunidade, ajudando a nossas famílias, nesse projeto de trabalhar família que é muito importante na nossa comunidade. As pessoas que se doam mesmo, de coração. Que a gente num tem que visar só o dinheiro, mas também... se doar mesmo, mais na frente, vai ganhar bons frutos, é isso que a gente tem que dizer, pros bons profissionais, que não só visam o dinheiro, mas também aquele trabalho de coração, porque se tu trabalha de coração, mais na frente, tu vai colher coisas melhores (usuário 1, cc1, p.9, f.32).

O trabalho de PSF em Terrenos Novos configura-se como uma “luta em prol da comunidade”, ajudando as famílias, trabalhando a família do bairro. É um trabalho que merece a gratidão da comunidade, se bem realizado. O “bom profissional” não visa somente o dinheiro, mas um “trabalho de coração”, que remete a um nível de compromisso com a “luta” dos moradores do lugar. Esse compromisso, como penso, configura-se no nível social-comunitário e nasce de um envolvimento afetivo, uma vinculação com a realidade humana compartilhada no lugar comunidade. Percebo que, nessa fala, o usuário 1 usa a metáfora da plantação para representar suas experiências já vividas com os profissionais de saúde. Aqui, semeadura e plantação voltam-se para as boas relações, que levam a uma colheita de boas coisas no futuro. Uma dessas coisas exposta é a gratidão, o respeito e consideração positiva por parte dos usuários. Aqui uma dimensão mais profunda das relações humanas é explicitada, algo que vai mais além de uma relação utilitarista para conseguir um atendimento, uma receita ou um remédio para curar o sofrimento (ou o salário, a produção dos atendimentos). O que percebo é a expressão da necessidade de sentir a presença comprometida e o envolvimento do profissional diante da realidade vivida pelo usuário. Em outra fala, o mesmo usuário exemplifica sua opinião, que nos permite prosseguir nessa compreensão:

teve um... um... uma ação dos médicos nessas equipe passada, né que... numa enchente a gente arregaçou as mangas e fomos lá, todo mundo reunido né... socorrer as famílias que estavam né, com aquela dificuldade na água e nós e a equipe daqui do posto toda se mobilizou (usuário 1, cc1, p.20, f.91).

Aqui a memória resgata momentos vividos com os profissionais do CSF, quando o envolvimento nessa “luta em prol das famílias do bairro” contou com todos reunidos. Em outro momento, o mesmo participante comenta:

E quantos já passaram, já passaram vários médicos, vários profissionais na nossa comunidade e chegavam lá fora, até encontrando com eles, e a gente sentia falta porque eram bons profissionais, mas a gente vê que muita das vezes eles não são. Eu acho que não trabalham com carinho assim por ser uma comunidade carente (usuário 1, cc1, p.8, f.30).

Aqui podemos interpretar que o usuário sente falta de alguns profissionais que já passaram pelo CSF. No entanto, destaca que “muitas das vezes eles não são” bons

profissionais e que não trabalham “com carinho”. Essa falta de carinho no trabalho, como explicitado, dá-se “por ser uma comunidade carente”. Pelo dito, podemos pensar que além de uma história de boas relações com os profissionais de saúde, também há uma história de frustração com os mesmos, uma frustração acompanhada por um sentir-se discriminado por ser de uma “comunidade carente”.

As falas dos usuários vêm a lembrar da relevância do vínculo e construção de laços de compromissos entre o profissional e o usuário da ESF, colocado também por CIAMPONE e PEDUZZI (apud CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005) como fundamental para o avanço das ações. Aqui se destacam o vínculo e o compromisso como temas fundamentais para a formação profissional para a ESF do SUS.

Duas falas abaixo nos dão mais exemplos para ilustrar esse “bom profissional” desejado pelos usuários da ESF. Nessas falas, o tema abordado é o trabalho dos ACS:

Eu vejo assim tem alguns Agentes de Saúde aqui que são nota 10, né?[...] por exemplo, uma Agente de Saúde que vai na minha casa, ela vai visitar a minha mãe que tem problema de pressão, mas ela visa não só... ela chega e fala com a minha mãe, mas também integra toda a família numa coisa que eu, que não tô nem doente, ela tem essa preocupação né. Até a questão da doação de... que a gente falou de... da participação comunitária, ela tem essa preocupação, ela tem esse envolvimento [...] ela podia chegar e tratar só quem tá doente, né. [...] mas não, ela tem essa preocupação, ela tem disponibilidade, já encarnou nela, eu uso essa palavra, de colocar a família no ... no referencial. E aí ela pergunta... tem adolescente lá e aí tem eu e o meu pai que já né... assim ela tem é... essa relação[...] porque são pessoas que a gente tira o chapéu né... que é um trabalho bem feito (usuário 2, cc1, p.17, f.63).

Nessa fala, temos mais elementos para pensar essa semeadura de boas relações já trabalhada acima. Aqui ter o referencial da família no trabalho do ACS representa uma mudança nas práticas de um profissional de saúde, que não mais trabalha dentro da noção de saúde como ausência de doença, mas foca a atenção nas pessoas que constituem cada família de sua área. Nessa perspectiva de atuação, a prevenção de doenças e a promoção da saúde aparecem como possibilidades que já se concretizam em algum nível. Nessa fala, o usuário 2 identifica também, como elemento diferencial, “a doação”, “o envolvimento” e “preocupação” com o outro. É relevante destacar que esses elementos são colocados numa prática de assistência recebida por ele, elementos que identifica que a ACS já “encarnou nela”, o que diz que esta traz no corpo, na carne, no seu jeito de trabalhar.

Aqui os usuários parecem reivindicar a “dimensão cuidadora” dos serviços de saúde, destacada por Emerson Mehry (2002), constituída como capacidade de produção de interesse e responsabilização dos diferentes serviços em torno da pessoa do usuário e do seu problema.

Vejamos o modo como outro usuário se posiciona nas discussões colocando seu ponto de vista sobre o perfil dos profissionais existentes no CSF:

por exemplo, você tem um quadro de Agente Comunitário de Saúde, como usuário 2 disse, aí tem o perfil que é excelente. Mas você tem um quadro de Agente Comunitário de Saúde que você tem um perfil que... não ajuda. Até pra... Ele não consegue compreender nem a função dele como Agente Comunitário de Saúde. Né, entende? É o perfil né? (usuário 3, cc1, p.18, f.67-68).

Fazendo referência ao que fora colocado pelo outro participante, o usuário evidencia uma diferença no grupo de profissionais ACS de Terrenos Novos, onde alguns se enquadram no modo correto e ideal e outros não. Alguns desses profissionais não conseguem “compreender” sua função, não se enquadram no perfil desejado. Em outra fala, o mesmo usuário nos dá mais elementos para compreender sua opinião:

a impressão que eu tenho assim, você tem um perfil de profissionais muito comprometidos assim [...] é um perfil de Agente de Saúde Comunitário comprometido, F., por exemplo, que doa vida a isso aqui. Pra mim, a F. é a referencia né assim, é a Agente de Saúde que podia tá num outro canto, mas assim, quis ficar aqui, quis fazer de projeto de vida. Porém, eu tenho a impressão de que assim, outros né, aí assim, enfermeiros, técnicos, médicos eu tenho a impressão de que não é daqui. Não tá nesse lugar, não... né, estar aqui porque tem uma profissão recebe um salário, consulta e vai embora, mas não é daqui, não se sente desse lugar (usuário 3, cc2, p.4, f.7).

Essa fala explicita o compromisso social com o lugar como um elemento que qualifica positivamente o trabalho a ser desenvolvido na ESF. Dando o exemplo de uma ACS, o usuário identifica, para o trabalho de PSF, o compromisso como “doar a vida” ao trabalho, como querer “fazer de projeto de vida”. Ele apresenta seu posicionamento quanto aos profissionais que trabalham atualmente no CSF criticando alguns em quem não percebe o envolvimento necessário, pois trabalham lá “mas não tá nesse lugar”, “não se sente desse lugar”. Aqui novamente podemos ver destacada a necessidade de envolvimento afetivo com a realidade do lugar onde se faz o trabalho de PSF. Esse envolvimento nasce de um sentir-se no lugar, sentir-se sendo do lugar, e esses sentimentos vêm nutrir um compromisso que potencializa as ações da ESF.

No diálogo exposto abaixo, poderemos ver que as lembranças dos profissionais que compunham o CSF no passado aparecem como subsídios para uma análise crítica do trabalho que se desenvolve atualmente:

Usuário 3: Então assim, eu confesso a vocês, que já vi, já presenciei uma... a Unidade de Saúde dos Terrenos Novos mais... mais próxima dessa vivência comunitária. Assim, é uma impressão que eu tenho. De profissionais, de enfermeiros, de médicos. Uma leitura mais comunitária, uma sensibilidade mais comunitária. Aí lembro aqui, com muito respeito assim, é... a doutora S., a doutora D., por exemplo assim. S, D.

Profissional 1: L..

Usuário 3: M., L., aquela que tá no Caracará?

Profissional 1: E.

Usuário 3: E. Mesmo com a... com o peso da história da enfermagem, de ser a enfermeira, mas...mas tinha uma sensibilidade, sabe assim? Da conversa, do... da leitura social, de envolver. Por exemplo, eu recebi a poucos dias um convite pra uma

reunião do Conselho Local de Saúde, fiquei morrendo de pena porque eu cheguei em casa era duas horas e a reunião era pra duas horas. E eu tinha uma outra reunião, mas queria ter vindo. Né... assim, nem vi quem foi a pessoa que entregou, então essa história do, da..

Pesquisador: Sexta-feira tem à tarde (*outra reunião de formação do Conselho Local de Saúde*)...

Usuário 3: Da abordagem “M”. Essa história assim, como chega: ‘nós tamo querendo retomar, fulanim ó, ta aqui o convite, vai lá, a tua... é importante’... Porque a idéia da gente é desse envolvimento, dessa participação. Então assim acho, eu presenciei momentos assim, né?

Profissional 2: Já aconteceu isso que você tá dizendo desse jeito, mais união. (diálogo, cc1, p.18-19, f.67-74).

Aqui se manifestam percepções compartilhadas sobre o CSF atual, a falta de uma “leitura mais comunitária”, de uma “sensibilidade mais comunitária”, de uma Unidade de Saúde mais próxima da “vivência comunitária”, de profissionais com uma “leitura social”, uma “habilidade de conversa”, de “envolver”, de “participar”. Essas idéias parecem compartilhadas pelo grupo, que se envolve no diálogo. No decorrer das falas já trazidas se clarificam os desafios colocados para o avanço do trabalho da equipe atual do CSF de Terrenos Novos. Outras falas da profissional 2 colaboram com a discussão do tema e com a análise crítica da situação:

As meninas (atuais profissionais do CSF) elas se dão à comunidade? Se dão. A V., as enfermeiras, a M., elas faz o que tiver ali se... se der pra elas... elas resolvem. Tá entendendo? Mas além disso, eu acho que falta uma amizade maior com a comunidade. Eu que acho que falta (profissional 2, cc1, p.19, f.86).

Aqui é levantada explicitamente uma avaliação do trabalho da equipe do CSF de Terrenos Novos. O participante relata que há “doação”, por parte dos profissionais, mas “falta uma amizade maior com a comunidade”. Essa “amizade”, termo que já fora tratado alhures, torna-se relevante no estabelecimento de uma boa relação com a comunidade, algo que parece estar além de dar encaminhamentos às demandas de cura e tratamento que chegam. Ou, pensando mais aprofundadamente, essas “demandas” precisam de um olhar mais ampliado no sentido de captar as nuances implícitas nos sintomas expressos ou queixas apresentadas. Penso que a “amizade”, colocada aqui revela novamente a necessidade urgente de se estabelecerem laços de compromisso e co-responsabilização entre profissionais e usuários, entre o trabalho de PSF e a comunidade onde esse trabalho deve se desenvolver. Analisemos o texto técnico produzido sobre a ESF no intuito de ampliar a compreensão sobre o desafio colocado para a efetivação da Política:

Um dos principais objetivos é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Porém, não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à realização de novas práticas sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos. Para que essa nova

prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades – todas essas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, pelo acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência (BRASIL, 2000, p.317-318).

Fica claro, pelo já visto até aqui, que ainda temos um longo caminho para efetivar a ESF de acordo com o que está preconizado na Política, bem como pelo que é colocado pelos participantes. Apesar de já podermos ver algumas iniciativas exitosas, ainda precisamos avançar nas inovações. Vale aqui destacar a necessidade de fortalecer os processos de formação de profissionais para o exercício das novas perspectivas de atuação. Aqui destaco a necessidade de uma re-estruturação do processo de trabalho da ESF capaz de facilitar o desenvolvimento de relações mais próximas, cultural e afetivamente, entre os profissionais e usuários.

Os problemas vividos pelos profissionais, no tocante à organização dos serviços da ESF, influenciam direta e indiretamente o modo como constroem as relações com os usuários. Vejamos a fala abaixo:

Eu lembro assim, aqui nós temos “n” funções, eu não tenho só a função de fazer participação comunitária, como também eu não tenho só a função de assistir os meus pacientes[...] às vezes nos sentimos super atarefados né, dentro dessas “n” funções, certo, e que talvez não consigamos dar resposta a um determinado, a uma determinada função, a uma determinada questão, ou seja, eu não vou ser cem por cento enfermeiro assistencialista, ou seja, né, vai ficar alguma falha. Eu não vou ser cem por cento enfermeiro da participação comunitária, vai ter algumas falhas[...] Às vezes, nós sentimos que, a... aí eu falei né, que são outras funções, e que também, a demanda, vamos dizer assim, por cura de doenças, que não é o nosso foco, nos tira tempo de fazer outras coisas (profissional 3,cc2, p.10-11, f.50).

Penso que temas fundamentais para a re-estruturação dos modos de organização das ações da ESF, pela fala do participante, sejam o estímulo à participação comunitária, o modo de relacionar-se com o usuário estruturando modos de co-construir o cuidado e a ampliação do olhar sobre as “demandas” que chegam ao CSF. Estes temas apresentam-se, a meu ver, todos interligados. Essa interligação entre os temas não é evidente e carece de um processo de racionalização dos micro e macro processos de organização, planejamento e avaliação inerentes à ESF. O profissional que acima fala expõe seu dilema cotidiano repleto de “n” funções que “lhe tira” tempo para desenvolver um bom trabalho. As polaridades colocadas são “ser profissional da participação comunitária” ou “ser profissional assistencialista”, onde

a integração dos pólos parece difícil, pois de algum modo parece que “vai ficar falha”, já que os profissionais encontram-se atarefados com a demanda que chega. Novamente o participante enfatiza que, em Terrenos Novos, a demanda por cura de doenças, que “não é o foco” do trabalho de PSF, torna-se um obstáculo para o bom desenvolvimento do trabalho. A relação entre oferta de serviços e demanda evidencia-se novamente como elemento fundamental para uma necessária re-estruturação dos modos de organização do trabalho de PSF. Aqui, percebo que devemos questionar como vem se configurando até mesmo os processos de cura de doenças, já que podem não ter uma efetividade na resolução dos problemas de saúde e diminuição da demanda. É questionável o tipo ou alcance do “olhar” que a ESF tem sobre esses processos de adoecimento e como vêm considerando as relações que são construídas com os usuários. Será que consideramos a importância das relações entre profissional e usuário como elemento relevante no processo terapêutico, no exercício da clínica? Será que consideramos os determinantes sociais da saúde? Será que reproduzimos uma lógica de construção de uma “sociedade de pacientes” ou estimulamos o protagonismo dos usuários? Onde entram, no rol das prioridades, as ações de promoção da saúde?

Outra fala revela que as dificuldades dos trabalhadores acima abordadas são reconhecidas por alguns usuários e incompreendidas por outros:

como é que essa população entende que estes os que estão aqui, também sofre, sonha, deseja ter uma condição de trabalho que a eles não é dado a dar. Quer dizer assim, não é dado a eles uma condição de trabalho e isso remete a “n” fatores. Né? E as pessoas saem as vezes: “aí porque lá eu não sou bem acolhido”, mas eu não sou acolhido porque a demanda é grande para a quantidade de pessoas que tem e a quantidade de pessoas cresce, mas a estrutura é a mesma (usuário 3, cc1, p.14, f.51).

Aqui é colocada a condição de trabalho como fundamental para a organização dos serviços da ESF. Como acolher bem os usuários, se não temos condições de trabalho adequadas? Não poderemos falar de um bom acolhimento às diversas demandas que chegam à ESF se não pensarmos na melhoria das condições estruturais (estrutura física, equipamentos, salários dignos, seguridade social, etc.) necessárias ao desenvolvimento desse trabalho. Penso que até o vínculo, envolvimento e o compromisso social do profissional se abalam diante de condições precárias de trabalho.

No decorrer dos próximos capítulos, ainda serão revelados, direta e indiretamente aspectos relevantes da ESF, bem como da avaliação desta no bairro Terrenos Novos. No capítulo seguinte, abordaremos o tema “Participação Comunitária por Terrenos Novos”, entendendo que o tema fora debatido pelo grupo de participantes e por outros pesquisadores.

CAPÍTULO 5 – A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA POR TERRENOS NOVOS

Nesse capítulo, realizo análise e discussão dos dados referentes à participação comunitária. A participação comunitária é uma categoria de destaque dentro da discussão trazida nessa pesquisa. Essa categoria, como vimos alhures, pode ser compreendida de diversas formas e com diferentes conotações. O capítulo aborda as discussões realizadas nos círculos de cultura, destacando o modo como os participantes concebem a participação comunitária e como a avaliam no contexto do bairro Terrenos Novos.

Vejamos como se configurou a discussão sobre o tema da participação comunitária junto aos participantes da pesquisa, para que possamos contextualizar a análise, que venho fazendo, com as experiências vividas no bairro Terrenos Novos em Sobral, Ceará. Inicialmente veremos como os participantes expressam suas concepções sobre a participação comunitária para, depois, analisarmos como está a participação comunitária no bairro em que vivem e ou trabalham.

Iniciemos com as concepções dos usuários, lembrando ao leitor que estes são reconhecidas lideranças comunitárias do bairro Terrenos Novos. Passemos à fala abaixo:

Participação é... na comunidade, pra mim é a gente poder né, tá à frente das nossas é... Não só da parte da área saúde, mas também das famílias... a gente tá nesse trabalho é... conhecendo um pouco né, as áreas, as famílias, tentando melhorar mais a nossa comunidade, eu acho assim. O meu conhecimento em comunidade é isso, é lutar para que a nossa comunidade venha melhorar mais né. A gente levando algumas ações, levando reivindicações para os nossos governantes né... os nossos... que podem assim, nos contribuir em termos de melhorar nossa comunidade (usuário 1, cc1,p.3, f.17).

Dessa fala, destacamos que a participação comunitária aponta para um conhecimento sobre as “áreas” do bairro e sobre a realidade das famílias do lugar, em busca de “melhorar mais” a comunidade. A relação com os governantes é também exposta como possibilidade de melhora da comunidade, onde reivindicar é a ação colocada como expectativa de que os governantes possam contribuir. Aqui encontramos a integração entre um agir para transformar que remete a aumento do conhecer a realidade, um compromisso com uma realidade compartilhada. Tais elementos remetem a uma concepção de participação comunitária ligada a uma visão de desenvolvimento local e um diálogo entre agentes internos e externos (governantes). Tal concepção trazida pelo usuário aproxima-se ao que é colocado pela Psicologia Comunitária (Góis, 2005; 2003). Vale destacar, no entanto, que é fundamental que haja uma “integração e relação pedagógica entre agente externo e comunidade, na qual se reconheça o papel e a importância de cada interlocutor na definição do rumo e do modo de desenvolvimento apropriados à realidade sócio-ambiental do lugar” (Góis, 2005, p.66). É

fundamental que a comunidade tenha voz, voto e veto (MONTERO, 2004) em todo o processo desenvolvimento comunitário.

Vejamos outra concepção de participação comunitária exposta no grupo:

O que eu entendo por participação comunitária, é essa questão da capacidade de você se preocupar com pessoas que não tem um vínculo familiar com você. A partir do momento que você pega, então, uma família e que tá necessitada, e eu boto aquilo na minha cabeça e fico angustiado, fico me preocupando, isso é... é assim, é você ter dentro de você esse dom, essa preocupação [...] Assim, a participação comunitária, eu vejo assim, é você ter a capacidade de amar seja lá quem for. Acima de tudo, amar o que você faz [...] Então, eu vejo assim, que participação comunitária é doação. É você acolher também, você ter essa preocupação (usuário 2, cc1, p.6, f.22).

Penso que aqui temos colocados vários elementos para pensar a participação comunitária como uma capacidade humana de solidarizar-se com o outro. Aqui a liderança comunitária, pautado na sua experiência, destaca a participação comunitária como uma “capacidade de você se preocupar” com pessoas que não fazem parte de sua família. Essa “preocupação” também é colocada como “angústia” frente a uma realidade à sua frente, que lhe chama para o envolvimento, como no caso de uma família que “tá necessitada”. Ele nos convida a pensar em sua história de vivência num bairro marcado pela pobreza econômica e exclusão social, onde a solidariedade, muitas vezes, pode ser a saída para a sobrevivência ou para a superação de desafios pessoais e comunitários. O participante também coloca uma dimensão bastante significativa da participação comunitária, em sua concepção: a dimensão do amor. Em sua opinião, a participação comunitária é uma prática de amor ao outro “seja lá quem for” e, “acima de tudo, amar o que você faz”. Novamente, como vimos no capítulo anterior na discussão do como deve ser um bom trabalho de PSF, a “doação” aparece como constituinte da participação comunitária. “Amar o que se faz”, entendo como amar e assumir as escolhas que se faz, envolvendo-se com a realidade comunitária ao seu redor.

Cabe aqui fazermos uma ponte do que foi colocado com o que a Psicologia Comunitária coloca como próprio da atividade comunitária (onde se constrói a participação comunitária). É fundamental destacar que a participação se potencializa quando constituída em elementos ligados aos motivos comunitários e pessoais, a uma ação cooperativa e uma transformação solidária da realidade (Góis, 2005).

O mesmo participante desenvolve suas idéias e contribui para as discussões no grupo, ao falar:

É... e assim, acho que todo mundo tem, dentro de si, esse espírito de participação e aí cabe-nos, assim, não deixar que isso morra[...] Tem algumas coisas que tem e desanimam a gente? Tem, mas assim, tem gente, que elas desistem muito fácil. No primeiro obstáculo, ela: ‘puxa’... e dali já desanima, mas todo mundo assim... eu vejo que muita gente, muitas pessoas tem esse espírito de cooperação, de

participação, mas que diante das dificuldades que são muitas aí vai e desiste (usuário 2, cc1, p.7, f.24).

Para ele, o “participar” aparece como inerente aos processos humanos. Destaca que “esse espírito de participação”, esse “espírito de cooperação” está dentro de todos, é algo que todos têm. No entanto, também destaca o caráter de construção desse processo, o qual precisa ser cuidado para “não deixar que isso morra” dentro de cada um. Pelo colocado em sua fala, a realidade impõe obstáculos e dificuldades para a participação e isso, pela sua experiência, desanima muitas pessoas, que acabam desistindo de participar, de cooperar. Uma fala de outro usuário vem corroborar com essa idéia:

Então participação comunitária, no meu entendimento, é isso, né. É do envolvimento e da doação. E se isso não é alimentado, se isso não é cuidado né, as pessoas vão perdendo o encantamento né, dessa participação. E vai “não, isso é desse jeito mesmo” e aí a gente vai cansando. E é esse o sentimento que eu tenho hoje (usuário 3, cc1, p.4, f.20).

Tomando pelo já discutido até aqui, posso inferir que a participação comunitária é uma possibilidade inerente a todos os moradores, capaz de gerar redes de solidariedade, conhecimentos sobre a realidade do lugar e das famílias, mas que não se constitui como um processo fácil de ser construído em Terrenos Novos. É um processo que precisa ser alimentado e “cultivado” cotidianamente, para que não se caia no fatalismo (MARTÍN-BARÓ, 1998) e na aceitação passiva da realidade comunitária.

O caráter dialético da relação do indivíduo com a sociedade e com o mundo é destacado aqui. Numa perspectiva interacionista dialética, própria da Psicologia Comunitária cearense (NEPOMUCENO *et al*, 2008b ; GÓIS, 2003, 2005), podemos ver integrados aqui elementos próprios do ser humano, mas que somente se desenvolvem a partir de sua ação no mundo, revelando que o desenvolvimento do humano se dá por processos interativos de ação no mundo, em um contexto histórico-cultural. O fenômeno psicológico “só é compreensível quando analisado na sua condição social, mas sem se reduzir a ela” (SAWAIA *apud* SOLON, 2003, p.11). Para compreender a participação comunitária, enquanto fenômeno psicológico, no contexto de Terrenos Novos, podemos nos remeter à relação entre atividade comunitária e consciência, algo que é possível de ser pensado a partir das concepções de participação comunitária expostas aqui.

A atividade comunitária remete a uma atividade pessoal e coletiva, socialmente significativa, que responde às demandas da comunidade e dos indivíduos. Revela-se como uma unidade de ação instrumental-comunicativa nascida do contexto comunitário. Enquanto atividade humana, apresenta uma dimensão externa e uma interna. Revela o elo indissolúvel entre mundo externo e interno, entre objetividade e subjetividade; tem em um dos pólos o

objeto da atividade e no outro o sujeito. É um processo pelo qual se realizam as transformações recíprocas entre sujeito e objeto (GÓIS, 2005).

Nas palavras de Góis:

Para nós a atividade comunitária revela de imediato a unidade instrumento-comunicação e sua força realizadora da consciência e da comunidade, pois sabemos que o operar juntos (cooperar) e o diálogo são manifestações complexas da vida consciente e são essenciais à vida social (GÓIS, 2005, p.89)

A participação comunitária, portanto, revela-se como algo que se constrói na atividade comunitária. Sua força transformadora dos sujeitos e da realidade depende de como se configuram os processos comunicativos e instrumentais, do desenvolvimento do diálogo e da cooperação. Depende de como essa atividade comunitária se configura como processo subjetivo.

Prossigamos com outras falas no intuito de ampliar a concepção sobre participação comunitária a partir da experiência e saber dos participantes:

Se a gente realmente tem vivido o termo comunidade, do que é comum. É que, a meu ver, só há participação comunitária se, de fato, a gente vivenciar o sentimento de estar numa comunidade. De viver o que é comum [...] E vinha dizendo que, a meu ver, a participação comunitária é o envolvimento e o comprometimento com o que é comum, né. Qual é os sonhos comuns dessa comunidade? [...] Então essa participação, ela parte disso, de uma opção pessoal, de uma dedicação pessoal (usuário 3, cc1, p.3-4, f.20).

Outros elementos, portanto, vêm contribuir para a discussão realizada no grupo. O participante começa sua fala questionando até que ponto se vive o termo comunidade e destaca a relação entre esse “viver o que é comum”, “vivenciar o sentimento de estar numa comunidade”, com a participação comunitária. Ele destaca que a participação comunitária parte da pessoa, da pessoa que compartilha a vida em comunidade, que se envolve e que se compromete com o que é comum, pois se sente partícipe dessa coletividade. A participação comunitária constitui-se a partir da “opção pessoal” e requer uma dedicação das pessoas. O participante indaga ainda quais “os sonhos comuns dessa comunidade” e nos convida a pensar que a participação comunitária nasce de uma realidade de vida compartilhada e de vontades coletivas de mudança de um lugar comunidade. E, ao mesmo tempo, a participação comunitária nasce desse processo de ter sonhos comuns a buscar e é, a partir dela, que se constroem os mesmos sonhos.

O mesmo participante traz novos elementos para pensarmos a participação comunitária. Continuando a mesma fala ele conclui: “no meu entendimento, é esse compromisso, é essa dedicação, é essa luta [...] Então participação comunitária é missão, é compromisso, é projeto de vida”(usuário 3, cc1, p.5, f.20). As palavras “missão”, “luta” e

“projeto de vida” falam de um posicionamento político dos indivíduos perante o mundo e a sociedade, um posicionar-se permanente, uma disposição para superar os desafios e construir a vida. Quanto a esse caráter permanente e longitudinal da participação comunitária, o mesmo participante destaca: “a participação comunitária não tem horário, não tem tempo, não é? Ela não determina tempo, a enchente não determina tempo, ela vem de madrugada e você tem que tá posto” (usuário 3, cc1, p.21, f.100). Aqui ele refere-se à realidade, já vivida no bairro, do enfrentamento das enchentes do açude Mucambinho, para exemplificar esse posicionamento permanente que é próprio da participação comunitária.

Aqui os sentidos (pessoais) colocados sobre a participação comunitária (significado), para os participantes usuários, trazem bastante a idéia de doação, compromisso, dedicação, luta e projeto de vida.

Cabe esclarecermos um pouco o que estamos chamando de significados e sentidos, pois estes são fundamentais para compreender a participação comunitária enquanto fenômeno psicológico. A partir de uma leitura de Vigotsky, Marta Kohl de Oliveira (1992) destaca que existem dois componentes do significado da palavra: o significado, que se configura como sistema de relações objetivas que se formou no processo de desenvolvimento da palavra, que é compartilhado socialmente e tem certa estabilidade; e o sentido, que é o significado da palavra para cada indivíduo, composto a partir das relações construídas no contexto de uso da palavra e vivências afetivas do indivíduo. Nas palavras da autora: “O sentido da palavra liga o seu significado objetivo ao contexto de uso da língua e aos motivos afetivos e pessoais dos seus usuários. Relaciona-se com o fato de que a experiência individual é sempre mais complexa que a generalização contida nos signos” (KOHL DE OLIVEIRA, 1992, p.81).

A palavra participação comunitária, nesta pesquisa, aparece prenhe de sentidos que me levam a pensar em experiências pessoais vividas em um contexto histórico-cultural, onde as atividades socialmente significativas aparecem envoltas por lutas para concretizar sonhos de uma comunidade melhor, por sentimentos de viver o que é comum e pela construção de projetos de vida numa perspectiva solidária.

Aqui vale resgatar novamente o termo libertação como fundamental para pensarmos as concepções de participação comunitária expostas pelos participantes. Libertação, como dito alhures, é uma práxis coletiva ligado à luta por autonomia dos sujeitos, ao desabrochar das virtudes populares, ao processo de facilitação da conscientização individual e grupal advindo da organização e fortalecimento dos grupos (MARTÍN-BARÓ, 1998) e uma negação da negação dos indivíduos e coletivos de serem mais (GÓIS, 2008; NEPOMUCENO et al, 2008b). “A negação da negação constitui-se na afirmação da exterioridade do oprimido, sua

potência humana, seu saber e poder criativo na construção de si mesmo e da coletividade em que se insere” (NEPOMUCENO et al, 2008b, p.461). Nas falas trazidas pelos participantes podemos ver a potencia dos processos coletivos vivenciados pelos participantes, o que nos possibilita a pensar na relevância da organização dos grupos comunitários no fomento aos processos de participação comunitária. A partir das falas dos usuários e da perspectiva da Psicologia Comunitária trazida aqui, entendo que a participação comunitária se fortalece quando situada em processos de libertação, onde a transformação social aponta para a superação das situações de opressão e para a construção da autonomia dos partícipes.

Até o momento, tenho trazido as concepções dos usuários participantes do grupo da pesquisa. Convido o leitor a prosseguirmos com as concepções expostas pelos profissionais:

a participação comunitária é essa. É eu fazer com que as famílias elas se sintam responsáveis, que elas têm uma parcela de contribuição pra melhorar o quadro do nosso bairro [...] Então participação comunitária, pra mim, é essa. É você... O nome já diz tudo, é você participar na comunidade, mostrando o que ela tem de bom, não somente o que ela tem de ruim (profissional 1, cc1, p.5-6, f.21).

Aqui o profissional revela uma intencionalidade de sua ação sanitária que envolve a participação comunitária, que é instigar a responsabilidade das famílias na melhoria do bairro. Aqui ele revela sua vontade de contribuir para que elas “se sintam responsáveis”. Logo em seguida, numa frase um pouco confusa, o profissional diz que “participar na comunidade” traz nesse processo a expressão de potenciais da comunidade, “o que ela tem de bom” e “não somente o que ela tem de ruim”. Aqui o profissional falava da experiência recente de realização da I Feira de Negócios e Artes de Terrenos Novos (FENATEN) da qual o CSF foi um grande articulador, e se referia às potencialidades que ali estavam expostas. No contexto em que falava, vinha criticar que, muitas vezes, apenas se destacavam os aspectos negativos da comunidade. A partir dessa fala, penso que uma dimensão que a participação comunitária tem é a tendência de revelação da força do trabalho, de criação cultural da comunidade e modos de enfrentamento e superação criativa dos dilemas da vida.

Passemos para outra fala de profissional sobre participação comunitária:

a participação comunitária envolve o conhecer, ou seja, a comunidade precisa saber o que existe dentro do seu bairro é..., seja na saúde, na educação, na política, na religião e, diante desse conhecimento, se envolver, buscar se envolver, participar na melhoria, se é que precisa... melhorar, se é que algo não anda bem [...] a participação comunitária é de extrema importância na... na... pra que se vá se alcançar realmente um nível mais elevado, vamos dizer de... sei lá, de qualidade de vida né... ou o que queiram... o que queiram classificar como melhoria [...] Eu entendo que a participação comunitária está envolvida em todos os segmentos de uma comunidade, sem a qual não haverá ascensão, não haverá melhorias se forem tratados individualmente, ou por determinados grupos, por determinados segmentos (profissional 3, cc1, p.7-8, f.29).

Novamente a participação comunitária está associada à construção de um conhecimento sobre o lugar comunidade, bem como um envolvimento e uma busca por melhorias para a comunidade.

O conhecimento sobre a realidade é um dos resultados do processo de apropriação inerentes à atividade humana. A apropriação remete à interiorização da realidade como um processo ativo e de significação – remete ao ato de dar significado às coisas-, onde o indivíduo se apropria da realidade transformada e a reconstrói internamente de modo singular (GÓIS, 2005).

“Vygotski compreendia a interiorização como processo ativo, da ação à consciência, que parte da atividade e que se realiza por meio de dois momentos chaves: um primeiro, que é externo, interpessoal (social); e um segundo, que é interno, intrapessoal (psicológico). Para ele, as ferramentas e a comunicação são decisivas na reconstrução interna particular da realidade externa” (GÓIS, 2005, p. 85)

Dessa forma a experiência de participação comunitária liga a atividade externa, com o uso de instrumentos e da linguagem, ao processo de aprofundamento da consciência sobre a realidade onde a ação se desenvolve.

Na fala anterior, o profissional destaca que a participação comunitária busca uma mudança qualitativa na vida dos moradores e esta terá mais potencial de mudança se contar com uma diversidade de segmentos ou grupos de uma comunidade. Nessa concepção, participação comunitária leva a uma apropriação dos caminhos para a construção da saúde comunitária, destacando a potencia de integração de diversos atores sociais da comunidade.

Algumas falas dos participantes trouxeram exemplos de experiências com a participação comunitária e tais exemplos foram importantes para o desenvolvimento das discussões do tema. Vejamos:

Vou falar aqui um pouco sobre da experiência com relação à Feira (*I Feira de Negócios e Artes de Terrenos Novos*), que foi um projeto que eu me doe bastante e quando via tudo pronto eu me sentia feliz e realizado. Não algo pessoal, né, que a gente sabe que tem algumas pessoas que tem suas pretensões pessoais. Mas eu me senti realizado porque eu estava contribuindo para alguns dos moradores do bairro mostrassem seus talentos, as coisas boas que eles têm. A questão do artesanato, a questão da alimentação, né, e aí participação comunitária é essa. É tanto que uma pessoa chegou pra mim e me perguntou se eu estava recebendo dinheiro em troca daquilo e eu disse “não, não estou recebendo nenhum dinheiro, o que eu estou recebendo é a satisfação de ter contribuído pra que esse momento acontecesse e, também, ver na cara das pessoas esse... esta satisfação”... , que o que acontecia era isso, todos estavam satisfeitos com o momento que estavam vivendo, né, e elas se sentiam até fortalecidas porque estavam meio desanimados quando começaram e, quando viram o negócio acontecendo, elas acreditaram (profissional 1, cc1, p.5-6, f.21).

Aqui o profissional relata sua experiência satisfatória com a realização da I FENATEN. Como já abordamos acima, ele destaca a Feira como experiência de participação

comunitária e mostra de potencialidades ou “coisas boas” que alguns moradores do bairro têm. É interessante como ele manifesta sua satisfação em estar contribuindo para a realização dessa ação, fazendo questão de destacar que não o fez por dinheiro e sim para receber a “satisfação de ter contribuído para que esse momento acontecesse”. Um dos motivos de sua satisfação é ter visto “na cara dos moradores” a satisfação com a Feira. Vejamos outra experiência relatada no grupo:

Eu vinha dizendo isso há alguns dias, que: ‘eu já dei a minha parte, já fiz a minha parte’. E depois fui refletir se é... se é esse o discurso que eu quero reafirmar, que a minha contribuição terminou [...] E eu acho que não é isso. Não dá pra ser assim né? [...]essa semana eu descobri de 18 famílias do Boqueirão (*uma outra comunidade de Sobral*), que tão sendo colocadas pra fora. Que moram lá há 51 anos. Os roçados dessas famílias foram destruídos todos. Então as famílias estavam amedrontadas. E uma senhora, ontem, disse assim “quando a mulher chegou, disse assim ‘olha eu sou pobre, eu não sou nada, deixa eu só colher o meu feijão’, e aí a mulher disse assim ‘não tenho tempo pra esperar’”. Então assim, me parece que isso indigna a gente e diz assim ó: “tua missão não terminou” (usuário 3, cc1, p.4-5, f.20).

Na experiência relatada, a participação comunitária é associada a uma missão e a um sentimento de indignação, que nos remete ao que discutimos acima sobre o sentimento de amor ao outro, um envolvimento com a realidade e um compromisso social. Outro usuário fala de sua experiência com processos de participação comunitária, compartilhando o que já aprendeu:

eu cresci aqui vendo pessoas que assim, é... líderes comunitárias, né... acho que é esse o nome... que eu, quando criança, me ensinaram muito né. Assim, reivindicavam coisas pra gente, mas que extraíam alguma coisa de bom pra mim, de mim, se preocupavam [...] E assim, eu considero mestre aquelas pessoas que me ensinaram através de exemplos, né. E aí tem um monte de pessoas aqui que... O usuário 3 é um que cresci no projeto com ele, tem D., tem L. que também assim, eu vejo que é exemplo de participação comunitária, apesar de não ser da comunidade, ajudar [...] Foi um momento assim que foi realmente agradável a questão de se preocupar com problemas, buscar achar solução e tendo a certeza de que não ia ser bem resolvido, mas que com ajuda dele, de moradores mesmo seria amenizado (usuário 2, cc1, p.6, f.22).

Em seu relato, ele manifesta que aprendeu ao ver e conviver com lideranças comunitárias e participar dos movimentos comunitários. Destaca que as lideranças são pessoas de referência para ele, “mestres” que “ensinaram através de exemplos”, pessoas que se preocupavam com ele, “extraíam alguma coisa de bom pra mim, de mim”. Fala da existência dos movimentos de participação comunitária em Terrenos Novos e de lideranças que foram presentes em sua vida. Na mesma fala, já trabalhada aqui alhures, o participante relatava que compreendia sobre participação comunitária como capacidade de amar e se envolver com as pessoas. Aqui o resultado do amor recebido gerou ensinamentos aprendidos desde a infância. Ele relata também o trabalho realizado por um profissional de saúde que,

mesmo não sendo da comunidade contribuiu para amenizar os problemas vividos pela mesma.

Noutra fala podemos ver outra experiência de participação comunitária:

eu acho assim a importância dessa comunicação que eu tenho com as pessoas, mas eu acho que é cabe, cada pessoa, se dedicar em busca dessa aliança de comunidade[...] E aonde eu to hoje, assim, em termos de... ta aí o usuário 3 que não me deixa mentir, tanto faz ser na área da saúde, como na parte religiosa, eu tenho essa gratidão de ter buscado em mim mesmo, às vezes lá em casa digo “ninguém me valoriza”, mas eu sou tão valorizado lá fora (usuário 1, cc2, p.16, f.81).

Sua experiência é relatada como uma busca de uma “aliança de comunidade”, que envolve um processo de comunicação com as pessoas. Para ele, cabe a cada pessoa cuidar disso, se dedicar nessa busca. Em seu relato, expõe que sua trajetória como liderança o faz ser valorizado, muitas vezes, mais do que em sua própria casa. Ele prossegue na mesma fala:

É em prol da minha comunidade que eu vou buscando essa aliança, essa comunicação esse... essa maneira de eu falar e crescer né dentro da minha própria comunidade, né e levar pra essas pessoas, assim, é... eu não me acho dessas pessoas capazes eu tiro do grupo de jovens, que são pré-universitários, conversando comigo diz ó: *usuário 1*, tu é uma pessoa excelente, tu já tem todas as técnicas que nós precisamos que você ta falando aqui pra nós que nós não temos esse conhecimento e tamo em busca agora [...] Né, quer dizer que eles me valorizam, vão em busca de conhecimento de boas novas e... algo que eles ainda tem muito que aprender comigo como liderança, como pessoas que faz parte de uma comunidade e eu acho assim, a riqueza dessa... desse crescimento assim de comunicação né [...] Deu chegar às famílias e o pouco que eu sei repassar pra elas, não quero saber se eu to falando errado ou não ou se eu to falando bem, ou se eu to falando bonito ou feio. Né, nessas reuniões grande, o *usuário 3* vê que eu participo e falo, da forma que eu sei falar, e as pessoas me compreendem né e me valoriza porque eu to levando algo de especial assim, da minha comunidade, pra aquelas pessoas, conhecimento [...] Eu to no dia-dia na minha comunidade, eu to buscando esse conhecimento nas famílias pra mim relatar, nessas reuniões, que eu faço parte. Eu acho bonito esse termo de comunicação que eu aprendi (usuário 1, cc2, p.16, f.81).

A sua experiência como liderança lhe gerou um claro crescimento pessoal no campo de sua capacidade comunicativa, o que lhe faz ser valorizado e reconhecido como uma pessoa com conhecimentos significativos sobre o lugar onde mora. Seu conhecimento sobre as famílias, sobre “algo de especial” da comunidade, é também um dos frutos colhidos com a participação comunitária. A troca de conhecimentos é algo destacado em sua fala. Penso que a participação comunitária gerou uma ampliação de sua capacidade comunicativa, melhorando seu jeito de falar e construir relações, algo que lhe fez ser valorizado por si e pelos outros.

Aqui percebo como bem explicitado um fortalecimento do que Góis (2003; 2008) chama valor pessoal e poder pessoal, onde há o desenvolvimento de

um processo de desabrochar uma nova percepção sobre si mesmo, que aprofunda positivamente suas relações na família e na vizinhança, que o leva a participar ativamente da organização do seu bairro e das comissões reivindicatórias e políticas, valorizando a participação comunitária e a política como instrumento de cidadania e desenvolvimento comunitário (GÓIS, 2008, p. 93).

O valor pessoal remete a um sentimento de valorização de si, “sentir-se capaz de viver, gostar de si mesmo, acreditar na sua capacidade de conviver e realizar trabalho são expressões do valor pessoal. Quanto ao poder pessoal, é a capacidade de influir na construção de relações saudáveis com os outros e com a realidade” (GÓIS, 2003, p.51). Valor e poder pessoais, pelas experiências expostas, podem ser processos intimamente ligados à participação comunitária.

Aqui também a participação comunitária é colocada como um potente processo de construção de conhecimentos, que dizem sobre a realidade do bairro e das famílias deste. Um processo ativo, onde conhecer e atuar andam juntos.

Emanuel M. Vieira (2008) realizou pesquisa que teve como objetivo discutir a influência do modo de participação em atividades comunitárias no processo de conscientização. Para o autor, que compartilha das idéias de Góis (2005), os modos de participação mais ativos e cooperativos propiciam condições para que o sujeito fortaleça suas interações com a realidade através da apropriação e significação. Pelos exemplos trazidos aqui, podemos pensar que as experiências de participação comunitária em Terrenos Novos puderam influir, de modo positivo, nos processos de conscientização dos participantes dessa pesquisa.

Até o momento, vimos como os participantes concebem a participação comunitária e analisamos relatos de experiência que tiveram com esta. Passemos adiante para analisar como eles avaliam a participação comunitária no bairro onde vivem e ou trabalham. Tal análise busca perceber como este processo vem se desenvolvendo atualmente, ampliar a compreensão sobre o fenômeno e vislumbrar possibilidades de fortalecimento da participação comunitária em Terrenos Novos.

Vejamos uma primeira fala:

É que, a meu ver, só há participação comunitária se, de fato, a gente vivenciar o sentimento de estar numa comunidade. De viver o que é comum. Me parece que... esse... essa a vivência do que é comum a gente tem perdido. E perdido isso, nos últimos tempos, aqui nos Terrenos Novos, de viver comum [...] Qual é os sonhos comuns dessa comunidade? E a gente tinha sonho disto, né [...] Mas é esse desejo da contribuição, do comprometimento, da luta, do não desencantamento. E isso pra nós era muito forte né. De num tá só na igreja, mas de tá na associação de moradores, de tá nas lutas. E me parece que isso dava pra gente o entendimento do envolvimento e da doação [...] Aí assim,... havia um sentimento que... Assim, a participação comunitária, ela era projetos... de vida. E projeto de vida e de comunidade. Então, isso pra nós era muito claro nas lideranças, né. E me parece que hoje há projetos pessoais e não mais projetos de comunidade. E, por isso, que se fragmentou essa história da participação comunitária (usuário 3, cc1, p.3-5, f.20).

A participação comunitária é situada na interfase entre o pessoal e o comunitário, um “projeto de vida e de comunidade” onde subjetivo e objetivo aparecem imbricados, onde o

individual e o coletivo ganham corpo integrado “num viver comum”, uma vida compartilhada em um lugar. A participação comunitária vivida em Terrenos Novos pelo participante configurava-se como um atuar em várias frentes de “luta”. E esse atuar coletivo dava o “entendimento” do “envolvimento” e da “doação” existentes no processo de participação comunitária. A esse entendimento é acrescido, talvez de forma articulada, um “sentimento” do projeto de vida e comunidade que se tinha. Aqui novamente encontramos explicitados elementos de transformação do sujeito pelo ato de transformar a realidade, revelando elementos afetivos (sentimentos e emoções) próprios da consciência. Aqui a atividade comunitária parece conduzir à “superação das contradições entre o individual e o social na comunidade, como também à construção de uma ética comunitária” (GÓIS, 2008, p.92-93).

Segundo o participante, atualmente não se percebe esse projeto comunitário, e sim apenas “projetos pessoais” que vêm a “fragmentar essa história da participação comunitária” em Terrenos Novos. Se outrora o individual e coletivo forneciam a percepção e o sentimento de estar juntos em um lugar compartilhado, vivenciando e construindo uma ética comunitária, hoje o coletivo não mais constrói o comunitário.

Eu concordo é... com o *usuário 3* quando ele coloca a questão do desânimo. Que muitas pessoas que estão desanimadas, estão desacreditadas porque... digamos que pessoas de fora vieram e plantaram essa... esse desânimo. Mas acho que quando a pessoa tem força de vontade, tem... que quer lutar, ela constrói (profissional 1, cc1, p.5, f.21).

O profissional, nessa última fala, concorda com a opinião dada pelo usuário sobre a situação de desencantamento da participação comunitária em Terrenos Novos e atribui isso a pessoas que vieram de fora do bairro, e “plantaram” esse “desânimo” no lugar. Talvez ele esteja se referindo ao processo de crescimento do bairro com a chegada de novos moradores vindos de outros bairros de Sobral. Esse “desânimo” passa a ser caracterizado como um processo de “desencantamento” da participação comunitária. Vejamos como isso fora colocado no grupo:

precisa viver ou ver o momento que essa comunidade tá vivendo né. E pra mim, é um motivo até de tristeza né. Antes de entrar aqui na sala, a gente tava conversando ali com o *usuário 1*, né e eu acho que a comunidade dos Terrenos Novos está passando por um processo de desencantamento e de não participação né. E que isso não faz parte dessa comunidade. Isso não era daqui, isso não é daqui [...] E acho que essa esse desencantamento e a não efervescência da vida dessa comunidade não é só uma responsabilidade do PSF, é também, mas não é só daqui. Mas é da igreja, é da escola, é das associações de moradores, é do grupo, é da chegada de uma paróquia que, no meu entendimento, vinha pra fortalecer e que não consegue fazer isso, num é? Da presença de uma reverência eclesial que vinha pra fortalecer e não consegue fazer isso. Então acho que a primeira coisa é esse processo de desencantamento e da perda. Por exemplo, nos Terrenos Novos você tem grande dificuldade, hoje, de ver quem são as novas lideranças que tão surgindo. Que lideranças são essas? Que espaços são esses? (*usuário 3*, cc2, p.4, f.7).

O contexto da fala citada é de uma discussão sobre a relação entre participação comunitária e trabalho de PSF, tema que abordaremos no próximo capítulo. Na fala o participante chama o grupo para “viver ou ver” essa realidade de “desencantamento” por qual passa a comunidade de Terrenos Novos, um momento de “não participação”. Relata estar entristecido com o que vem acontecendo e diz que isso não é próprio da comunidade, “isso não era daqui, isso não é daqui”. Para ele, a responsabilidade do que se passa na comunidade é de vários atores situados na comunidade, citando escolas, CSF, grupos comunitários, Igreja, associação de moradores. Aqui o participante, liderança comunitária, diz ser necessário ficarmos atentos e trabalharmos para mudar essa condição de “desencantamento”, algo que relaciona com a perda da participação comunitária, que tradicionalmente fez parte da identidade do bairro. Aqui coloca como aspecto relevante, a ser considerado no fortalecimento da participação comunitária, a discussão sobre as novas lideranças comunitárias que estão surgindo e sobre os espaços de participação.

Vejamos um diálogo construído logo em seguida:

Profissional 1: Aqui tem muita participação comunitária, mas também fica meio que assim, é cada qual

Profissional 3: Isolado (*fala paralela*).

Profissional 1: Isolado né, “eu tenho a minha participação aqui, o *usuário 1* tem o dele e fulano tem a dele e aí”, mas existe participação né.

Pesquisador: Hum rum...

Profissional 1: Mas cada qual no seu lugar, no seu grupo contribuindo da forma que acha correto, né (diálogo, cc2,p.6, f.15-19).

Aqui a análise da participação comunitária no bairro já pondera novos aspectos, mesmo que ainda situando uma condição ainda de fragmentação dos movimentos comunitários. O participante, que já falara em “desânimo”, agora destaca que há “muita participação comunitária”, que esta se encontra nos grupos comunitários existentes. Mas cada grupo atuando de forma isolada, “contribuindo da forma que acha correto”. Dentro desse panorama colocado, já podemos falar de movimentos coletivos construindo-se na comunidade, onde o pessoal e o comunitário possam estar se entrelaçando nesse processo participativo de construção do lugar. No entanto, fica subentendido uma espécie de lamento com a condição de “isolamento” em que se encontram os grupos comunitários que, se não se articulam, não formam uma rede social comunitária mais fortalecida.

Com a intenção de trazer mais elementos de análise sobre a condição atual da participação comunitária em Terrenos Novos, construí, a partir da discussão feita sobre os espaços de participação identificados pelos participantes, uma pequena tabela:

Tabela 3: Espaços de Participação Comunitária em Terrenos Novos identificados pelos participantes

Nome do espaço/Ação	Caracterização
Mutirão da dengue	Ação promovida pelos profissionais de saúde periodicamente no combate à dengue
Conselho Local de Saúde	Espaço de controle social do SUS. Atualmente desativado, mas que encontra-se em processo de re-ativação
Grupo de Teatro	Grupo comunitário
Grupo de Dança	Grupo comunitário
Projeto Vida que te Quero Viva	Projeto social governamental (financiamento misto privado-público)
Pró-Jovem	Projeto social governamental
Segundo Tempo	Projeto social governamental
Juventude Cidadã	Projeto social governamental
Programa Esporte e Lazer na Cidade	Projeto social governamental
Pastoral da Criança	Projeto social sociedade civil organizada (Igreja católica)
Luz divina	Grupo promovido pela Igreja
Catequese	Grupo promovido pela Igreja
Igrejas Evangélicas	Equipamento social
Desbravadores da igreja adventista do sétimo dia	Equipamento social
ABC – Centro de Referência da Assistência Social(CRAS)	Equipamento social e política de atenção básica da assistência social (governamental)
Coração de Jesus	Grupo da Igreja
Associações de moradores	Equipamentos sociais comunitários
Batom com arte	Grupo comunitário
FENATEN	Ação desenvolvida pelos profissionais da saúde, comunidade e secretaria de desenvolvimento econômico

Aos espaços de participação comunitária identificados pelo grupo de participantes, devem ser acrescentados os equipamentos sociais já colocados no capítulo 3, que contextualiza a comunidade de Terrenos Novos. O intuito agora é destacar que o grupo identificou determinados espaços onde a participação comunitária ocorre atualmente. Os espaços citados, como podemos ver, têm caracterizações diferentes, mas são atuais instâncias de mobilização

social que podem deflagrar os processos de participação comunitária. As discussões sobre a participação comunitária ainda prosseguiram no grupo, destacando a situação atual do bairro:

Então assim, você não vê isso, você não tem isto. E é assim, quando digo, existe essa participação hoje e existem os espaços de participação né, mas por outro lado, você vê um grupo de jovens, por exemplo, como JUEC que se reunia há 18 anos que... que morre, por exemplo né. Quando você tem uma Associação de Moradores Benedito Tonho, que foi criado por uma luta né, um agricultor assassinado, que, hoje, está na situação que está, assim, de fragilidade, de decadência [...] Assim, é um momento né, assim, existe essa participação, esses espaços, mas tá a serviço de quem? Que projeto de comunidade esses espaços discute? Eu acho que é a ausência dessas discussões, nesses espaços, que tem essa participação comunitária que permite a esse momento de... de... de descrença, de falta de esperança, na organização dessa comunidade (usuário 3, cc2, p.9, f.36).

O usuário retoma o debate do “desencantamento” com a participação comunitária em Terrenos Novos, destacando a fragilização desses processos atuais. Como na fala acima discutida, onde o profissional destacava a ação isolada dos grupos comunitários, os espaços de participação comunitária citados pelo grupo parecem não ser reveladores de uma boa qualidade das atividades comunitárias. Aqui ele lamenta o fim de um grupo comunitário histórico do bairro JUEC (Jovens Unidos em Cristo), questiona os “projetos de comunidade” dos espaços atuais onde há participação comunitária e avalia que vivemos em Terrenos Novos um momento de “descrença, de falta de esperança, na organização dessa comunidade”. Com essa fala, o usuário nos traz elementos para pensarmos o que vem chamando de “desencantamento” da participação. A descrença e desesperança vêm compor o cenário de desarticulação dos moradores que parecem não mais ver possibilidades de transformação da realidade através dos processos comunitários de participação. O mesmo usuário faz análises críticas sobre o processo vivenciado no bairro, no diálogo abaixo:

Usuário 3: Eu caminharia num entendimento que *o profissional 1* tem, né. Hoje tem grupos [...] mas é... acho que é uma participação é a... num é acomodada...é uma participação... meio que né... eu chamaria uma participação meio que sem encantamento né...

Pesquisador: Hum rum. O que que é esse..?

Usuário 3: Sem essa vontade do projeto, da luta, da conquista, da reivindicação, da organização, da força, de unir energia do que que a gente quer né, qual é o? Essa minha participação está a serviço de quem? De que? Qual é a bandeira de luta? (diálogo, cc2,p.8, f.30-32).

Ter uma “bandeira de luta” capaz de articular os diversos atores em prol de um projeto político comum, uma busca por “conquistas”, “reivindicação”, que requer “organização” e “união” de forças. Novamente ele qualifica o momento que vive o bairro como um momento de participação sem encantamento. Tal encantamento parece ser o elemento chave para alavancar o processo participativo na comunidade. Ter um projeto de comunidade e agir nesse sentido, parece ser uma saída para o fortalecimento da participação

comunitária, afinal, a “serviço de quem” está a participação comunitária? A serviço do Estado ou instituições do governo que financiam os projetos sociais? A serviço das lideranças comunitárias? Será que os “projetos pessoais” estão direcionando esses processos participativos de forma a esvaziar de sentido os projetos coletivos e comunitários? Será que todos se sentem acolhidos como pessoas, com suas vontades particulares e desejos considerados nos processos coletivos?

Vejamos mais sobre o processo de desencantamento em Terrenos Novos:

as lideranças estão se desencantando, que as lideranças estão se dividindo, que o cenário da participação comunitária, fora da Unidade de Saúde, *Usuário 1 e Usuário 2* sabem do que eu to dizendo isso, é outro. Que as pessoas estão se esvaindo, as pessoas tão saindo desses espaços, as pessoas que tinham um sonho de comunidade, de luta, de reivindicação, então acho que... Como é que discute isso? E discutir isso acho, ter disposição pra discutir isso, no meu entendimento assim, nós queremos que essa comunidade volte a se organizar, volte a acreditar em si (usuário 3, cc2, p.13, f. 68).

O desencantamento leva a um esvaziamento dos espaços de participação, à morte dos “sonhos de comunidade”, a um desacreditar dos sonhos de luta e dos processos de reivindicação por melhorias sociais comunitárias. O desencantamento aparece como enfraquecimento dos sentidos coletivos (significados) da participação comunitária ligados a experiências positivas e a valores ético-estéticos significativos para os moradores. Aqui parece que se instaura o individualismo e a “morte” da cidadania, desvalorização do bem comum em detrimento do bem pessoal, individual. Instaura-se a ordem da competição e da segregação social. Tal processo de desencantamento precisa ser trabalhado num processo de ruptura do fatalismo como síndrome social (MARTÍN-BARÓ, 1998), para que a comunidade “volte a acreditar em si”.

Vejo que a superação dessa condição de desencantamento pode se dar pelo fortalecimento da relação existente entre participação comunitária e processos de libertação, bem como com o fortalecimento do valor e poder pessoal nestes. Como vimos, a libertação se configura como práxis coletiva de transformação social, a qual aponta para a superação das condições macro e micropolíticas de opressão, e que tem nos processos de organização e desenvolvimento dos grupos populares uma linha de desenvolvimento e expressão (MARTÍN-BARÓ, 1998; NEPOMUCENO *et al*, 2008b; GÓIS, 2008). As condições facilitadoras colocadas por Góis (2003) para o fortalecimento do valor e poder pessoal são os processos grupais e de relação onde existam condições onde haja a congruência entre idéias, sentimentos e ações, a aceitação de si e do outro, a empatia, o diálogo, a organização comunitária e a luta reivindicatória e política. Acredito que tais elementos devem ser

considerados na construção das linhas de ação para o fortalecimento da participação comunitária em Terrenos Novos.

CAPÍTULO 6 – A RELAÇÃO ENTRE PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E ESF

Esse capítulo aborda o tema central da pesquisa. Aqui se encontram reunidos os elementos empíricos fundamentais no estudo da relação entre os fenômenos participação comunitária e ESF, bem como a análise e discussão destes.

Vejamos como os participantes da pesquisa contribuem para essa discussão. Aqui encontraremos a introdução de diversos sub-temas que nos dão uma noção mais ampliada sobre o que permeia essa relação entre participação comunitária e ESF. Começaremos discutindo as considerações feitas pelos participantes sobre a relevância da relação entre os fenômenos da participação comunitária e o quefazer dos serviços de saúde. Vejamos o diálogo abaixo:

Profissional 3: a participação comunitária e a saúde parecem ter...

Usuário 2: muito a ver...

Profissional 3: É. Parecem ter um vínculo muito de troca. A comunidade é quem me dá informações e dados né, pra que, nós da saúde, saibamos onde é que nós temos que agir, onde que nós temos que trabalhar. Que tipo de, né, de deficiência, vamos dizer assim, que atividade a comunidade, vamos dizer, sofre, que nós precisamos trabalhar. É a comunidade quem nos traz isso, não é a gente que fica sabendo e, ao mesmo tempo, a saúde com a sua troca, vamos dizer, tem também sua parcela de contribuição para com a saúde da comunidade, então... acho que a palavra pra mim que resume participação comunitária na saúde é a troca. Troca de saberes, troca de informações e de cuidado entre esse dois agentes (diálogo, cc1, p.10, 37-38).

A relação é explicitada e colocada no campo de um “vínculo de troca”, onde os dois atores, comunidade e profissionais de saúde, se fortalecem nessa interação. Aqui é destacado o caráter de troca de saberes, informações e cuidado entre os dois atores em questão. A necessidade da relação começa a se evidenciar de forma a torná-la imprescindível para o trabalho no campo da saúde. Vejamos a fala abaixo:

O profissional não vai resolver um problema de uma comunidade a não ser que a comunidade queira ajudar na solução desse problema. Que assim né... A gente pode adquirir uma doença, tipo dengue, vem aqui se tratada pronto, ‘o profissional fez a parte dele’. É... Então assim a relação da união entre PSF e comunidade pra fazer mobilização é... em torno de um determinado assunto né. É algo que os dois tá unido... até é digo assim, até citar ‘uma mão lava a outra’. Não adianta eu fazer a minha parte como profissional se a comunidade não está participando, né. Se ela não aderiu a uma determinada campanha. Então tem uma relação assim muito significativa, muito grande e um não caminha sem o outro e outro pode até caminhar, mas não vai ter essa evolução, esse crescimento, esse sentido de união que vejo que é positivo no relacionamento (usuário 2, cc1, p.10, f.35).

Como as discussões já trazidas apontavam, nessa fala, destaca-se que as soluções para os problemas de saúde (podemos dizer também de doença e da Saúde Pública) se darão de forma mais efetiva se comunidade e profissionais de saúde estiverem atuando juntos. Os exemplos da dengue, das campanhas sanitárias e das “mobilizações” aparecem para ilustrar o argumento. Aqui um ator “não caminha sem o outro”, pois se assim for, de caminhar

sozinhos, não haverá “evolução” e “crescimento”. A “relação da união entre PSF e comunidade” é destacada como “muito significativa”, “muito grande”, onde há um “sentido de união” destacado como “positivo no relacionamento”. A metáfora utilizada pelo usuário é a de que “uma mão lava a outra”, onde podemos pensar em uma via de mão dupla nessa relação, onde tudo que vai também volta, onde cada um se fortalece com a presença do outro e o trabalho na saúde avança.

Outra fala destaca novamente a aprendizagem gerada no encontro entre profissional de saúde e comunidade:

muitas das vezes, a gente nem sempre sabe tudo, nós estamos aqui pra aprender com vocês e vocês tão para aprender com a comunidade. E aí eu acho uma grande riqueza quando o grupo tá unido. E por isso me integro muito. E acho que é por isso que eu também que como liderança em comunidade eu me dedico pra tá sempre aqui no Posto de Saúde e eu me preocupo com a minha comunidade (usuário 1, cc1, p.8-9, f.32).

A participação comunitária é colocada no rol dos fatores importantes do processo de trabalho no campo da saúde:

Por exemplo, né, quando nós trabalhamos com a saúde da população, são vários fatores que influenciam né. Meu atendimento, os recursos que a pessoa, que o paciente vai ter pra se tratar... vamos dizer, pra se cuidar, os recursos vindos de outras... de outros lugares... medicamentos, etc, exames e tal. Mas a participação comunitária é um dos... das... dos requisitos para esse alcance, ou seja, para que se alcance a saúde [...] Quando existe a participação comunitária, a gente consegue é, vamos dizer, trabalhar bem é... trabalhar determinadas situações, determinadas doenças de maneira efetiva, né. E quando a gente faz mutirões, quando a gente solicita da comunidade que trabalhe em casa, na prevenção. Então talvez, a gente agindo na prevenção... talvez a gente aí consegue agir efetivamente, a gente consegue melhorar a qualidade de vida, a qualidade da saúde das pessoas (profissional 3, cc1, p.8, f.29).

A melhoria da qualidade de vida é colocada, pelo profissional, como um desafio que envolve vários fatores, onde a participação comunitária é um “dos requisitos para esse alcance”. Dessa forma, estrutura-se uma perspectiva de trabalho em saúde onde o “agir efetivo” se dá também com a participação comunitária. As ações de prevenção de doenças, mutirões e a ação da população trabalhando em casa dão a concretude do que expõe. Outra fala, agora de um usuário, é categórica: “Só promove saúde, só tem promoção da saúde se tiver participação e essa participação né, ela... ela tem uma função, ela tem uma razão”(usuário 3, cc2, p.12, f.59). As correlações feitas sobre a promoção da saúde e a participação comunitária dão subsídios para destacar consonância entre o que fora discutido pelos participantes da pesquisa e o que está preconizado para a ESF, vejamos:

O PSF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde – que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva – e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao

reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida (BRASIL, 2000, p.317).

Como já dito alhures, sintonia entre a ESF e a comunidade é um eixo fundamental que deve orientar o trabalho em saúde como APS do SUS:

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutive à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades – além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada (BRASIL, 2000, p. 317).

Em outra fala, o mesmo profissional supracitado destaca a relação entre trabalho de PSF e participação comunitária como possibilitadora de “reconhecimentos” e definição de estratégias de ação:

Às vezes, a comunidade não conhece o trabalho de Programa de Saúde da Família, assim como o trabalho de Programa de Saúde da Família não conhece tudo que tá se passando naquela comunidade. Então essa relação precisa existir, né. Vamos dizer, nem o trabalho de Saúde da Família é mais importante do que a participação comunitária e vice-versa. Precisa haver essa relação pra que se estabeleçam as prioridades, pra que se estabeleçam as mudanças, pra que se estabeleçam os reconhecimentos, vamos dizer, né, pra que a coisa ande em sintonia (profissional 3, cc1, p.21, f.97).

Novamente a relação é destacada como fundamental para ampliar a concepção sobre o trabalho de PSF e torná-lo conhecido da população, bem como um modo de ampliar o conhecimento do PSF sobre a realidade comunitária. A relação, como colocada, permite uma maior clareza no estabelecimento das “prioridades”, das “mudanças” e dos “reconhecimentos”, facilitando a construção de um trabalho em sintonia com as necessidades de saúde da comunidade.

Os elementos empíricos trazidos pelos participantes vêm a corroborar com algumas perspectivas teóricas de compreensão da ESF. Um argumento importante, trazido por alguns autores, para a discussão é que a ESF, em seu desenvolvimento, necessariamente, vem a requerer uma relação de vínculo entre profissional e usuário, de compromisso e coresponsabilização para que tenha mais efetividade e qualidade (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, apud CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Dentro dessa concepção de ESF, entendo que, para a construção de um forte vínculo entre o CSF (o chamado trabalho de PSF) e a comunidade, a participação comunitária ativa é essencial. As discussões realizadas no grupo de participantes destacaram a participação comunitária como um dos requisitos para o funcionamento adequado da ESF. Enfatizaram a relação de troca e aprendizagem existente entre profissionais e comunidade, bem como a construção de reconhecimentos entre os

diversos atores, possibilitando conhecer as necessidades da comunidade e as diretrizes do processo de trabalho da ESF.

Autores como Camargo-Borges e Cardoso destacam que:

Os fundamentos da ESF - inserção num território específico, além do espaço geofísico, mas também espaço da cultura, das relações, trabalho local com a população, com estabelecimento de vínculos, produção de acolhimento e responsabilização - aproximam o profissional e suas ferramentas de ação ao âmbito da micro-política dos processos de trabalho, nos seus fazeres cotidianos, nas suas relações, seja com outros profissionais seja com a comunidade. Portanto, trabalhar em consonância com a proposta da ESF requer uma inversão da lógica do cuidado - menos técnico e mais relacional - tanto entre equipe-usuário como entre equipe-equipe (CAMARGO-BORGES, 2002, apud CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p.28).

É nessa micro-política do cotidiano que se devem concretizar os princípios e diretrizes da macro-política do SUS. Nesse Sistema, onde a saúde é concebida de forma ampliada, exigem-se necessariamente construções de relações sociais facilitadoras da cidadania.

Nesse momento, compartilho com as idéias de Góis, que nos diz:

Na esfera da saúde, o SUS vai nesse sentido (saúde direito de todos e dever do Estado) e avança quando enfatiza a atenção primária, pois esta significa não só proximidade dos serviços de saúde com relação ao lugar de moradia, a reorganização dos serviços, a qualificação dos profissionais de saúde, mas, também, a participação social e a mobilização social. Nela se reconhece a experiência do cidadão, sua responsabilidade, sua capacidade para aprender e sua competência para lidar com as questões de saúde (GÓIS, 2008, p.22).

Neste estudo, como já dito, o foco principal é a análise da APS do SUS (ESF), devido à sua grande capacidade de empreender mudanças sociais importantes para o fortalecimento da saúde do povo brasileiro e para a construção da cidadania.

Apoiando-nos agora nas idéias de Bárbara Starfield (2002), podemos novamente ressaltar a importância do meio físico-socio-cultural como determinante do processo saúde-doença e a necessidade de aguçar o olhar para o desenvolvimento social e econômico da comunidade, dentro das estratégias de trabalho em saúde. O trabalho da ESF (como estratégia de APS), portanto, deve se desenvolver a partir de uma atuação e compromisso social integrados, numa perspectiva de desenvolvimento comunitário solidário e libertador. Como já visto até aqui, a relação entre ESF e participação comunitária é fundamental para o avanço de um trabalho nessa perspectiva.

O desenvolvimento comunitário é entendido, a partir da Psicologia Comunitária, como uma “estratégia de desenvolvimento que [...] significa o esforço de integrar população local e governo com o objetivo de melhorar as condições sócio-econômicas da comunidade” (RUEDA PALENZUELA, apud GÓIS, 2005, p. 65). Nessa estratégia, a comunidade é

compreendida através de elementos como: economia, relações sociais, instituições, tempo livre, cultura, modo de vida, história, símbolos e ideologias, subjetividade social e pessoal. O sentido e controle das ações de desenvolvimento devem ser dados pela comunidade ou definidos com sua participação ativa (GÓIS, 2005). Essas ações devem fomentar o desenvolvimento do sujeito da realidade comunitária e a realização de potenciais humanos e sociais (GÓIS, 2003).

A consideração sobre a experiência e o saber dos moradores torna-se fundamental nos diversos temas que envolvem a vida comunitária e seus modos de construir a saúde. A relação entre desenvolvimento comunitário e ESF merece ser destacada como estruturante da Política, principalmente, quando temos a promoção da saúde, como eixo orientador das ações de Saúde Pública. E, como temos visto, a participação comunitária é necessária para que essa relação se fortaleça.

As estratégias de desenvolvimento comunitário tratadas aqui não priorizam o “ajustamento social à ideologia dominante e nem, simplesmente, a mudança instrumental da comunidade” (GÓIS, 2003, p.29). Para fomentar a realização de potenciais humanos e sociais, o desenvolvimento deve constituir-se a partir de modos de participação social ativa e ter o paradigma da libertação como horizonte prático.

Neste momento cabe situarmos a práxis na ESF, no contexto brasileiro e nordestino. Segundo Góis:

Contextualizar a atenção primária nos países colonizados, especialmente no Brasil de Pindorama, no Nordeste brasileiro, significa dialogar sobre a potencialidade e pobreza nordestinas, sobre seu povo e meio-ambiente, ora nordestino ora “nordestinado” (Nepomuceno, 2003), seu vigor e beleza, suas culturas, seu valor e poder, seus sonhos e esperanças, seu sofrimento, sua fome e desamor, suas relações de dominação, sua ignorância e fatalismo, sua religiosidade, sua dependência e sua mentalidade escravista incrustada em nossa sociedade (GÓIS, 2008, p.23).

A ESF precisa ter como horizonte de construção da práxis sanitária, uma caminhada de libertação. Essa caminhada de libertação se dá pelo fortalecimento da relação entre ESF e participação comunitária. Acredito que essa relação merece mais atenção e rigoroso cuidado por parte dos profissionais, estudiosos do campo saúde, gestores e população usuária do SUS.

Voltemos a analisar mais elementos empíricos construídos na pesquisa. As discussões em círculo de cultura avançaram significativamente no tema da relação entre o “trabalho de PSF” e a participação comunitária, evidenciando várias nuances que caracterizam e constituem essa relação. Algumas falas vieram destacar condições para que se construa ou cuide dessa relação no cotidiano do trabalho em saúde.

Um sub-tema importante que surgiu foi o das relações de poder que perpassam a interação entre profissionais e usuários. Vejamos:

a participação comunitária e a saúde está pautada na promoção da saúde, né. E... e promover saúde, no meu entendimento, está para além da consulta na Unidade de Saúde né, está para além da enfermeira querer ser chamada de “doutora”. Então quando, no meu entendimento, o técnico estimula esse comportamento de ser “a doutora”, você estimula uma relação de poder, que alguém sabe mais e alguém está abaixo. Então, quando tem esse tipo de postura não ajuda a promover a saúde e muito menos ter a participação comunitária. E me... assim... acho que nessa condição da participação da saúde, da participação comunitária e da saúde está muito ligada nessa história da relação do poder [...] No sentido de... que espaços essa comunidade tem nessa, nesse fazer da saúde [...] E, de repente, assim... e que espaços de poder, de representação comunitária os profissionais, que estão na ponta, na frente, puxando a dinâmica da saúde constitui isso? (usuário 3, cc1, p.11, f.41).

O usuário problematiza a relação entre participação comunitária e saúde analisando o campo da promoção da saúde. Aqui ele destaca que a construção uma relação de poder assimétrica ou desigual, onde o profissional coloca-se acima do usuário, “não ajuda a promover saúde e muito menos ter a participação comunitária”. A sua fala expressa um questionamento das relações autoritárias que, muitas vezes, instauram-se nos serviços de saúde. Pergunta, ao seu modo, quais os espaços que a comunidade tem de representatividade “nesse fazer da saúde”. Aqui a dimensão da relação de poder é evidenciada como um aspecto importante a ser considerado na análise da relação ESF - participação comunitária.

A partir da Psicologia Social da Saúde, Jesus Rodríguez-Marín e Maria del C. N. Lopez (2008) trazem elementos teóricos importantes para pensarmos as relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Os autores falam de 3 tipos de relação, destacando os papéis dos dois atores e o contexto clínico, terapêutico ou de cuidado, onde se constroem esses tipos de relação. Vejamos no quadro adaptado abaixo:

Tabela 4: Tipos de Relação entre profissional de saúde e usuário:

MODELO	PAPEL DO PROFISSIONAL	PAPEL DO USUÁRIO	APLICAÇÃO CLÍNICA
Atividade-passividade	Fazer algo ao usuário	Receptor (incapaz de responder)	Anestesia, Trauma agudo, etc.
Guia-cooperação	Diz ao usuário o que fazer	Cooperar (obedece)	Processo infeccioso agudo, etc.
Participação Mútua	Ajuda o usuário a ajudar a si mesmo	Participante	Enfermidade crônica, etc

Na transição epidemiológica pela qual passa a população brasileira e mundial, onde há um progressivo aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas frente às doenças infecto-contagiosas (PUSTAI, 1996), temos colocada a necessidade de avançarmos num

trabalho em saúde pautado nos tipos de relação de participação mútua entre profissionais e usuários. Na APS, como já vimos, tais relações compõem um dos substratos principais do processo de trabalho. Pela fala dos participantes da pesquisa, vemos expostos retratos das dificuldades de implementação desse tipo de relação na prática da ESF.

O baixo e o alto controle exercido pelos atores relacionados vêm a determinar o tipo de relação que constroem, com variações colocadas nos deslocamentos entre os pólos: profissional de saúde e usuário. A centralização em algum desses pólos vem a dar o tom dos processos interativos e a influir diretamente nos procedimentos adotados na realização do trabalho em saúde (RODRÍGUEZ-MARÍN; LOPEZ, 2008).

A influência social na relação entre profissional de saúde e usuário se efetiva por várias bases em que os agentes influentes atuam. Os autores propõem seis: a recompensa; a coerção ou castigo; a legitimidade; a experiência; e referência; e a informação (RODRÍGUEZ-MARÍN; LOPEZ, 2008).

Uma nova fala de usuário traz elementos para pensarmos nos processos relacionais e de influência social, que se configuram na ESF em questão:

aí repito dizer, que é postura né, que é postura é... do profissional. Dele né, assim... eu sou enfermeiro, mas para além de eu ser enfermeiro e a minha formação acadêmica meu deu condição pra fazer tal ação, a minhas posturas, as minhas posturas, os meus valores me... me dá a condição de ter um outro tipo de relação com essa comunidade (usuário 3, cc1, p.21, f.100).

Como já discutido nos capítulos anteriores, novamente somos convidados a pensar a construção de um perfil para o bom profissional. O aspecto levantado aqui diz respeito à postura do profissional na relação com os usuários e, em geral, com a comunidade. Questiona quais os valores que estão sendo cultivados nessas relações, convida-nos a pensar em quais devem ser cultivados. Em outra fala, o mesmo participante expõe seu pensamento sobre as ações de promoção da saúde:

eu não consigo entender e nem acho que... que ação comunitária nenhuma, que promova promoção de saúde, vá pra frente se a comunidade não tiver a frente, porque se for os profissionais, no meu entendimento, ele está aqui por um tempo, ele não é daqui, ele não vive aqui e então isso fica pra vida toda (usuário 3, cc2, p.5, f.7).

Aqui a concepção trazida para a discussão do grupo aproxima-se da concepção da Nova Promoção da Saúde, onde há um estímulo à participação comunitária e uma conseqüente consideração dos saberes e autonomia dos moradores-usuários (CARVALHO S., 2005). Dentro dessa perspectiva, não deve haver espaço para a construção de relações de poder que coloquem o profissional hierarquicamente acima do usuário.

Outro sub-tema relevante abordado nos trabalhos de grupo foi a relação dos profissionais do CSF de Terrenos Novos com a comunidade. Aqui as discussões já se situavam na avaliação da relação entre participação comunitária e ESF no bairro. As opiniões foram controversas e cheias de elementos relevantes para a pesquisa.

Em outras considerações feitas pelo mesmo participante, prosseguimos para realizar uma avaliação das relações atuais construídas entre os trabalhadores do CSF e os moradores da comunidade:

Mas acho que assim, tem um perfil de profissional que tem esse olhar da participação comunitária e compreende isso como importante [...] Por outro lado, acho que há é, de fato, uma pouca participação popular, da comunidade no PSF, em função desse cenário que a comunidade tá vivendo. É... penso que há pouca leitura né, assim, há pouca leitura de nossa parte, como morador e como PSF, dessa importância, comunidade-PSF, né, dessas duas instâncias. Porém, eu sinto que há uma relação fragilizada, meramente pontual [...] Mas a gente precisaria ter mais, aí acho, que precisa ter mais comprometimento assim, da... da comunidade, da participação comunitária é... e do PSF né, essa leitura mais social, mais... mais de escuta, mais de diálogo. No meu entendimento, às vezes, há uma postura muito de... de blindado, como se a gente ‘não, nós tamo fazendo tudo que é correto né, tamo fazendo tudo que é certo’. Então, me falta esse espaço da escuta, ‘o que é que nós estamos deixando de fazer?’, né? (usuário 3, cc2, p.5, f.7).

Nessa fala, são abordados os dois lados da relação, tanto comunidade quanto profissionais são analisados e questionados. No tocante à comunidade, o usuário destaca o momento por qual está passando com relação à participação comunitária, que já discutimos alhures, de “desencantamento” e “não participação”; quanto aos profissionais, ele destaca uma inabilidade de fazer uma “leitura mais social”, “de escuta” e “mais diálogo”. Aponta a existência de uma “postura de blindado”, por parte dos profissionais, que não se abrem para escutar a palavra da comunidade e rever as ações em conjunto. Critica essa postura de não abertura à mudança, que adota um discurso de que “esta tudo certo” e não consulta a comunidade. Segundo o mesmo, também falta mais compromisso por parte da comunidade de Terrenos Novos. Essa resistência à mudança pelos profissionais do CSF de Terrenos Novos fora algo recorrente, expresso em vários outros dados (evidências) construídos nessa pesquisa. Quatro das dezesseis anotações de campo significativas trazem essa temática. Na experiência de realização de atividades da RMSF, bem como pela minha experiência cotidiana de trabalho na ESF local pude conviver com a resistência dos profissionais à mudança. Vejamos algumas evidências reunidas. Em anotações que fiz de uma conversa com outro profissional do CSF realizada na manhã do dia 01 de julho de 2008, escrevi:

Conversamos sobre as relações interpessoais e processo de trabalho no CSF. Sobre o assunto, ele relatou que por “falar bastante”, sente que o grupo o entende como chato. Falou que tudo que se propõe de novo é colocado como algo que já foi tentado e que “não vai dar certo” – o que configura-se com posturas pessimistas e

fatalistas que dificultam o implementar de mudanças dentro da organização (Anotações de Campo, p.3).

Quando da participação na I oficina de formação do Conselho Local de Saúde, dia 07 de agosto de 2008, em uma atividade de subgrupo junto com profissionais e usuários, percebi claramente essa postura de defesa por parte dos profissionais que, ao relembrar as experiências passadas com o Conselho Local de Saúde, “manifestaram medo de avaliações críticas feitas pelos conselheiros” (Anotações de Campo, p. 5). Em outra anotação, relato uma importante conversa que tive, no dia 03 de novembro de 2008, com um profissional do Sistema Municipal, que já teve muita experiência de trabalho no CSF de Terrenos Novos. Sobre essa conversa escrevi:

Segundo ele, em Terrenos Novos, “a equipe não está preparada para ouvir a comunidade”. A equipe não entende que a comunidade tem direito à participação, não vê importância significativa da escuta da comunidade para organizar os serviços. Ainda segundo ele, “a equipe organiza o serviço para ela mesma, nem pergunta se eles (da comunidade) querem”. “E ficam tristes se o povo demonstra insatisfação com o que se faz”. As falas que freqüentemente aparecem são recheadas de idéias que levam a entender que os profissionais “fazem de tudo” e o povo “não quer nada” ou “não faz a sua parte”. Ainda falando sobre a conjuntura atual do coletivo de trabalhadores da ESF de Terrenos Novos e sua relação com a comunidade, ele analisa novamente que a equipe não está preparada para ouvir a comunidade. Segundo ele, se houver atualmente uma atividade do CSF junto com a comunidade, para construir uma análise mais crítica, vai haver confronto, algumas pessoas “vão tomar como coisa pessoal... vão entender as críticas como pessoal” (Anotações de Campo, p.12).

Segundo Mary J. Spink, “a relação médico-paciente emerge [...] como parte de uma complexa relação de concorrência entre sistemas de representação conflituosos” (SPINK, 2003, p. 206). Partindo dessas idéias podemos pensar a “postura de blindado” acima trabalhada, como expressão de um jogo de forças colocadas no campo saber-fazer, que configuram as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. As representações em “concorrência” vão implicar diretamente no modo operante da produção do em cuidado. Tais representações se expressam de formas diversas e conflituosas, tendo como pano de fundo a disputa entre ciência e senso comum.

A relação entre profissional e usuário é colocada no campo das relações de poder e disputa, onde a “postura de blindado” reflete o modo como o profissional se posiciona nelas. Tomemos novamente as idéias de Spink sobre a relação médico-paciente:

ao conceituar os encontros médicos como eventos particulares de um campo de forças, trazemos à baila a questão do poder simbólico e do potencial que esses encontros têm de domesticação das visões de mundo alternativas. Entretanto, e contraditoriamente, a tendência da medicina moderna de devolver a responsabilidade (pela prevenção, promoção ou cura) ao paciente acaba gerando a necessidade de levar em conta essas diferenças e de torná-las parte integrante da relação (e não meramente subordiná-las à visão de mundo do médico) (SPINK, 2003, p. 213).

A autora aponta que essas relações avançam quando se direcionam para opções de “ordens negociadas” que, superando os modos coercitivos e manipulativos – onde há a imposição de saberes e visões de mundo - implicam em uma abertura a novas concepções de mundo e ao diálogo. A criação de espaços cotidianos de conversa no intuito de construir uma cultura dialógica aparece, nessa pesquisa, como um caminho para fortalecimento da relação entre ESF e participação comunitária. A partir do olhar da Psicologia Comunitária, entendo que a práxis sanitária da ESF deve apontar para uma práxis de libertação, capazes de facilitar os processos de autonomização e cidadanização de moradores e grupos comunitários, constituindo a co-construção dos sujeitos. Neste processo, deve haver um exercício permanente de abertura ao diálogo e à cooperação entre agentes internos e externos, construindo o processo de ação-reflexão sobre a realidade. Uma postura de blindado apresenta-se como um obstáculo ao desenvolvimento do diálogo entre profissional e usuário, dificulta a formação de vínculos e de processos de co-responsabilização, representa um obstáculo a ser superado para o avanço da ESF.

O distanciamento entre o PSF e a comunidade também é evidenciado em outros estudos. Vejamos a frase abaixo:

À medida que conhecíamos mais profundamente a *Estratégia Saúde da Família* e o modo como ela se concretiza no Programa Saúde da Família, bem como a maneira como se operacionaliza, percebíamos que o serviço de saúde pouco conhece do seu usuário, contradizendo o próprio discurso oficial, que propõe um conhecimento, por parte da equipe, que vá além das informações puramente biológicas (SANTOS; UCHIMURA; LANG, 2005, p. 688).

No estudo referido podemos perceber a semelhança entre o que se evidenciou no estudo da ESF em Terrenos Novos. A partir das falas dos participantes situados na realidade de Sobral, pudemos analisar elementos que falam de uma baixa capacidade de leitura social dos profissionais, o que nos faz pensar na semelhança entre o que está colocado acima como “pouco conhecimento do seu usuário” (Idem).

Em outra fala, outro usuário traz a tona o tema do distanciamento entre o CSF e a comunidade. Ele mostra que sente necessidade de uma aproximação maior entre profissionais-técnicos e comunidade, agora destacando a presença dos gestores.

Nós sentimos também falta do nosso Secretário de Saúde aqui na nossa comunidade Dr. Odorico (*ex-secretário municipal de saúde*), quando ele trabalhava aqui em Sobral, sempre ele estava conosco, nessa caminhada, nessa luta. E que hoje a gente sente falta do nosso representante na nossa comunidade, aqueles projetos bons que nós tinha aqui na comunidade que acabou por falta desses movimentos, dessas ações de mobilizações das famílias, não só aquela força de alerta, mas também da união dos nossos representantes da área de saúde na nossa comunidade (usuário 1, cc1, p.9-10, f.32).

A falta da presença do gestor municipal da saúde na comunidade é percebida como decisiva para o término de projetos existentes. Essa ausência é colocada ou percebida também como necessidade de “união” dos gestores na comunidade, união esta que vinha a fortalecer as ações. Essa falta de aproximação da gestão com a população é destacada em outro momento do grupo:

E acho que é... também uma outra coisa que precisa ser dito né, aqui localmente, que reflete a gente, mesmo não sendo daqui, é pra... pra um... pra uma excelência dessa relação da participação comunitária no PSF, é o cenário da cidade né, da política da cidade. Você tem assim, um cenário do Programa de Saúde da Família, hoje, diferente do que você tinha há quatro anos atrás. To dizendo isso quando você tinha a visão como a do Dr. Odorico (*o mesmo ex-Secretário Municipal de saúde*), por exemplo, né, assim, ‘cadê, vamo lá! Tem que envolver, tem que participar, tem que comprometer’, então você tem um cenário, hoje, político de ação de diretrizes que é... é... mantém o que vinha, mas mantém numa visão politiqueira, técnica, né assim... e tenho essa impressão (usuário 3, cc2, p.5-6, f.7).

O questionamento sobre a aproximação aparece aqui mais precisamente no tocante às diretrizes políticas de gestão do PSF sendo influenciadas pelo “cenário político” da cidade. As palavras que usa para definir como era o PSF antigamente é “envolver”, “participar” e “comprometer” referindo-se à visão do antigo secretário de saúde. O cenário político onde se mantém o PSF atual é interpretado como permeado de uma visão “politiqueira” e “técnica”, o que pode se refletir nas práticas cotidianas da relação entre participação comunitária e ESF. Não se especificou como se dá esse processo de politicagem, de modo que não podemos evidenciar com clareza esse processo.

No entanto, algumas anotações de campo (dia 23/10/2008 e 03/11/2008), foram feitas sobre a influência do cenário político da cidade de Sobral e as trago aqui como forma de reunir elementos para pensarmos melhor o processo histórico da realidade atual. A compra de votos pelos candidatos a vereador fora algo percebido no cotidiano de trabalho no bairro de Terrenos Novos. No período eleitoral, moradores e profissionais, relataram que cabos eleitorais de vereadores freqüentavam o bairro à noite com a intenção de negociar a compra de voto de eleitores. Vejamos as reflexões que sugeriram:

Tais relatos são muito importantes para que possamos pensar na influência que as práticas de “trocas de favor” político, típicas do clientelismo, vêm a ter na configuração e expressão da participação comunitária em Terrenos Novos. Podemos induzir que haja uma cultura de participação condicionada pelo clientelismo histórico no lugar. Assim sendo, grande parte das pessoas estariam buscando saber “o que a participação vai me dar em troca?”, “o que participar vai me trazer de bom?”, “quem são as pessoas que mandam mesmo?” (Anotações de campo, p.10)

A indicação política de profissionais de saúde por vereadores e ou “padrinhos políticos” é algo a ser investigado, pois fora também citado em uma conversa informal com um profissional do Sistema Municipal de Saúde (Anotações de campo do dia 03/11/2008).

Acredito que, se for algo comprovado em outras investigações, pode trazer problemas para o avanço do processo de trabalho em saúde, já que esses profissionais podem, além de não terem boa qualificação técnica, apresentarem uma vinculação política que impeça o desenvolvimento da participação comunitária na comunidade.

Outra dimensão relevante da relação entre participação comunitária e ESF é a comunicação entre profissionais do CSF e moradores da comunidade, sua clientela. As falas situaram-se majoritariamente no tom de avaliação do que atualmente existe. Convido o leitor a acompanhar a seqüência dessas falas feitas, as quais se produziram influenciadas por uma pergunta feita por mim ao grupo: “como é que vocês vêem a comunicação assim entre o grupo, a equipe numa forma geral, amplo, que envolve todos os profissionais que fazem esse trabalho de PSF, e a comunidade?” (pesquisador, cc2, p.14, f.75):

eu acho assim né, que há vontade do fazer de ter uma comunicação mais sólida com a comunidade, eu não nego isto, que tem uma vontade no fazer né, mas entendo que as pessoas têm limitação nesse fazer né, e acho que essa comunicação é pequena né. Quando digo assim não é assim pra dizer que não é feita, é pequena né, é... e me parece que a minha fala é uma fala exigente né assim... mais exigência. É porque assim, no meu entendimento assim, o quê que a gente quer com essa comunicação né? Que acolhimento é esse né? Assim, a gente acolhe bem mesmo? A gente, a gente, as lideranças sentem essa Unidade como dela? Como parte dela? [...] acho que essa... essa comunicação PSF-Comunidade, eu tenho, eu sinto ela pontual né. Ela é pontual em função do evento, da atividade, do momento e sinto falta de uma comunicação diária, permanente, da escuta né. Até dessa historia assim, que processo é esse né, assim (usuário 3, cc2, p.15, f.80).

A avaliação feita pelo usuário ressalta a percepção de uma vontade no fazer do CSF de ter uma “comunicação mais sólida com a comunidade”. Essa comunicação, no entanto, está atualmente fragilizada, menos consistente e precisa se solidificar. Para ele, “as pessoas têm limitação nesse fazer”, o que resulta em nessa fragilidade atual da comunicação PSF-comunidade. Questiona o que se quer com a comunicação e como se tem feito o acolhimento no CSF. Ele questiona, como uma forma de construir implicitamente um indicador de avaliação dessa comunicação, se as lideranças comunitárias sentem o CSF como parte delas. Aqui, ele coloca uma dimensão importante da relação entre participação comunitária e ESF, pois se as lideranças não se sentem partícipes, não sentem o CSF como “parte delas”, dificilmente se pode falar de uma boa relação construída, pelo distanciamento do CSF para com as lideranças (e vice-versa). Uma baixa apropriação por parte de pessoas de referência da comunidade pela ESF no bairro representa um claro distanciamento entre profissionais e comunidade. O participante destaca que a comunicação atual encontra-se fragilizada por constituir-se em eventos ou momentos pontuais. Relata sentir falta de uma comunicação permanente e diária, que inclui um aumento da capacidade de escuta. O fato de o participante

ser uma liderança comunitária nos faz pensar que este não se sente bem acolhido no CSF, tanto que sentimento semelhante fora expresso em outro momento no grupo:

E eu, particularmente, tenho muito essa vontade de ajudar né mais a Unidade de Saúde né, mas sinto, às vezes, essa postura muito do técnico né, da pessoa da graduação, da informação e acho que fica meio que, às vezes, essa história do envolvimento, do... dessa história do chamado, acolher melhor (usuário 3, cc2, p.20, f. 101).

Aqui em sua experiência, o que não lhe faz sentir-se bem acolhido no CSF é a percepção de uma “postura muito do técnico”, “da pessoa da graduação, da informação”. Tal postura expressa, em minha opinião, um distanciamento de alguém que detém um saber superior, e que assim se coloca de forma autoritária na relação com o saber popular, uma postura típica de uma espécie de tecnicismo (exacerbação da técnica e do saber científico). Nessa fala, é destacada a vivência particular de uma liderança que expressa sua vontade de contribuir com a ESF, mas que sente um distanciamento e um baixo envolvimento com o CSF. Prossegamos na análise das falas sobre o tema da comunicação PSF-comunidade.

É assim, lembrando só que...o nosso trabalho está... está inserido já é... automaticamente, ou espontaneamente, no nosso trabalho, do profissional de saúde essa parte de comunicação profissional – paciente né. Mesmo que ninguém me cobrasse, mesmo que ninguém me falasse eu já, eu fui formada com esse objetivo né, a comunicação profissional-paciente já existe né, no meu dia-dia [...] no trabalho de equipe, que é isso você tá falando, na equipe de Terrenos Novos, ele tem sido pautado nesse aspecto, vamos dizer, é mesmo nas consultas individuais, por exemplo, quando eu vejo um paciente só, mesmo nas consultas coletiva, ou nos grupos, dos espaços em que existem mais pacientes, vários pacientes né. A gente sente falta, vamos dizer, de alguns recursos né que facilitariam essa comunicação né, vamos dizer. A gente não dispõe de um sistema de som né que pudesse atingir, vamos dizer, já que diariamente nós temos em média de 100 à 120 pacientes por manhã e a gente sente falta disso, de uma comunicação, não sei, que pudesse abranger todos, a gente faz isso mais pontual né, por conta dessa falta (profissional 3, cc2, p.18, f. 91).

Nessa fala, a comunicação “profissional-paciente” é destacada como “automática” ou “espontânea” do trabalho, o que revela, no mínimo, que é parte intrínseca do trabalho de PSF, algo que está acontecendo no “dia-dia”. Aqui o profissional expressa que a carência de recursos faz com que a comunicação se torne pontual e pouco abrangente. Ele cita a falta de “um sistema de som” para poder melhorar essa comunicação. Resta questionar como vem sendo feita essa comunicação no cotidiano do serviço. Coloco em dúvida até que ponto um “sistema de som” poderá melhorar a comunicação PSF-comunidade, já que esta abrange aspectos muito além do repasse de informações. Alguns desses outros elementos da comunicação são destacados nas falas subseqüentes.

Só acho assim que a comunicação ela, quando ela é bem né...bem clara, o que é mesmo essa comunicação, para... a importância dessa comunicação para o serviço, importantíssimo para as pessoas como é o Programa de Saúde da Família, o PSF, me parece que remete a ter efeitos positivos em vários âmbitos né assim. Remete a ter o efeito positivo num bom acolhimento humanizado, na Unidade de Saúde né, remete

a ter uma equipe que compreende que ela não é daqui, mas ela está aqui, ela precisa ter esse envolvimento e essa comunidade, ter um pertencimento com essa Unidade de Saúde (usuário 3, cc2, p.19, f.95).

A comunicação clara e efetiva, que tem “efeitos positivos em vários âmbitos”, resulta em um “acolhimento humanizado”, um “envolvimento” da equipe com o lugar e uma comunidade que tem um “pertencimento” com o CSF. Nesse processo de comunicação, pelo exposto, há um nível significativo de imbricação e interface entre PSF e comunidade, o que exige uma forte relação de união e complementaridade entre os diversos atores que construiriam esse processo. Vejamos mais uma fala ligada a esse aspecto:

ao meu ver, lógico, a parte que cabe ao profissional fazer a comunicação, pra mim, está perfeita. Vamos dizer, não acho que haja falhas, mas, vamos dizer, logicamente acho que isso é um processo que demanda tempo, experiência, envolvimento, como já foi falado aqui né, é... e logicamente[...] todos não falam necessariamente a mesma língua né, devem falar, mas enfim, existem coisas que modificam (profissional 3, cc2, p.21, f.115).

Aqui o profissional fala de algumas dificuldades na implementação dessa comunicação PSF-comunidade. Destaca, pelas discussões feitas no grupo, que “é um processo que demanda tempo, experiência, envolvimento”. Para esse participante, o que cabe aos profissionais está sendo feito corretamente, mas destaca a possibilidade de falhas, já que nem todos do CSF, que conta com sessenta profissionais, “falam a mesma língua”.

Partindo da Psicologia Comunitária, entendo que seja fundamental a estruturação de processos de trabalho em saúde na ESF capazes de fomentar uma atuação junto *com* a comunidade para o enfrentamento e superação dos problemas de saúde. Aqui esse processo somente é possível com o diálogo-problematizador, a construção de conhecimento crítico e a ação transformadora e solidária (Góis, 2005) construídos na interação entre moradores e agente externo (profissional de saúde). Aqui a ESF não atuaria *para* a comunidade, onde esta teria papel passivo, paciente frente à ação sanitária, um objeto a ser manipulado, um ser sem autonomia. Em oposição, o fundamental é a co-construção dos sujeitos, num processo de co-responsabilização pela saúde pessoal e comunitária. Atuar *com* a comunidade na ESF é construir um processo de trabalho em saúde rico de interação e dialogicidade entre profissionais e usuários, entre o CSF e a comunidade.

No diálogo o ser humano é um ser aberto e comunicativo, onde, e somente assim, homens e mulheres se encontram para juntos conhecer e mudar o mundo. Criar obstáculos à comunicação significa fazer dos homens objetos, coisas. Isto implica dizer que impedir o diálogo é bloquear a intersubjetividade, a comunicação entre consciências, a possibilidade de fazer uma sociedade de homens e mulheres livres, democrática (GÓIS, 2005, p. 110).

O diálogo entre profissional e usuário, entre ESF e comunidade é um caminho para o avanço das ações em saúde. Um caminho importante para a construção do SUS e da democracia no Brasil.

Passemos agora a abordar outros aspectos da relação entre participação comunitária e ESF, com elementos trazidos nas discussões que avaliavam o que o CSF de Terrenos Novos tem feito para fortalecer essa relação. Vejamos o diálogo abaixo:

Pesquisador: É... queria trazer um pouco, a gente foi pra comunidade né, analisou aqui os espaços de participação é eu queria voltar pra relação entre PSF e comunidade né? E eu faço uma pergunta que é a seguinte: pra vocês o PSF de Terrenos Novos tem promovido, estimulado ou se envolvido nesses espaços de participação? Tem estimulado a participação comunitária? Aí eu queria perguntar assim, “como?” também, né.

Profissional 1: Eu digo que sim, mas também desde que respeitando também os limites desses, digamos assim, desses grupos né. Porque assim, uma coisa é eu chegar e querer impor as minhas idéias né, outra coisa é eu chegar é colocar um pouco a questão das minhas idéias, mas também eu tenho que respeitar a organização daquele grupo, por exemplo né. Eu acho que o PSF ele tem essa visão, só que também às vezes acontece, o que barra às vezes é isso (diálogo, cc2, p.9, f.37-38).

O profissional destaca que o CSF tem uma visão de estimular e promover a participação comunitária, mas coloca um elemento que, em algumas vezes, dificulta esse processo, a inserção nos grupos comunitários. Aqui ele revela elemento qualitativo importante de construção da relação ESF-comunidade que é o modo de interação com os grupos comunitários, onde não se pode impor idéias e, sim, deve-se respeitar a organização e os limites destes. A construção de uma boa relação da ESF com os grupos comunitários é exposta pelo profissional:

É por exemplo, eu ter minha... meu grupo todo estruturadinho do jeito que é pra ser, com as minhas regras e tudo e o *profissional 3* chegar e querer né... querer colocar os pensamentos do PSF né, a metodologia do PSF aí fica meio assim. Agora assim, quando se há uma conversa, um diálogo, quando se tem um objetivo comum né, aí eu acho que já abre um pouco a questão da parceria, quando o profissional 3 chega ‘olha *Profissional 1* eu quero trabalhar isso assim e como seu grupo pode ta me ajudando? Vamos ver como a gente pode buscar soluções juntas para que a gente possa ta promovendo a saúde’, eu acho que assim acontece participação. Que aqui, aqui no bairro existem muitos grupos, mas que tem as suas organizações que nem sempre às vezes elas aceitam o que o... a Unidade coloca, o que o PSF coloca, cada uma tem os pensamentos próprios (profissional 1, cc2, p.9, f.38).

Aqui a complexidade dessa relação, exposta na situação acima, nos faz pensar quão delicado é construir uma permanente integração da ESF com os grupos comunitários. Desenvolver habilidades de diálogo dos atores envolvidos é fundamental para tornar a integração ESF - comunidade importante, positiva e frutífera para todos sem que isso represente a supremacia de uma instância sobre a outra. Uma relação unilateral aqui não tem

muita efetividade, já que distancia os atores. Novamente torna-se evidente a necessidade de uma atuação *com* a comunidade, construída através da dialogicidade e cooperação.

O diálogo vai além do intercâmbio verbal, se torna um mecanismo interiorização da realidade físico-social, em sua diversidade e mudança, e ao mesmo tempo de expressão do indivíduo no mundo. Nele se encontra a problematização, um modo de perguntar a partir do reconhecimento da existência do outro e do conhecimento que ele tem do mundo [...] o que se busca com o diálogo (científico, técnico ou de senso comum) é a problematização do conhecimento em sua relação com a realidade concreta em que se origina e/ou se destina, para compreendê-la e transformá-la solidariamente (GÓIS, 2005, p. 110).

Para posteriormente desenvolvermos mais a idéia da dialogicidade necessária nessa atuação da ESF *com* a comunidade, sigamos na avaliação da realidade atual, a partir das discussões colocadas no grupo de participantes:

Pesquisador: Se o PSF tem promovido (*a participação comunitária em suas ações*).

Profissional 3: Tem promovido, tentar promover a participação comunitária, eu digo que sim. Como o *Profissional 1* disse, né, dentro das nossas limitações, dentro do nosso tempo, dentro do nosso alcance, certo? Às vezes, nós sentimos que, a... aí eu falei né, que são outras funções, e que também, a demanda, vamos dizer assim, por cura de doenças, que não é o nosso foco, nos tira tempo de fazer outras coisas. Como o *Profissional 1* colocou na outra questão, o paciente gosta de vir pra ser consultado na frente do médico e receber o remédio, ele não gosta de vir pra discutir saúde, pra discutir como ele pode ajudar né, na questão da dengue, dar um exemplo aqui, que eles, no geral, eles não se sentem atraídos por esse tipo de participação comunitária, vamos dizer assim, e que essa demanda que eu disse que às vezes nos sufoca e nos tira tempo é perfeitamente visível. Se eu disser, hoje de manhã, que “eu não vou atender as 25 pessoas porque eu vou fazer participação comunitária”, eles não vão gostar, eles não vão querer.

Profissional 1: E não entendem.

Profissional 3: Eles não querem e não entendem. Então às vezes nos falta tempo, vamos dizer, ou nos falta, não sei, vamos dizer, a gente faz um pouco de cada e o que pode ser feito tem sido feito se é a contento ou não é outra questão” (diálogo, cc2, p.10-11, f.51-52/51-52).

Novamente, como já discutido anteriormente, questões relevantes são abordadas: o modo de organização dos serviços, ainda centrado na oferta de serviços curativos; a concepção de saúde da comunidade, bastante influenciada pelo paradigma biomédico curativista; bem como a inabilidade dos profissionais de reformular seu modo de organização da demanda de trabalho, que ainda parece dicotomizar a clínica e a participação comunitária como pólos inconciliáveis. A falta de tempo é um motivo alegado para um possível não sucesso das tentativas do PSF de promover a participação comunitária. Aqui penso que há uma lacuna na formação dos profissionais de saúde, um tema a ser trabalhado com os profissionais da ESF: como conciliar clínica e política, atendimento curativo e participação comunitária. Vejo que questionar o papel ocupado pelo usuário nas ações de iniciativa da ESF é aspecto central dessas discussões, pois se não cultivamos a autonomia dos usuários, fortalecendo suas estratégias de auto-cuidado, apoio social comunitário e co-

responsabilização, podemos estar apenas contribuindo para uma sociedade de pacientes, de pessoas extremamente dependentes do saber técnico dos profissionais, que não se responsabilizam pela sociedade em que vivem e pelas suas escolhas na vida. Não quero com isso contribuir para ações de des-responsabilização dos serviços e do Estado pela saúde da população, mas ponderar que não há bons serviços de saúde se estes não são capazes de estimular a autonomia dos sujeitos. E só há saúde coletiva se esta for fortemente pautada na participação social, só há sociedade saudável se os cidadãos cuidarem de si, dos outros e do meio em que vivem.

As discussões continuaram abordando como o CSF tem estimulado a participação comunitária e contribuído para melhorar a relação ESF-comunidade. Vejamos:

Pesquisador: Eu vou ser... só perguntar uma coisa pro Profissional 1 e Profissional 3 e que é uma pergunta que eu faço inclusive pra mim, o que é que nós do PSF temos, atualmente, de trabalho com a participação comunitária?

Profissional 3: As questões com os mutirões, né... Todos não são feitos só pelo PSF, a gente... a gente quer escutar, quer que a comunidade participe, que ela se sinta envolvida. A história do Conselho Local de Saúde que acaba sendo puxado pelo PSF, mas que é... vai ser majoritariamente conduzido pela comunidade. A...

Profissional 1: E eu quero até colocar também *profissional 3* a questão da FENATEN né, que foi organizada pela maioria da parte da feira, foi pelo apoio do PSF né.

Profissional 3: As pequenas... mesmo os pequenos grupos vamos dizer né, nós fazemos dentro da Unidade ou na Escola ou na Creche, vamos dizer, sempre houve a participação comunitária. Isso é uma constante, ou seja, eu não vou dizer qual é a frequência se é mensal, se é semanal, mas nós temos dentro do nosso trabalho a participação comunitária é sempre constante (diálogo, cc2, p.11-12, f.53-56).

Algumas ações foram citadas como a FENATEN, o Conselho Local de Saúde (que abordaremos adiante), os mutirões de combate à dengue e pequenos grupos (educativos ou de atendimento coletivo) de iniciativa do CSF. Mesmo sem citar a frequência dessas ações, que nos dariam uma noção da consistência periódica dessas ações, é afirmado que “a participação comunitária é sempre constante” no trabalho desenvolvido. Outras opiniões foram relevantes para a discussão:

acho que o PSF, por exemplo, tem abertura, [...] é legal acho que tem isso, preciso dizer. Porém acho que é muito, mas muito, muito, muito pouco o que o PSF faz pra, de fato, estimular a participação comunitária. Para além de participar de uma passeata da dengue, para além de tá numa feira de artesanato ao lado da Igreja né, eu acho que é pouco [...]E aí pra ter esse nível de participação comunitária é um processo né, de aprendizado, de organização, de envolvimento e tal. E sinto falta disto né, desse... desse processo que assim, a gente quer fazer o processo é... e ter um objetivo, uma meta pra garantir essa participação, então acho que o PSF, hoje, tem essa dificuldade de... de... de fazer isso (usuário 3, cc2, p.12, f.58).

Como em outras discussões anteriores, é colocada a necessidade de uma ação permanente e cotidiana para fortalecer a participação comunitária. Aqui a análise feita pelo usuário destaca que as ações realizadas ainda são pontuais e que precisam ser ampliadas.

Aspecto relevante é o destaque dado para o processo de fortalecimento da participação comunitária, que para alcançar um nível satisfatório, precisa de “aprendizagem”, de “organização” e “envolvimento”. O mesmo participante, em outros momentos, continua sua avaliação sobre as ações realizadas pelo CSF, destacando a relevância deste para o fortalecimento da participação comunitária: “eu acho que, assim, o PSF tem condição muito né de ajudar a construir instrumentos né, espaços, momentos, mais sistemáticos né, pra estimular esse... essa... esse... essa retomada da comunidade” (usuário 3, cc2, p.22, f.119). E prossegue com sua contribuição:

Então acho que era esse espaço da... da própria equipe do PSF ter vontade de querer compreender um pouco mais o que é essa participação comunitária e se o que a gente tem feito, se tem feito como Profissional 1 e Profissional 3 colocou aqui né, que fazem e eu acho que fazem mesmo, mas que precisaria ser mais sistemático mesmo e ter uma clareza mais ampliada disso, ‘o que que a gente quer pós isso, pós feira, pós multirão?’ acho que é esse ‘pós-show de talentos’ (*um evento realizado recentemente na comunidade junto à juventude*). Acho que isso chamaria a gente mais pra um... pra um fazer mais diário, mais pé no chão, mais presente (usuário 3, cc2, p.22, f.123).

A cotidianidade das ações é reivindicada, bem como é feito um questionamento sobre o sentido estratégico dessas ações, “uma clareza mais ampliada disso”. Um “fazer mais diário”, “pé no chão” e “mais presente” é colocado como consequência desse questionamento do que se tem feito, do que a equipe do PSF compreende como participação comunitária. Novamente os “desentendimentos” entre os profissionais e usuários apontam para um distanciamento, para uma baixa interatividade. Tal distanciamento novamente evidencia a necessidade de se empreender re-estruturações nos modos como a ESF vem se desenvolvendo. Aqui o chamado é para um fazer *com* a comunidade, uma valorização da palavra e experiência do usuário, um processo dialógico e cooperativo entre ESF e comunidade.

Repensar o modelo de atenção à saúde, dentro da perspectiva para a qual aponta a estratégia saúde da família, através de suas proposições teóricas, implica em assegurar correspondência entre os serviços/programas de saúde com as expectativas e valores socioculturais da população usuária, que, neste ponto de vista, deixa de ser meramente usuária, para tornar-se co-autora, o que a caracterizará como sujeito em pleno exercício da cidadania (SANTOS; UCHIMURA; LANG, 2005, p.703).

A discussão de um novo fazer necessário à saúde ganha mais elementos no prosseguir da avaliação da relação entre ESF e participação comunitária em Terrenos Novos. O tema avançou e abordou o desafio do fortalecimento da participação comunitária a partir de um olhar sobre a responsabilidade da própria comunidade no processo. Vejamos as falas que se seguem:

cabe, também assim, a comunidade querer despertar pra essa participação. Não adianta, assim, o PSF arrancar, querer arrancar, e querer que o povo participe. Ele

tem que fazer a parte dele, mas assim, a comunidade tem que despertar... e querer realmente participar, assim que... melhoraria muito se ela tivesse essa visão de participação. Assim como já teve algum tempo atrás assim como o usuário 3 falou né. Acho que melhoraria muito a partir daí também (usuário 2, cc2, p.21-22, f. 118).

Aqui se faz referência à importância da comunidade “querer realmente participar”, valorizar a participação comunitária como importante, como outrora era para os moradores de Terrenos Novos. As possíveis contribuições da ESF para esse processo ficariam muito mais efetivas com a contribuição da própria comunidade. Outra fala segue uma linha semelhante de argumentação:

muitas coisas na saúde dependem né dessa participação comunitária. Vamos dizer, muitas coisas que nós queríamos promover dependiam muito... é... o sucesso dependeria da participação comunitária, mas a gente vê um interesse muito pouco, muito pequeno, por parte da população. Parece que a população tem um entendimento de, exatamente, de saúde como o *Profissional 1* colocou né, do médico, do remédio e... é mais ou menos por aí, é e tantas vezes que a gente tente, né integrar essa participação comunitária e o trabalho do PSF, não nos sentimos tão... exitosos (profissional 3, cc2, p.3, f.5).

Aqui a concepção de saúde da comunidade ou as enormes necessidades de cura-tratamento de doenças vêm novamente compor o rol dos desafios a serem superados. A hegemonia do modelo biomédico parece se reproduzir continuamente na organização das ações da ESF, dificultando o seu desenrolar como ação substitutiva e renovadora das práticas e modelos técnico-assistenciais. Tomemos, novamente, o estudo levado por SANTOS, UCHIMURA e LANG (2005) como elemento comparativo para pensarmos o que acontece na realidade da ESF não só em Terrenos Novos.

O distanciamento da equipe de PSF do conjunto da sua população tem, também como consequência, conforme entendemos, o distanciamento do serviço de saúde em relação à realidade vivida pelos seus usuários. O contrário poderia representar uma contribuição com o princípio da equidade proposto pelo SUS, que se traduz na distribuição da atenção, na forma de recursos, conforme a necessidade de cada localidade. Do mesmo modo, um contato mais próximo com a comunidade poderia contribuir para que se fomentasse a organização popular para o exercício do controle social, atentando, assim, para mais uma diretriz do Sistema Único de Saúde (2005, p.697).

A meu ver, tal processo revela uma inabilidade atual da ESF de empreender novos modelos de atuação pautados em paradigmas mais abrangentes como, por exemplo, o paradigma da promoção da saúde. Retomemos a última fala do profissional citada, e vemos que esta revela a percepção da falta de ação da comunidade contribuindo para o fortalecimento da participação comunitária no campo saúde. Tal percepção revela também uma inabilidade da ESF de construir uma aproximação e co-responsabilização com a comunidade. Acredito, pela experiência vivida no lugar, que é possível um envolvimento e uma dedicação maior da ESF para com o fomento da participação comunitária no bairro

Terrenos Novos, principalmente, a partir do envolvimento desta nas questões referentes à saúde no bairro, fomentando a co-gestão participativa. Entendo que todos os profissionais da ESF têm responsabilidade sobre isto. Novamente compartilho com Santos, Uchimura e Lang esse pensamento:

Nossa experiência no cotidiano dessa comunidade, possibilitada pela vivência durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, nos autoriza a afirmar que a construção da organização popular, para o pleno exercício do controle social na localidade, está ainda em fase incipiente, e que o apoio do serviço seria da maior relevância para sua consolidação (SANTOS; UCHIMURA; LANG, 2005, p. 698).

Para concluir as discussões desse capítulo, convido o leitor a analisar um exemplo bastante discutido e referido no grupo da pesquisa: o Conselho Local de Saúde (CLS). Este exemplo é colocado aqui com o intuito de exemplificar as nuances da relação entre ESF e participação comunitária.

Nas discussões realizadas nos círculos de cultura da pesquisa, o CLS aparece como um dispositivo que evidencia a relação entre participação comunitária e ESF. Passemos a analisar as falas:

E, de repente assim... e que espaços de poder, de representação comunitária os profissionais, que estão na ponta, na frente, puxando a dinâmica da saúde constitui isso? Por exemplo, aí dentro dessa história da participação comunitária me faz falta o Conselho Local de Saúde como espaço de poder e de escuta né. Aí é uma escuta que... me predispõe a ouvir o que eu desejaria ouvir e a ouvir o que eu não desejaria ouvir da comunidade e, desmistificar essa leitura. Então tá... tá muito nessa condição da relação de poder (usuário 3, cc1, p.11,f.41).

Aqui o CLS aparece como espaço de representatividade da comunidade para influir na ESF. As características destacadas como importantes para o CLS é de constituir-se enquanto um espaço de “poder” e “representação comunitária”, “como espaço de poder e de escuta”. O CLS como uma instância para trabalhar essa relação de poder entre profissionais de saúde e moradores. Aqui o usuário destaca a necessidade de construir esse espaço para efetivar a escuta da comunidade e reivindica que os profissionais se predisponham a ouvir “o que desejaria ouvir e a ouvir o que não desejaria ouvir”. Penso, a partir do mesmo argumento, que o CLS seja também um espaço de escuta dos profissionais de saúde, onde se efetive um real diálogo entre os atores. Há mais elementos sobre a experiência do grupo com o CLS:

Profissional 3: Quando existiu né, o Conselho Local de Saúde, há algum tempo atrás, que eu já estava aqui, é... a gente que trabalha aqui, tem uma lembrança de que ele funcionou quando o profissional de saúde da unidade estava à frente...

Profissional 1: os profissionais estavam à frente... *(fala paralela que concordava e ajudava a concluir a idéia)*.

Profissional 3: E o Conselho Local de Saúde não é do profissional de saúde da Unidade, ele é da comunidade,né. Então assim, essas coisas, ou seja, essa relação não pode deixar de existir pra que os dois andem, vamos dizer, juntos. Pra que as coisas aconteçam, né? (diálogo, cc1,p.21, f.97-99).

A partir do diálogo acima, podemos fazer algumas reflexões. O profissional novamente faz críticas à comunidade no sentido de destacar que o CLS só funcionava quando os profissionais estavam à frente, o que parece revelar que havia um protagonismo dos últimos e uma baixa implicação da comunidade no processo. Não podemos falar com precisão sobre o CLS em questão, mas cabe questionar de que modo os profissionais “conduziam” ou “estavam à frente” dele. Será que não havia uma centralização excessiva de poder por parte desses profissionais? Como se constituiu esse CLS? Quais significados, sentidos e sentimentos presentes para os usuários que estavam nesse espaço? Que poder de deliberação o CLS tinha? Quem eram as pessoas que compunham? Será que era um espaço agradável de convivência para os partícipes? Como eram os encontros? Enfim, são várias questões a serem levantadas.

Outro aspecto da fala do profissional a ser questionado é sua afirmativa de que o CLS é um espaço da comunidade. A meu ver, com essa afirmativa, podemos afirmar que há uma visão limitada do espaço do CLS, bem como do que pode representar esse espaço para os profissionais de saúde. Vejo o CLS como espaço de possíveis parcerias entre a comunidade e a ESF, o que quer dizer que não se configura como espaço apenas da comunidade e sim, fundamentalmente, espaço da ESF, espaço público e participativo de promoção da saúde.

O diálogo abaixo expõe mais elementos relevantes:

Usuário 3: Ora, o Conselho Local de Saúde, a dinâmica dele, sendo um instrumento da participação comunitária no Programa de Saúde da Família, ele não pode ser no horário ou em função do horário dos técnicos, profissionais. Porque se for, aí novamente tem uma relação de poder... ‘sim, mas eu só posso participar se for no meu horário de trabalho’, mas a participação comunitária não tem horário, não tem tempo, não é? Ela não determina tempo, [...] o Conselho Local de Saúde, eu disse isso um dia desse pro E. (*um ex-presidente de Conselho Municipal de Saúde*): “o problema E. é que alguns conselhos locais de saúde funcionam no horário da Unidade e ele não é um serviço da Unidade ele é um serviço da comunidade, então ele precisa se reunir à noite, se for preciso o profissional vir à noite ele vai ter que vir...”

Profissional 3: Mas era à noite.

Usuário 3: Sim, eu to dizendo aí... mas se tiver a disposição do... do entendimento do profissional, do profissional e isso tá na pessoa da comunidade. Então né, é ampliar nesse sentido né? (diálogo, cc1, p.21, f.100-102).

A discussão do horário de funcionamento do CLS expressa a mesma visão de “serviço da comunidade” que fora discutida acima. E aqui quero esclarecer minha posição, concebo o CLS como instância de mobilização comunitária que pode deflagrar processos de participação comunitária em saúde. Como a pesquisa vem mostrando, só se faz a ESF efetiva se for articulada com processos ativos de participação comunitária. Portanto, o CLS não é um “serviço da comunidade” e sim um espaço de diálogo entre CSF e comunidade, que deve ser fortalecedor da ESF e da comunidade. Afinal de contas, “o PSF tem uma profunda identidade

de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população” (BRASIL, 1997, p. 23).

Voltando ao diálogo acima exposto, vale destacar, no entanto, que fica evidente que a formação de um CLS só é possível com uma disponibilização de horários favoráveis à comunidade e aos profissionais, não devendo ficar exclusivamente em função de nenhum dos lados, porém com a sensibilidade de incluir os diversos atores.

As discussões sobre a relação entre participação comunitária e ESF, no entanto, transcendem o contexto do CLS e voltam a destacar aspectos já abordados. Vejamos:

Usuário 3: Então acho que é isso né... tipo assim, por exemplo, para além de criar um Conselho acho que quando o PSF estimula a história da participação comunitária..

Pesquisador: hum rum...

Usuário 3: É a idéia legal, a idéia de criar o Conselho Local de Saúde né, rearticular o Conselho Local de Saúde. Aí acho que um outro cenário que... aí eu sinto o PSF a margem disso né, assim desse processo. Por exemplo, como é que o PSF tem discutido no seu interior esse momento que os Terrenos Novos ta vivendo? Né? Que as lideranças estão se desencantando, que as lideranças estão se dividindo, que o cenário da participação comunitária, fora da Unidade de Saúde, *profissional 1* e *usuário 1* sabem do que eu to dizendo (diálogo, cc2, p.13, f.66-68).

Novamente o tema do desencantamento vivido em Terrenos Novos entra em pauta e se coloca como desafio para nós trabalhadores da ESF local. Aqui o participante faz crítica ao PSF que, segundo ele, “esta a margem disso”. Novamente se destaca que há um baixo envolvimento da ESF local com esse processo vivido na comunidade, o que revela que a ESF tem contribuído pouco no estímulo e promoção da participação comunitária. A fala abaixo vem a destacar outro aspecto neste processo:

Há para além dessa história do Conselho Local de Saúde, volto a dizer assim, esse processo de aproximação, de namoro, de chamada, de acolhida [...] Teve uma pessoa, que eu tava conversando, que ela disse assim: ‘porque que a pessoa não vai mais?’ Mas a gente convida, a gente vai lá, a gente chama. Mas como chama? Como é que chama? Como é que a gente chama né? Convidar todo mundo convida. Sim... como é que a gente chama? Como é que a gente cativa? E eu acho que é esse processo do cativar né. Como é que a gente tem cativado? (usuário 3, cc2, p.16, f.80).

Abordando o tema do modo como se chama a comunidade para os espaços de participação, como o CLS, o usuário nos traz novamente elementos para pensar a necessidade de aproximação entre a ESF e a participação comunitária. Aqui ele fala de um “processo de cativar” que está para além do convite, que está para além do simples ato de chamar. Vejo, a partir dessa fala, que podemos dizer que a relação entre ESF e participação comunitária expressa uma complexidade e amplitude próprias dos relacionamentos humanos, das relações sociais, dos processos coletivos. Nessa complexidade, o fortalecimento dessa relação só pode se dar com uma disponibilidade e abertura para o encontro e o diálogo, onde as diferenças

entre moradores de uma comunidade e profissionais de saúde devem ser valorizadas e entendidas como potencializadores de ambos. Aqui o participante destaca que esse processo envolve “aproximação”, “namoro”, “chamada” e “acolhida”. Tais elementos somente serão possíveis de se efetivar quando colocados no cotidiano dos micro e macro processos de trabalho da ESF.

Como vimos novamente torna-se relevante destacar a construção de um novo modelo de atuar na ESF. Um modelo de atuar *com* a comunidade, onde a dialogicidade e ação transformadora seja construída na co-responsabilização de profissionais e usuário através da cooperação.

CAPÍTULO 7 - SÍNTESE DOS “ACHADOS” DA PESQUISA: CLAREANDO CAMINHOS PARA O FORTALECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE ESF E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Esse capítulo tem o intuito de realizar uma síntese das discussões realizadas na pesquisa. Busca, também, realizar reflexão sobre caminhos para o fortalecimento da relação entre ESF e participação comunitária, tendo o cenário local como campo de atuação e como subsídio para pensar um cenário mais global.

Começo por resgatar as perguntas motivadoras desse estudo: o que acontece com a ESF que esta não fomenta uma significativa participação comunitária? Que aspectos são relevantes na relação entre ESF e participação comunitária? Como melhorar essa relação potencializando os dois processos?

A estruturação dessas perguntas veio direcionar o desenvolvimento de toda a pesquisa, buscando dar conta dos desafios de conhecimento colocados. Os dados empíricos e elementos teóricos reunidos nos trazem respostas às perguntas colocadas, bem como novas perguntas para continuar o processo de construção do conhecimento sobre os fenômenos ESF e participação comunitária. Trabalharemos nesse capítulo os três macro-temas da pesquisa, sintetizando o que fora abordado e articulando reflexões sobre as perguntas colocadas acima.

O desenvolvimento da pesquisa, pela metodologia de caráter ativa e participativa, veio a exigir um posicionamento e um compromisso com a mudança da realidade estudada. Mudança que não é definida unidirecionalmente por mim, pesquisador, e sim pela integração e diálogo de diversos atores sociais envolvidos. As propostas que adiante irei trazer, portanto, têm o intuito de construir as possibilidades de integração e participação dos diversos atores sociais num processo de aprofundamento e avaliação dos achados dessa pesquisa, para facilitar processos de responsabilização e compromisso. As propostas colocadas abrangem, em linhas gerais, o nível da socialização e discussão dos resultados com os diversos atores. Os caminhos apontados pela pesquisa se dão na discussão dos temas surgidos a partir do mergulho empírico já realizado.

Sobre o tema trabalho de PSF, pudemos perceber aspectos bastante relevantes sobre o modo como esse trabalho é concebido pelos participantes da pesquisa. Os sub-temas abordados nos dão dimensões da complexidade que envolve o processo de trabalho na ESF e revelam uma realidade contraditória própria do processo histórico-cultural vivido no cenário estudado, que apresenta avanços e ainda desafios no desenvolvimento dessa política de assistência à saúde.

As concepções expostas pelos participantes sobre “o trabalho de PSF” oscilam desde avançadas compreensões sobre o processo de trabalho em saúde, bem como compreensões limitantes para o avanço das mudanças necessárias ao setor saúde. Pudemos ver os destaques dados a um fazer territorializado, centrado na família, na prevenção de doenças e promoção da saúde, que apontam para um fazer sanitário centrado mais integral e contextualizante. Mas encontramos também concepções ligadas a uma visão mais influenciada pela tradição biomédica biologizante do processo saúde-doença-cuidado, centrada na ação medicamentosa e na atenção médica.

O tema da concepção de saúde dos usuários permeou a construção dos discursos dos profissionais, principalmente, com a intenção de demonstrar as limitações da visão daqueles sobre o que era o trabalho de PSF, operando numa responsabilização dos usuários pela enorme demanda por procedimentos curativos e de atenção médica e medicamentosa. Ao desconsiderar a relação dialética existente entre a oferta e a demanda de serviços de saúde, a concepção de saúde do usuário fora colocada como elemento de maior influência na dificuldade enfrentada pela ESF de constituir-se com caráter substitutivo frente às práticas tradicionais médico-centradas. Evidenciou-se que o entendimento que os profissionais têm sobre as demandas que chegam à ESF é limitado. As falas destes centraram argumentos na responsabilização dos usuários por suas concepções sobre o processo de trabalho em saúde, como se a subjetividade dos usuários não estivesse ligada a uma realidade material, histórica e cultural vivida cotidianamente.

Outro aspecto relevante que precisa ser investigado, em estudos posteriores, é a qualidade da atenção dedicada a essas demandas de cura que chegam ao CSF. Cabe questionarmos a capacidade que os serviços têm de ser resolutivos frente às queixas trazidas, investigando e atuando não só nos sintomas, mas nas causas das enfermidades recorrentes no bairro.

Um desafio colocado é compreender que as novas práticas de saúde devem se estruturar na ESF vislumbrando um processo de mudança histórico-cultural progressiva, capaz de renovar também as concepções de profissionais e usuários sobre o processo saúde-doença-cuidado, ampliando uma visão sobre os determinantes sociais e fomentando a corresponsabilização. Uma realidade percebida é que, por mais que a ESF tenha sido relacionada com o paradigma da promoção da saúde, essa relação ainda pareceu mais discursiva do que pautada na experiência prática vivida.

As discussões sobre o processo de trabalho da ESF revelaram discursos recorrentes sobre o excesso de atribuições a que os profissionais se vêm submetidos. A organização de

um satisfatório processo de trabalho (para profissionais e usuários) que abarque as muitas funções e responsabilidades coloca-se como um desafio cotidiano vivido na ESF. As discussões apontaram para a dificuldade de desenvolver um trabalho que vá mais além das atribuições colocadas pelos eixos programáticos da ESF, dando conta destas. A defesa feita pelos usuários, de um PSF centrado na família, veio destacar a importância das ações de atenção mais ampliadas e integrais que vêm sendo desenvolvidas, onde o foco não é a patologia, mas as pessoas nos seus contextos familiares e comunitários. Esse “PSF centrado na família” também deu margem para criticar a fragmentação operada pela ESF centrada nos eixos programáticos colocados como critérios de prioridade e qualidade da ESF que, muitas vezes, fere os princípios de integralidade e universalidade do SUS. Um “PSF territorializado” veio reivindicar uma compreensão e envolvimento dos profissionais com a comunidade, seus modos de vida, contexto histórico-cultural e dilemas vividos no lugar.

A discussão empreendida sobre a avaliação do trabalho de PSF realizado atualmente em Terrenos Novos trouxe perspectivas diferentes, porém com a hegemonia de um discurso crítico, o qual apontou várias falhas nas práticas atuais. Algumas falas, no entanto, destacaram a existência de bons profissionais e de boas ações e iniciativas desenvolvidas. Dentro dos aspectos colocados como importantes para realizar um bom trabalho da ESF, encontramos: o envolvimento, o compromisso, capacidade de realizar uma leitura social e comunitária, uma comunicação e de construir uma amizade com a comunidade. Tais aspectos vieram a ser colocados como elementos que precisam ser valorizados no trabalho de PSF atualmente desenvolvido. Muitas falas ressaltaram profissionais que já passaram anteriormente no CSF, revelando experiências significativas já realizadas. A condição que se encontra atualmente o trabalho de PSF fora caracterizada, principalmente, pelo baixo envolvimento dos profissionais com a comunidade, pela fragilidade dos vínculos existentes, desunião entre os profissionais e uma falta de amizade entre profissionais e usuários, uma postura muito centrada na técnica e num distanciamento entre os atores sociais envolvidos.

Tais percepções colocadas nos convidam a pensar na atual fragilidade dos processos de trabalho da ESF, principalmente, no tocante ao baixo desenvolvimento de seu potencial de fomento à participação comunitária. Aqui vejo, pela experiência já vivida no local, que um dos grandes desafios para a ESF é superar o fosso cultural existente entre profissionais e moradores de Terrenos Novos e implementar uma atuação *com* a comunidade. As estratégias de mudança dessa situação atual devem investir em processos de co-gestão do trabalho que, reconheçam a importância dos diversos atores sociais envolvidos e dêem destaque para a

participação comunitária. Aqui o reconhecimento das experiências, saberes, opiniões e decisões dos usuários torna-se fundamental.

Um elemento colocado como bastante relevante nesse processo de trabalho do PSF de Terrenos Novos foi a percepção da resistência dos profissionais à mudança. Tal resistência fora expressa e nomeada como uma “postura de blindado”, que permite que o profissional não se abra para ouvir críticas sobre o trabalho realizado, tentando manter a idéia de que tudo que fora possível ser feito já foi tentado, e que o trabalho está muito bem. Tal “postura de blindado” aparece para distanciar o usuário dos processos decisórios e de avaliação da qualidade dos serviços. Tal postura, percebida na pesquisa, parece nascer da insegurança e vulnerabilidade do emprego dos profissionais da ESF local, desprovido de adequadas condições de seguridade social, já que possuem vínculos de trabalho precários, dependentes da Gestão Municipal. Outro aspecto relevante dessa “postura de blindado”, me parece ser uma inabilidade de formar laços de co-responsabilidade entre os profissionais e usuários, pela ainda identificação da comunidade apenas como demanda ou problema e não como potencialidade e co-autora da promoção da saúde. Tal inabilidade aparece como necessidade de aprendizagem dos profissionais, revelando uma fragilidade nas competências técnica, social, política e humana necessárias ao trabalho na ESF. A resistência á mudança e não abertura à crítica é característica dos processos de trabalho engessados e alienantes. Esses processos merecem a atenção de novas investigações-ações para aprofundar a compreensão da complexidade de tais fenômenos e ver até que ponto podemos avançar na superação desse claro desafio.

As discussões realizadas sobre participação comunitária foram bastante significativas e trazem elementos para pensar tanto as dimensões do conceito como a complexidade da realidade estudada. A pesquisa conseguiu apreender dimensões das concepções sobre participação comunitária e de como está esse fenômeno no bairro Terrenos Novos.

Quanto às concepções expostas, a participação comunitária apareceu como uma condição inerente ao ser humano, mas que é permanentemente construída num esforço de ação no mundo e de esperança na vida comunitária. A participação comunitária é qualificada como envolvimento com a realidade humana (das famílias) do bairro, como uma capacidade de amar ao outro independentemente da existência de laços consangüíneos. Constitui-se como compromisso com o que é comum. Tal compromisso com o que é comum vem a destacar a configuração de um processo psicológico de sentir-se implicado com a realidade compartilhada com outros moradores de um mesmo lugar. A participação comunitária é

colocada como processo permanente, uma espécie de comprometimento que manifesta um posicionamento frente ao mundo em que se vive e compartilha. A partir de autores como Cezar Wagner de Lima Góis, Ignacio Martín-Baró, Vygostki e Maritza Montero, a participação comunitária aparece ligada a uma compreensão interacionista dialética, onde a atividade externa e atividade interna, objetivo e subjetivo aparecem imbricados. A ação instrumental e comunicativa no mundo, em interação cooperativa, liga-se ao processo de aprofundamento da consciência e a transformação da realidade remete à transformação dos sujeitos. A participação comunitária aparece como uma questão de sentido e significado e se fortalece nos processos dialógicos e cooperativos.

Nessa investigação as experiências relatadas nas discussões, revelam os processos de construção do bairro Terrenos Novos, bem como as aprendizagens ou transformações dos sujeitos a partir da participação comunitária. Tal processo fora descrito como gerador de trocas de saberes e de cuidados entre as pessoas envolvidas. Fora caracterizado também como processo de construção de conhecimento sobre a realidade do bairro e das famílias que ali vivem. As experiências de participação comunitária trabalhadas aqui foram decisivas no desenvolvimento do potencial e capacidade comunicativa dos partícipes, gerando valorização da experiência de participar. A participação comunitária também fora colocada como reveladora do potencial de trabalho e criação cultural dos moradores da comunidade.

Na presente pesquisa, pudemos ver que a participação comunitária em Terrenos Novos, constituiu-se como um elemento fundamental na construção histórico-cultural do bairro, mas atualmente é um processo que se encontra fragilizado. Pudemos ver que essa participação comunitária existe em vários espaços, existe muita experiência já vivida por moradores e lideranças comunitárias, existem várias atividades comunitárias ainda em vigor. Mas os diálogos realizados durante a pesquisa apontam para um processo classificado como “desencantamento” da participação comunitária no lugar. Esse “desencantamento” fora qualificado como desesperança nos processos comunitários coletivos, ausência de projetos e sonhos comuns entre os moradores, desunião entre as lideranças, desânimo nos processos participativos, fragilidade dos processos reivindicatórios e políticos, desorganização comunitária e a sobreposição de interesses pessoais sobre os interesses comunitários. A perspectiva apresentada para o fortalecimento da participação comunitária é a de constituição desta como processo de libertação advindo da organização e desenvolvimento dos grupos comunitários, numa perspectiva de superação das condições de opressão e de fortalecimento da autonomia dos envolvidos.

O termo “doação”, bastante utilizado nas discussões, foi algo que mereceu destaque nessa investigação. Tal termo aparece em várias falas como constituinte tanto da participação comunitária, como também de um bom trabalho de PSF. A “doação” remete a um investimento pessoal no plano coletivo, que parte da pessoa influenciada por suas condições de vida, próprio da participação social (Góis, 2005, 2008), que se projeta como sujeito na sociedade, como construtor de uma história compartilhada. É um direcionamento intencional para estar presente em determinada realidade, com dedica-ção vinda de si mesmo e alimentada pelos outros atuantes. A análise sobre o trabalho de PSF e a participação comunitária realizada, nos convida a pensar nos processos psicológicos inerentes à realidade humana, os quais são constituídos historicamente pelas marcas dos sentidos e significados, dialética e dialogicamente nas ações cotidianas em sociedade, construindo e sendo constituídos pela cultura. Doação é a palavra colocada como prenhe de significados marcantes do que constitui a participação comunitária e do trabalho de PSF, destacando a profundidade externa e interna de tais processos.

A relação entre participação comunitária e trabalho de PSF fora o principal tema desta pesquisa, que trouxe importantes elementos qualitativos para ampliar a compreensão sobre esses processos. Os diálogos sobre o tema se deram a partir de considerações sobre a relevância da relação em questão e de avaliações críticas tecidas sobre a realidade desta relação no cenário no bairro Terrenos Novos.

A importância da relação entre o processo de trabalho em saúde (que incluiu o processo saúde-doença-cuidado) e participação comunitária é ressaltada como um consenso por diversos atores envolvidos na pesquisa, inclusive como algo preconizado na Política da ESF. A relação de troca entre profissional e população fora considerada como fundamental e permeada por aprendizagens para ambos os atores. Trabalhar juntos (comunidade e profissionais de saúde) é concebido como fundamental para potencializar as ações no campo saúde e todos se fortalecem. A relação fora qualificada como possibilitadora de reconhecimentos necessários para esclarecer o processo de trabalho de PSF e as diversas dimensões da realidade vivida no bairro. Aqui ficou claro que a ESF, contando com a participação comunitária, fortalece-se com um trabalho em sintonia com as necessidades de saúde da comunidade – facilitando a orientação das mudanças, o estabelecimento de prioridades estratégicas e os reconhecimentos entre os atores sociais envolvidos, formando vínculos de solidariedade e co-responsabilização.

O acolhimento na ESF aparece como aspecto relevante dessa relação, destacado como a capacidade de estruturar uma organização do trabalho capaz de receber bem os

usuários e, mediante a construção de boas relações interpessoais e processos de escuta, dar respostas efetivas às necessidades de saúde da população. Aqui a boa comunicação entre profissionais e usuários fora colocada como fundamental, bem como a interlocução entre o CSF e a comunidade. Tais processos de comunicação devem ser efetivados no cotidiano permanente, e não só pontualmente, por ocasião da organização de eventos na comunidade. Aqui cabe destacar que essa comunicação envolve os aspectos da relação entre as pessoas, profissionais e usuários, bem como as relações da ESF com a comunidade, incluindo relações sociais e institucionais mais amplas e coletivas. É diferente pensar relação usuário-profissional e ESF-comunidade, apesar de haver uma relação íntima entre os dois processos. Num nível temos as relações entre os coletivos de trabalhadores e da comunidade e, no outro, as relações entre as pessoas.

Foram revelados vários outros aspectos relevantes da relação entre a participação comunitária e ESF. Todos evidenciam a complexidade do fenômeno, delimitando vários campos de atuação para o fortalecimento dessa relação. Vejamos as dimensões e âmbitos considerados nessa pesquisa: a comunicação profissional-usuário; a capacidade de produção de acolhimento e co-responsabilização; a capacidade de construção de vínculos entre profissionais-profissionais e profissionais-usuários; a construção de conhecimentos a partir da relação usuário-profissional; a capacidade de abertura a ouvir a palavra do usuário na avaliação dos serviços de saúde prestados; a superação dos modos atuais de organização dos serviços, que estabelece as prioridades e eixos indicadores de avaliação ainda focalizados em eixos específicos – profundamente influenciados pelos macro-processos de gestão federal, estadual e municipal; a capacidade de facilitação da cidadania dos diversos atores envolvidos; o exercício do protagonismo do usuário e das instâncias comunitárias quanto a direcionarem, executarem e avaliarem ações de fortalecimento, recuperação e promoção da saúde; a capacidade dos profissionais e comunidade conhecerem o território e agir sobre os determinantes sócio-ambientais comunitários da saúde; desenvolvimento de ações de cuidado em outros espaços da comunidade – gerar aproximação entre as pessoas, valorização dos espaços, apropriação, reconhecimentos; e o desenvolvimento de ações em parceria com os equipamentos sociais comunitários, grupos comunitários e lideranças comunitárias, integrando moradores-usuários e profissionais em ações coletivas.

A avaliação da atual relação entre participação comunitária e ESF, no bairro Terrenos Novos, mostrou uma maior expressão de fragilidades do que de avanços existentes. Evidenciaram-se divergências entre profissionais e usuários no tocante a avaliação dos “responsáveis” pela fragilidade de tal relação. Os profissionais ora centraram-se, nas

argumentações, sobre o excesso de demandas por procedimentos de cura-tratamento, ora na responsabilização da comunidade pela falta de participação. Os usuários centraram argumentos no reconhecimento de algumas iniciativas do CSF, mas destacaram fundamentalmente a fragilidade da relação entre profissional e usuário, levantando críticas sobre o abuso de poder nas relações, distanciamento, baixo envolvimento e leitura limitada dos profissionais sobre as questões sociais que permeiam a realidade do bairro. No grupo, em geral, ambos os atores sociais reconheceram que a comunidade de Terrenos Novos passa por um processo de “desencantamento” da participação comunitária e que o estímulo a esta se configura como um claro desafio para a melhoria da relação entre a ESF e a comunidade. A avaliação veio a destacar a necessidade de tornar cotidiano um envolvimento maior dos profissionais da ESF local como a realidade social do bairro.

Algumas questões colocam-se como centrais na relação atual entre participação comunitária e ESF: o modelo de gestão municipal da ESF, que tem forte influência na determinação dos modos de organização dos serviços, no tocante à priorização de eixos estratégicos e que, por sua vez, sofre influência dos eixos determinados pelo Ministério da Saúde; o momento de desencantamento da participação comunitária que passa a comunidade; a hegemonia do modelo biomédico, com a centralização da oferta de serviços e procedimentos médico-centrados; a influência da cultura política local ainda marcada por práticas coronelistas (personalismo, troca de favores políticos, relações de dependência e dominação) que influenciam na micro-política das relações sociais estabelecidas no processo de produção do cuidado; e a fragilidade na formação dos profissionais para realizar uma atuação pautada numa leitura social-comunitária mais abrangente das necessidades de saúde da população, implicando na oferta de serviços mais adequados e efetivos. Vejo que as questões colocadas requerem uma discussão mais aprofundada e ampliada com os vários atores sociais envolvidos, abrangendo gestores, profissionais e usuários.

Inspirado na Psicologia Comunitária, aponto que as saídas para uma superação dos desafios encontram-se na priorização de estratégias situadas dentro da perspectiva de um atuar *com* a comunidade, onde moradores e profissionais estabelecem processos cooperativos e dialógicos de co-responsabilização sobre a saúde comunitária. Destaco, nesta perspectiva, a necessidade de experimentações mais ousadas do setor saúde, inter e intra-setorial, implementando uma ampliação dos eixos estratégicos de atuação da ESF em direção à integralidade, fortalecendo um olhar para a saúde (não somente cura e prevenção de doenças), construindo um fazer em saúde capaz de fomentar uma mudança real nas graves condições de desigualdade social. Essas mudanças, como já discutidas aqui, requerem uma participação

social expressiva para que se re-construa o SUS como instância democratizante. A ESF como modelo de re-organização do modelo de atenção à saúde no Brasil deve incorporar de forma integral e cotidiana a participação comunitária como possibilidade de fortalecer-se e potencializar o alcance de suas ações.

Em busca de continuar o enfrentamento dos desafios colocados por essa pesquisa, posterior à defesa da dissertação e término do presente texto, pretendo realizar discussões com alguns atores sociais estratégicos, no intuito de socializar os conhecimentos produzidos, avaliar os resultados e construir uma agenda de compromissos para superar os diversos desafios colocados. Dentre os momentos que pretendo articular, cito: reuniões com participantes da pesquisa, outras lideranças, moradores e profissionais interessados em problematizar a participação comunitária no bairro Terrenos Novos; apresentação da pesquisa junto a um grupo de “Mobilizadores dos Conselhos Locais de Saúde de Sobral” (uma ação que vem sendo desenvolvida pela SMS do município de Sobral e do Conselho Municipal de Saúde); apresentação da pesquisa junto aos profissionais do CSF de Terrenos Novos; apresentação nos diversos espaços do Programa de RMSF; e apresentação na Roda de Gerentes dos CSF. Esses momentos devem estruturar-se no decorrer dos trabalhos de docência na RMSF e pretendem possibilitar momentos pedagógicos junto ao SMS de Sobral e população sobralense, visando à transformação dos sujeitos e da realidade compartilhada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta investigação constituiu-se como experiência de descobertas e afirmação de perspectivas de atuar na realidade estudada. No exercício da pesquisa busquei fortalecer a construção de conhecimento de forma participativa e pedagógica, onde visei integrar diversas pessoas e atores sociais no processo de desenvolvimento e trato dos “achados” e produções da pesquisa, de forma que todos possam aprender e atuar juntos.

Tal empreendimento não se fez com facilidade, pelo contrário, constituiu-se como desafio permanente que não se encerra na conclusão desse texto, dessa dissertação. Foram vários os desafios já enfrentados e outros ainda por vir. Estes desafios se colocam, principalmente, pela minha condição de sujeito implicado (MEHRY, 2006) com a realidade estudada. Aqui tenho buscado construir-me como sujeito histórico, que tenciona para fazer da pesquisa um instrumento de transformação do mundo e de si mesmo nesse movimento. O fato de estudar a mesma realidade com a qual lido cotidianamente em meu trabalho me fez também sujeito-objeto da pesquisa, o que requereu de mim muita sensibilidade, rigor e posicionamento ético-político.

Nesse movimento, a construção do conhecimento não se separa da atuação e do compromisso com determinados modos de compreender o mundo, com determinadas perspectivas societárias utópicas, com necessários sonhos e vontades pessoais e coletivas. O exercício de integrar a pesquisa ao meu cotidiano de trabalho me trouxe mais clareza da potencialidade revolucionante que na integração entre o pesquisar e o atuar, pela capacidade de gerar perguntas e respostas permanentemente no processo de construção do conhecimento, que reverberam, nos campos da ciência e do trabalho, possibilidades de re-novação e criação. Tenho visto essa integração entre pesquisa e ação como uma necessidade para os tempos atuais, que requer um posicionamento cada vez mais comprometido com as mudanças das perspectivas epistêmicas.

Outro elemento fundamental que percebi como potencializador e também desafiante dessa caminhada de pesquisa foi a experimentação de métodos participativos. Aqui o desafio foi de não se colocar de modo solitário na construção do conhecimento e no desenvolvimento das ações, algo que muitas vezes é “mais prático”. O desafio foi aprender a se nutrir dos olhares e contribuições de diversos atores também implicados com os fenômenos estudados, que trazem, nas suas experiências, possibilidades de mudar e de manter determinadas configurações dos contextos sociais, que estão em permanente movimento. Aqui destaco a importância fundamental dos trabalhadores da saúde e dos cidadãos sobralenses moradores do

bairro Terrenos Novos como atores sociais co-responsáveis pela construção dos conhecimentos, das possibilidades e necessidades de transformação social da realidade vivida por nós. Destaco a importância também dos diversos atores envolvidos e comprometidos com o desenvolvimento do Programa de RMSF como produtor de conhecimentos e práticas que vêm empreendendo mudanças necessárias no setor saúde. Estar situado na RMSF, na ESF e na comunidade Terrenos Novos, colocou-me o desafio de integrar diversos atores na construção dos rumos que a investigação teve. Estudar, fomentar e apreender a participação social apareceu como um desafio central, um dos principais aprendizados. O mestrado ganhou em dimensão profissional, existencial e científica. A pesquisa veio a se configurar como expressão de ação no mundo e da participação junto a diversos atores sociais.

Constituindo-se a partir de um modo criativo de pesquisa qualitativa, o texto que se apresenta como dissertação ganha muita relevância. No entanto, este ainda diz pouco sobre o processo de investigação levado a cabo. É um texto muito relevante, pois forma um documento síntese de diversos elementos desse rico processo histórico vivido e compartilhado. No entanto, revela-se limitado, pois não consegue abarcar as complexas e amplas dimensões colocadas pela realidade estudada, nem representa a conclusão dessa caminhada, já que há muito que fazer, muito que estudar e muito que compartilhar para empreender as mudanças sócio-culturais colocadas como necessárias nesse momento histórico vivido. Os dilemas são ainda muitos, as “bancas examinadoras” são muitas e não se restringem ao espaço acadêmico do mestrado. Belos e importantes passos foram dados para a conclusão deste texto-dissertação. A caminhada de transformações, no entanto, ainda está começando.

REFERÊNCIAS

- ADRIÃO, Maria Antônia Veiga et al. Terrenos Novos: Um lugar de memória. **Revista da Casa da Geografia de Sobral**, Sobral, v. 8/9, n. 1, p. 139-142, 2006/2007
- ANDRADE, Luiz O. M.; BARRETO, Ivana C. de H. C.; GOYA, Neusa.; MARTINS JR., Tomaz. A Estratégia de Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas**. Sobral/CE: ano V, n.1, 2004.
- ANDRADE, Luiz Odorico M. de; BARRETO, Ivana Cristina de H.C.; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS et al. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Conselho Nacional de saúde. Resolução N. 196/96. Decreto N. 93.9333 de janeiro de 1987. **Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética, v.4, n.2, supl. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a Melhoria da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2009.
- BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**; 17 (2): 26-32; mai/ago, 2005.
- CAMPOS, Gastão W. de S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(sup): 1865-1874, 2007.
- CAPONI, Sandra. A Saúde como Abertura ao Risco. In: CZERESNIA, Dina (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CARVALHO, Alba M. P. de. As Políticas Públicas no Brasil Contemporâneo: relação Estado-Sociedade. Natal: **Curso de Introdução ao Direito Sanitário**, UFRN, 2002.
- CARVALHO S., R.. As Contradições da Promoção da Saúde em Relação à Produção de Sujeitos e a Mudança Social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 9 (3): 643-654, 2004.

- _____. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança.** São Paulo: HUCITEC, 2005.
- CECÍLIO, Luiz C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da Integralidade na Atenção e Cuidado à Saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ,IMS: ABRASCO, 2001.
- CHIARAVALLLOTI NETO, Francisco; MORAES, Maria Silvia; FERNANDES, Maria Aparecida. Avaliação dos Resultados de Atividades de Incentivo à Participação da Comunidade no Controle da Dengue em um Bairro Periférico do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da Relação entre Conhecimentos e Práticas desta População. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(sup. 2): 101-109, 1998.
- CREVELIM, Maria A.; PEDUZZI, Marina. A Participação da Comunidade na Equipe de Saúde da Família. Como Estabelecer um Projeto Comum entre Trabalhadores e Usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(2): 000-000, 2005.
- DIAS, João Carlos Pinto. Problemas e Possibilidade de Participação Comunitária no Controle das Grandes Endemias no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Sup.2): 19-37, 1998.
- DUSSEL, Enrique. **Ética de la Liberación en la Edad de la Globalización y de la Exclusión.** 3ª Ed. Madrid: Editorial Trotta, 2000.
- ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saude: origem e articulação do movimento sanitário.** (1. ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FERREIRA; BUSS, Paulo M.. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde? In: BODSTEIN, R.; ZANCAN, L.; MARCONDES, W.(orgs).**Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência de Manguinhos.** ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.
- FRANCO, T.B; MERHY, E.E., Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.). **Construção Social da Demanda**; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 26ªed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- _____. **Conscientização: teoria e prática da libertação.** Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Editora Moraes, 1980.
- _____. **Educação como Prática de Liberdade.** 9ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- GÓIS, Cezar W. de L.. **Psicologia Comunitária: atividade e consciência.** Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.
- _____. **Psicologia Comunitária no Ceará: uma caminhada.** Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire, 2003.

_____. **Saúde Comunitária: pensar e fazer.** (no prelo)

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

HERNÁNDEZ, Eneiza. La Comunidad como Ámbito de Participación. Um Espacio para el Desarrollo Local. In: HERNÁNDEZ, Eneiza(coord.). **Participación: ámbitos, retos y perspectiva.** Caracas: Ediciones CESAP(Centro al Servicio de la Acción Popular), 1996.

IBAÑEZ, Luis de La C. La Psicología Social de Ignacio Martín-Baró o el Imperativo de la Crítica. In: PORTILLO, Nelson; GABORIT, Mauricio; CRUZ, José M.. **Psicología Social en la Posguerra: teoría y aplicaciones desde El Salvador.** San Salvador: UCA Editores, 2005.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria C.. Crítica da Doença como Fatalidade. In: **Promoção da Saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro. Vieira & Lent, 2004.

KEIJZER, Benno de. Los Discursos de la Educación y la Participación em Salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. In: MINAYO, Maria C. de S (org). **Críticas e Atuentes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

KEVIN SPINK, Peter. O Pesquisador Conversador no Cotidiano. **Psicologia & Sociedade.** Edição Especial; 20, 70-77, 2008.

KOHL DE OLIVEIRA, Marta. O Problema da Afetividade em Vigotsky. In: TAILLE, Yves de La; KOHL DE OLIVEIRA, Marta; DANTAS. Heloysa. **Vigotsky, Piaget e Wallom: teorias psicogenéticas em discussão.** Editora: Summus, 1992.

MARCONI, Marina de A. & LAKATOS, Eva M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. **Psicología de la Liberación.** Madrid: Editorial Trotta, 1998.

_____. O Papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia.** Natal: 2 (1), p.7-27, 1996.

_____. **Acción y Ideología: psicología social desde Centroamérica.** (2ª ed.). San Salvador: UCA Editores, 1985.

MENDES, Adalberto. Correio da Semana. **Coluna Correio nos Bairros.** Sobral, 08 de dezembro de 2007.

MERHY, Emerson E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

_____. O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy>>. Acesso em Julho/2006.

- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9ª Edição Revista e Aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.
- _____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.
- MONTERO, Maritza. **Introducción a la Psicología Comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos**. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- _____. **Hacer para transformar: el metodo en la psicología comunitária**. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- _____. Vidas Paralelas: Psicología Comunitária en Latinoamérica y Estados Unidos. In: MONTERO (Coord.). **Psicología Social Comunitaria: teoria, método y experiencia**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2002.
- _____. La Participación: significado, alcances y límites. In: HERNANDEZ, Eneiza(coord.). **Participación: ámbitos, retos y perspectiva**. Caracas: Ediciones CESAP(Centro al Servicio de la Acción Popular), 1996.
- _____. Un Paradigma para la Psicología Social. Reflexiones desde el quehacer em América Latina. In: MONTERO (coord.). **Construcción y Crítica de la Psicología Social**. Barcelona: Editorial Anthropos; Caracas, Universidade Central de Venezuela, 1994.
- NASCIMENTO, Luiz M. J. do. Ler as Palavras, Ler o Mundo. Paulo Freire: a utopia do saber. Coleção Memória da Pedagogia. Nº4. **Revista Viver Mente & Cérebro**. São Paulo: Duetto Editorial, 2005.
- NEPOMUCENO, Bárbara B.. **Saúde Mental e Identidade: atrás de um transtorno, existe um dom, existe um talento**. 2006. 109f. Monografia (graduação em Psicologia) - Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.
- NEPOMUCENO, Léo B.. **Nordestinos e Nordestinados: elementos para uma reflexão psicossocial sobre subdesenvolvimento no Brasil**. 2003. 49f. Monografia (graduação em Psicologia)- Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.
- _____. **Contribuições da Psicologia para Intervenção Social na Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma caminhada**. 2007. 59f. Monografia (Especialização com caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral, 2007.
- NEPOMUCENO, Léo B. & CARVALHO, Ariane B. de. Educação Permanente e o paradigma da libertação: reflexões sobre a prática da Psicologia Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral-Ceará-Brasil. In: OROPEZA, Ignacio Dobles; BALODANO, Sara; ZUÑIGA, Vilma Leandro. (Orgs). **Psicología de la Liberación en el Contexto de la Globalización Neoliberal: acciones, reflexiones y desafios**. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2007.

- NEPOMUCENO *et al.* **Territorialização e Inserção nos Serviços de Saúde da Família: conhecendo a realidade de Terrenos Novos e Vila União.** Relatório de Trabalho da equipe IV. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (VI e VII Turmas). Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria de Saúde e Ação Social. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia / Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2008.
- NEPOMUCENO, Léo B, et al. Por Uma Psicologia Comunitária como Praxis de Libertação. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 4, pp. 446-464, out./dez. 2008B
- PRESTES, Lauro José de Albuquerque. **O espaço convencionado do bairro:** habitar, morar, a cidade Dr. José Euclides I e II em Sobral – CE. Sobral: UVA, 2005.
- PUSTAI, Oldaci J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, Bruce B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.** (2º Ed.) Artes médicas. 1996.
- QUIVY, Raymond.; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais.** Lisboa: Gradiva, 2003.
- RICHARDSON, Roberto J. et al.. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.
- SCHIMITCH, Maria D.; LIMA, Maria A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.
- SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral: Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social. **Relatório de Gestão.** 2007.
- SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral: Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU).** 2008.
- SOBRAL b. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social: **Sistema Municipal de Saúde.** 2008 (SLIDES).
- SOLON, Suzana Inês. **Subjetividade e Constituição do Sujeito em Vigotsky.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- SPINK, Mary Jane P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos.** Petrópolis: Vozes, 2003.
- _____. A Ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico**, Porto Alegre, v. V.31, n. 1, p. 7-22, 2000.
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STRALEN, Cornelis Johannes van. Gestão Participativa de Políticas Públicas: o caso dos Conselhos de Saúde. **Revista de Psicologia Política.** São Paulo, Vol.5, nº 10, (Jul-Dez), 2005.

- UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia M., Qualidade e Subjetividade na Avaliação de Programas e Serviços em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6): 1561-1569, nov-dez, 2002.
- UGALDE, Antonio. Las Dimensiones Ideológicas de la Participación Comunitaria en los Programas de Salud en Latinoamérica. In: MENÉNDEZ, Eduardo L.; SPINELLI, Hugo G.(orgs). **Participación Social ? para qué?** Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
- _____.Un Acercamiento Teórico a la Participación Comunitaria en Salud. In: MENÉNDEZ, Eduardo L.; SPINELLI, Hugo G.(orgs). **Participación Social ? para qué?** Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006b.
- VALLA, Victor Vincent. Sobre Participação Popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Sup.2): 7-18, 1998.
- VÁZQUEZ, Maria Luisa; Et al. Participação Social nos Serviços de Saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(2): 579-591, (mar-abr), 2003.
- VIEIRA, Emanuel M. **Atividade comunitária e conscientização: uma investigação a partir dos modos de participação social**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará. 2008.
- WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O Diálogo e a Participação em um Conselho de Saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6): 1621-1628, nov-dez, 2002.
- WESTPHAL, Marcia F.; SANTOS, Jair L. F. Práticas Emergentes de um novo paradigma em Saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**. Nº13 (35), p. 71-88. USP, São Paulo, 1999.

ANEXO I

TEMAS GERADORES PRÉ-DEFINIDOS A PARTIR DOS OBJETIVOS DA PESQUISA:

1 – O QUE É PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA?

2 – O QUE É A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

3 – QUE RELAÇÃO HÁ ENTRE ELAS?

4 – O QUE FAZER PARA FORTALECER ESSA RELAÇÃO?

ANEXO II

TEMAS GERADORES¹¹ E PERGUNTAS GERADORAS:

TEMA 1 – PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

- **O que é participação comunitária para vocês?**
- **Pra quê serve a participação comunitária? Qual sua importância?**
- **O que a participação comunitária tem a ver com a saúde dos moradores?**
- **Como está a participação comunitária em Terrenos Novos?**
- **Quais os espaços de participação comunitária em Terrenos Novos?**

TEMA 2 - O TRABALHO DE PSF

- **O que cada um entende sobre que é o trabalho de PSF?**
- **Qual é o papel do PSF na saúde de uma comunidade?**
- **Como vem sendo o trabalho do nosso PSF (em Terrenos Novos)?**

TEMA 3 - A RELAÇÃO ENTRE PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E O TRABALHO DE PSF

- **Pra vocês, qual a relação entre o trabalho do PSF e a participação comunitária?**
- **Para vocês, o PSF de Terrenos Novos tem promovido a participação comunitária? Como? Em que ações isso aconteceu ou vem acontecendo?**

¹¹ Estes temas geradores vieram a determinar os macro-temas da fase de Análise Temática.

APÊNDICE – QUADROS TEMÁTICOS

MACRO-TEMA	TEMAS	SUB-TEMAS	UNIDADES DE SENTIDO
1-Participação Comunitária	1.1- Concepções sobre participação comunitária	1.1.1- Usuários	“Participação é... na comunidade, pra mim é a gente poder né, tá à frente das nossas é... Não só da parte da área saúde, mas também das famílias... a gente tá nesse trabalho é... conhecendo um pouco né, as áreas, as famílias, tentando melhorar mais a nossa comunidade, eu acho assim. O meu conhecimento em comunidade é isso, é lutar para que a nossa comunidade venha melhorar mais né. A gente levando algumas ações, levando reivindicações para os nossos governantes né... os nossos... que podem assim, nos contribuir em termos de melhorar nossa comunidade”(usuário 1, cc1,p.3, f.17).
			“Se a gente realmente tem que vivido o termo comunidade, do que é comum. É que, a meu ver, só há participação comunitária se, de fato, a gente vivenciar o sentimento de estar numa comunidade. De viver o que é comum [...] E vinha dizendo que, a meu ver, a participação comunitária é o envolvimento e o comprometimento com o que é comum, né. Qual é os sonhos comuns dessa comunidade?” (usuário 3, cc1, p.3-4, f.20). “Então essa participação, ela parte disso, de uma opção pessoal, de uma dedicação pessoal” (usuário 3, cc1, p.4, f.20). “no meu entendimento, é esse compromisso, é essa dedicação, é essa luta” (usuário 3, cc1, p.5, f.20). “Então participação comunitária é missão, é compromisso, é projeto de vida” (usuário 3, cc1, p.5, f.20). “Então participação comunitária, no meu entendimento, é isso, né. É do envolvimento e da doação. E se isso não é alimentado, se isso não é cuidado né, as pessoas vão perdendo o desencantamento né, dessa participação. E vai “não, isso é desse jeito mesmo” e aí a gente vai cansando. E é esse o sentimento que eu tenho hoje né. Da minha participação comunitária, da minha contribuição” (usuário 3, cc1, p.4, f.20). “a participação comunitária não tem horário, não tem tempo, não é? Ela não determina tempo, a enchente não determina tempo, ela vem de madrugada e você tem que tá posto” (usuário 3, cc1, p.21, f.100).

			“O que eu entendo por participação comunitária, é essa questão da capacidade de você se preocupar com pessoas que não tem um vínculo familiar com você. A partir do momento que você pega, então, uma família e que tá necessitada, e eu boto aquilo na minha cabeça e fico angustiado, fico me preocupando, isso é... é assim, é você ter dentro de você esse dom, essa preocupação”(usuário 2, cc1, p.6, f.22). “Assim a participação comunitária, eu vejo assim, é você ter a capacidade de amar seja lá quem for. Acima de tudo, amar o que você faz. A partir do momento que em que eu reivindico alguma coisa e assim, ter a certeza de que a minha missão não acabou, né” (usuário 2, cc1, p.6, f.22). “Então, eu vejo assim, que participação comunitária é doação. É você acolher também, você ter essa preocupação” (usuário 2, cc1, p.6, f.22). “É... e assim, acho que todo mundo tem, dentro de si, esse espírito de participação e aí cabe-nos, assim, não deixar que isso morra” (usuário 2, cc1, p.7, f.24). “Tem algumas coisas que tem e desanimam a gente? Tem, mas assim, tem gente, que elas desistem muito fácil. No primeiro obstáculo, ela: ‘puxa’... e dali já desanima, mas todo mundo assim... eu vejo que muita gente, muitas pessoas tem esse espírito de cooperação, de participação, mas que diante das dificuldades que são muitas aí vai e desiste” (usuário 2, cc1, p.7, f.24).
		1.1.2 - Profissionais	“a participação comunitária é essa. É eu fazer com que as famílias elas se sintam responsáveis, que elas têm uma parcela de contribuição pra melhorar o quadro do nosso bairro” (profissional 1, cc1, p.5, f.21). “Então participação comunitária, pra mim, é essa. É você... O nome já diz tudo, é você participar na comunidade, mostrando o que ela tem de bom, não somente o que ela tem de ruim” (profissional 1, cc1, p.6, f.21).

			“a participação comunitária envolve o conhecer, ou seja, a comunidade precisa saber o que existe dentro do seu bairro é..., seja na saúde, na educação, na política, na religião e, diante desse conhecimento, se envolver, buscar se envolver, participar na melhoria, se é que precisa... melhorar, se é que algo não anda bem [...] a participação comunitária é de extrema importância na... na... pra que se vá se alcançar realmente um nível mais elevado, vamos dizer de... sei lá, de qualidade de vida né... ou o que queiram... o que queiram classificar como melhoria.” (profissional 3, cc1, p.7, f.29). “Eu entendo que a participação comunitária está envolvida em todos os segmentos de uma comunidade, sem a qual não haverá ascensão, não haverá melhorias se forem tratados individualmente, ou por determinados grupos, por determinados segmentos. Acho que é mais ou menos isso” (profissional 3, cc1, p.8, f.29).
	1.2- A participação comunitária em Terrenos Novos	1.2.1- Como está a participação comunitária em Terrenos Novos	“É que, a meu ver, só há participação comunitária se, de fato, a gente vivenciar o sentimento de estar numa comunidade. De viver o que é comum. Me parece que... esse... essa a vivência do que é comum a gente tem perdido. E perdido isso, nos últimos tempos, aqui nos Terrenos Novos, de viver comum” (usuário 3, cc1, p.3-4, f.20). “Qual é os sonhos comuns dessa comunidade? E a gente tinha sonho disto, né. Quando essa Unidade de Saúde, por exemplo, era uma creche, o sonho da gente era de ter um Posto de Saúde que não fosse só uma sala que fazia... que arrancava dentes, que funcionava na Escola Mocinha Rodrigues. Mas era o sonho de ter uma Unidade de Saúde[...]Aí eu tava dizendo, daqui a pouco essa... a Unidade de Saúde não basta pra nós, daqui a pouco, nos queremos é o Hospital regional e, daqui a pouco, o Hospital Regional não basta pra nós, né.” (usuário 3, cc1, p.4, f.20). “Mas é esse desejo da contribuição, do comprometimento, da luta, do não desencantamento. E isso pra nós era muito forte né. De num tá só na igreja, mas de tá na associação de moradores, de tá nas lutas. E me parece que isso dava pra gente o entendimento do envolvimento e da doação” (usuário 3, cc1, p.4, f.20). “Aí assim,... havia um sentimento que... Assim, a participação comunitária, ela era projetos... de vida. E projeto de vida e de comunidade. Então, isso pra nós era muito claro nas lideranças, né. E me parece que hoje há projetos pessoais e não mais projetos de comunidade. E, por isso, que se fragmentou essa história da participação

			comunitária” (usuário 3, cc1, p.4-5, f.20). “Então assim, você não vê isso, você não tem isto. E é assim, quando digo, existe essa participação hoje e existem os espaços de participação né, mas por outro lado, você vê um grupo de jovens, por exemplo, como JUEC que se reunia há 18 anos que... que morre, por exemplo, né. Quando você tem uma Associação de Moradores Benedito Tonho, que foi criado por uma luta né, um agricultor assassinado, que, hoje, está na situação que está, assim, de fragilidade, de decadência” (usuário 3, cc2, p.9, f.36). “Eu concordo é... com o usuário 3 quando ele coloca a questão do desânimo. Que muitas pessoas que estão desanimadas, estão desacreditadas porque... digamos que pessoas de fora vieram e plantaram essa... esse desânimo. Mas acho que quando a pessoa tem força de vontade, tem... que quer lutar, ela constrói” (profissional 1, cc1, p.5, f.21). “quando a comunidade quer participar, ela desempenha seu papel brilhantemente” (profissional 1, cc2, p.3, f.4). “relacionando com o que o usuário 3 falou, assim... eu cresci aqui vendo pessoas que assim, é... líderes comunitárias, né... acho que é esse o nome... que eu, quando criança, me ensinaram muito né. Assim, reivindicavam coisas pra gente, mas que extraíam alguma coisa de bom pra mim, de mim, se preocupavam” (usuário 2, cc1, p.6, f.22). “A gente que mora no bairro né. Nós que somos moradores. Moradores há muito tempo, a gente fica assim imaginando como era Terrenos Novos há um tempo, há muito tempo atrás e hoje. E a gente vê que tinha uma participação muito grande de todo mundo. Que mesmo que seja tipo tem um mercantil, tem um frigorífico, tem um salão sabe? Todo mundo, cada um com as suas qualidades, eles foram fazendo com que a comunidade se beneficiasse, né. Com isso tudo” (profissional 2, cc1, p.6, f.23). <u>Usuário 3:</u> Por exemplo a gente vê... se você pega os Terrenos Novos, da rua Moacir Sombreira à Raimundo.. <u>Profissional 1:</u> Da José Pierre à Raimundo Alves... <u>Usuário 3:</u> Da José Pierre à Raimundo Alves você tem grupos, você tem comunidade, você tem referencias de participação, se você pega
--	--	--	---

			da rua do... após os Terrenos Novos... <u>Profissional 1</u>: Rua Padre Osvaldo Chaves. <u>Usuário 3</u>: Padre Osvaldo Chaves seguindo ao Gato Morto você não tem experiência de grupo nenhuma. E é aonde hoje se tem foco de... de... de envolvimento de droga, de pobreza, desorganização que se tinha aonde era aqui nos Terrenos Novos. Então assim, você não vê isso, você tem não isto”(diálogo, cc2, p.8-9, f. 32-36). <u>Profissional 1</u>: Aqui tem muita participação comunitária, mas também fica meio que assim, é cada qual <u>Profissional 3</u>: Isolado (<i>fala paralela</i>). <u>Profissional 1</u>: Isolado né, “eu tenho a minha participação aqui, a usuário 1 tem a dela e fulano tem a dele e aí”, mas existe participação né. <u>Pesquisador</u>: Hum rum... <u>Profissional 1</u>: Mas cada qual no seu lugar, no seu grupo contribuindo da forma que acha correto, né” (diálogo, cc2,p.6, f.15-19).
		1.2.2- O desencantamento com a participação comunitária em Terrenos Novos	“Me parece que... esse... essa a vivência do que é comum a gente tem perdido. E perdido isso, nos últimos tempos, aqui nos Terrenos Novos, de viver comum” (usuário 3, cc1, p.4, f.20). “precisa viver ou ver o momento que essa comunidade tá vivendo né. E pra mim, é um motivo até de tristeza né. Antes de entrar aqui na sala, a gente tava conversando ali com a usuária 1, né e eu acho que a comunidade dos Terrenos Novos está passando por um processo de desencantamento e de não participação né. E que isso não faz parte dessa comunidade. Isso não era daqui, isso não é daqui”(usuário 3, cc2, p.4, f.7). “E acho que essa esse desencantamento e a não efervescência da vida dessa comunidade não é só uma responsabilidade do PSF, é também, mas não é só daqui. Mas é da igreja, é da escola, é das associações de moradores, é do grupo, é da chegada de uma paróquia que, no meu entendimento, vinha pra fortalecer e que não consegue fazer isso, num é? Da presença de uma reverência eclesialística que vinha pra fortalecer e não consegue fazer isso. Então acho que a primeira coisa é esse processo de desencantamento e da perda. Por exemplo, nos Terrenos Novos você tem grande dificuldade, hoje, de ver quem são as novas lideranças que tão surgindo. Que lideranças são essas? Que espaços são esses?” (usuário 3, cc2, p.4, f.7). “Aí assim,... havia um sentimento que...

			Assim, a participação comunitária, ela era projetos... de vida. E projeto de vida e de comunidade. Então, isso pra nós era muito claro nas lideranças, né. E me parece que hoje há projetos pessoais e não mais projetos de comunidade. E, por isso, que se fragmentou essa história da participação comunitária” (usuário 3, cc1, p.4-5, f.20). “E é assim, quando digo, existe essa participação hoje e existem os espaços de participação né, mas por outro lado, você vê um grupo de jovens, por exemplo, como JUEC que se reunia há 18 anos que... que morre, por exemplo né. Quando você tem uma Associação de Moradores Benedito Tonho, que foi criado por uma luta né, um agricultor assassinado, que, hoje, está na situação que está, assim, de fragilidade, de decadência” (usuário 3, cc2, p.9, f.36) “Até tem um medico aqui que... né, que é formado em Cuba que... ou não ta mais, não sei, que é o... Josi... Josiano... que tem uma... uma experiência de vida comunitária formidável e como o cenário da comunidade é outro ele não consegue até de demonstrar a condição que ele tem do envolvimento com a comunidade né” (usuário 3, cc2, p.4, f.7). “Assim, é um momento né, assim, existe essa participação, esses espaços, mas ta a serviço que de quem? Que projeto de comunidade esses espaços discute? Eu acho que é a ausência dessas discussões, nesses espaços, que tem essa participação comunitária que permite a esse momento de... de... de descrença, de falta de esperança, na organização dessa comunidade” (usuário 3, cc2, p.9, f.36). “as lideranças estão se desencantando, que as lideranças estão se dividindo, que o cenário da participação comunitária, fora da Unidade de Saúde, profissional 1 e usuária 1 sabem do que eu to dizendo isso, é outro. Que as pessoas estão se esvaindo, as pessoas tão saindo desses espaços, as pessoas que tinham um sonho de comunidade, de luta, de reivindicação, então acho que, como é que discute isso. E discutir isso acho, ter disposição pra discutir isso, no meu entendimento assim, nós queremos que essa comunidade volte a se organizar, volte a acreditar em si”(usuário 3, cc2, p.13, f. 68). “Eu concordo é... com o Usuário 3 quando ele coloca a questão do desânimo. Que muitas pessoas que estão desanimadas, estão desacreditadas porque... digamos que pessoas de fora vieram e plantaram essa... esse desânimo. Mas acho que quando a pessoa tem força de vontade, tem... que quer lutar, ela constrói” (profissional 1, cc1, p.5, f.21).
--	--	--	--

			“Tem algumas coisas que tem e desanimam a gente? Tem, mas assim, tem gente, que elas desistem muito fácil. No primeiro obstáculo, ela: ‘puxa’... e dali já desanima, mas todo mundo assim... eu vejo que muita gente, muitas pessoas tem esse espírito de cooperação, de participação, mas que diante das dificuldades que são muitas aí vai e desiste” (usuário 2, cc1, p.7, f.24). <u>Usuário 3:</u> Eu caminharia num entendimento que o profissional 1 tem, né. Hoje tem grupos, a pastoral da criança, luz divina né, catequese, a igreja, as igrejas evangélicas, os desbravadores da igreja adventista do sétimo dia, o vida, o pró-jovem, o PELC, (<i>risos</i>) o ABC tal, o coração de Jesus e tal, as associação de moradores com um pé na cova e outro no caixão, (<i>risos</i>), mas é... acho que é uma participação é a.... num é acomodada...é uma participação.... (<i>cochichos</i>) meio que né... eu chamaria uma participação meio que sem encantamento né... <u>Pesquisador:</u> Hum rum. O que que é esse..? <u>Usuário 3:</u> Sem essa vontade do projeto, da luta, da conquista, da reivindicação, da organização, da força, de unir energia do que que a gente quer né, qual é o? Essa minha participação está a serviço de quem? De que? Qual é a bandeira de luta?” (diálogo, cc2,p.8, f.30-32).
	1.2.3- Espaços de participação comunitária		<u>“Pesquisador:</u> Então eu vou perguntar pra vocês. É... Quais são os espaços em que há participação comunitária em Terrenos Novos? Onde é que a gente consegue identificar? <i>Silêncio</i> <u>Usuário 3:</u> No multirão da dengue. <u>Pesquisador:</u> E aí quando eu falo em participação, é participação comunitária. <u>Usuário 3:</u> Como um todo né.. <u>Pesquisador:</u> Não necessariamente na saúde. E aí dentro das concepções que a gente discutiu né... no grupo passado. <u>Profissional 3:</u> O Conselho Local né, que tá sendo né agora reativado.. <u>Profissional 1:</u> Na parte cultural né, a questão de teatro, dança... no âmbito religioso, a questão da dos grupos existentes” (diálogo, cc2, p.6, f.9-15). “<u>Usuário 2:</u> Eu acho também assim, com esses projetos né, assim, eu vejo assim que tem uma aceitação muito grande, né a questão do “Vida”, “Projeto Vida que te Quero Viva”, ta sendo muito bem aceito pela

			comunidade dos Terrenos Novos, do Vila União também né, o Pró-Jovem, o Segundo Tempo... <u>Profissional 1:</u> Juventude Cidadã... <u>Usuário 2:</u> Juventude Cidadã, o PELC” (diálogo, cc2, p.6-7, f.20-22). “Nós também temos a parceria da Pastoral da Criança né, com o PSF” (usuária 1, cc2, p.7, f.27). “Hoje tem grupos, a pastoral da criança, luz divina né, catequese, a igreja, as igrejas evangélicas, os desbravadores da igreja adventista do sétimo dia, o vida, o pró-jovem, o PELC, (<i>risos</i>) o ABC tal, o coração de Jesus e tal, as associação de moradores” (usuário 3, cc2,p.8, f.30). “Batom com arte, por exemplo, aí sim me parece uma coisa mais consistente da participação comunitária” (usuário 3, cc2, p.13, f.61). <u>Profissional 2:</u> Essa feira que aconteceu agora... foi um evento maravilhoso, espetáculo. A gente viu que cada um no seu jeitinho participou... <u>Usuário 2:</u> Cada um contribuiu como pôde né”(diálogo, cc1, p.7, f.25-26).
		1.2.4- Algumas experiências com a participação comunitária	“Vou falar aqui um pouco sobre da experiência com relação à Feira (<i>I Feira de Negócios e Artes de Terrenos Novos</i>), que foi um projeto que eu me doe bastante e quando via tudo pronto eu me sentia feliz e realizado. Não algo pessoal, né, que a gente sabe que tem algumas pessoas que tem suas pretensões pessoais. Mas eu me senti realizado porque eu estava contribuindo para alguns dos moradores do bairro mostrassem seus talentos, as coisas boas que eles têm. A questão do artesanato, a questão da alimentação, né, e aí participação comunitária é essa. É tanto que uma pessoa chegou pra mim e me perguntou se eu estava recebendo dinheiro em troca daquilo e eu disse “não, não estou recebendo nenhum dinheiro, o que eu estou recebendo é a satisfação de ter contribuído pra que esse momento acontecesse e, também, ver na cara das pessoas esse... esta satisfação”... , que o acontecia era isso, todos estavam satisfeitos com o momento que estavam vivendo, né, e elas se sentiam até fortalecidas porque estavam meio desanimados quando começaram e, quando viram o negócio

			acontecendo, elas acreditaram”(profissional 1, cc1, p.5-6, f.21). “eu cresci aqui vendo pessoas que assim, é... líderes comunitárias, né... acho que é esse o nome... que eu, quando criança, me ensinaram muito né. Assim, reivindicavam coisas pra gente, mas que extraíam alguma coisa de bom pra mim, de mim, se preocupavam [...] E assim, eu considero mestre aquelas pessoas que me ensinaram através de exemplos, né. E aí tem um monte de pessoas aqui que... O usuário 3 é um que cresci no projeto com ele, tem Dolores, tem “L” que também assim, eu vejo que é exemplo de participação comunitária, apesar de não ser da comunidade, ajudar. Aquele período de residente né, “L”? Foi um momento assim que foi realmente agradável a questão de se preocupar com problemas, buscar achar solução e tendo a certeza de que não ia ser bem resolvido, mas que com ajuda dele, de moradores mesmo seria amenizado.” (usuário 2, cc1, p.6, f.22). “Eu vejo hoje, há dez anos eu vivo nessa comunidade a gente vive lutando né, pra que venha melhorar a saúde da família, a formação das famílias, a formação dos jovens, né. Tudo isso cabe a nós, liderança de comunidade, lutar por esses... esses movimentos, né... pra que venha acontecer tudo isso ao nosso redor. Mais e mais obras mesmo venham pra que a gente possa... pra trabalhar a juventude, trabalhar as famílias, trabalhar os jovens. Isso eu acho muito importante, tá nisso, nessa missão de comunidade” (usuário 1, cc1, p.3, f.17). “eu acho assim a importância dessa comunicação que eu tenho com as pessoas, mas eu acho que é cabe, cada pessoa, se dedicar em busca dessa aliança de comunidade [...] E aonde eu to hoje, assim, em termos de... tá aí o Marcos que não me deixa mentir, tanto faz ser na área da saúde, como na parte religiosa, eu tenho essa gratidão de ter buscado em mim mesmo, às vezes lá em casa digo “ninguém me valoriza”, mas eu sou tão valorizada lá fora” (usuário 1, cc2, p.16, f.81). “E quando eu chego né, na Cáritas, na área da Diocese, tá aí o usuário 3 que não me deixa mentir, na Prefeitura, eu tenho acesso a qualquer canto, entro lá na Prefeitura, falo com a primeira dama, falo com o prefeito né. E eles até gostam do meu jeito de falar, porque é em prol da minha comunidade que eu vou buscando essa aliança, essa comunicação esse... essa maneira de eu falar
--	--	--	---

		e crescer né dentro da minha própria comunidade, né e levar pra essas pessoas, assim, é... eu não me acho dessas pessoas capazes eu tiro do grupo de jovens, que são pré-universitários, conversando comigo diz ó: usuário 1 tu é uma pessoa excelente, tu já tem todas as técnicas que nós precisamos que você ta falando aqui pra nós que nós não temos esse conhecimento e tá em busca agora né. Jovens que são pré-universitários faz parte do projeto lá fora. Né, quer dizer que eles me valorizam, vão em busca de conhecimento de boas novas e... algo que eles ainda tem muito que aprender comigo como liderança, como pessoas que faz parte de uma comunidade e eu acho assim, a riqueza dessa... desse crescimento assim de comunicação né” (usuário 1, cc2, p.16, f.81). “Deu chegar às famílias e o pouco que eu sei repassar pra elas, não quero saber se eu to falando errado ou não ou se eu to falando bem, ou se eu to falando bonito ou feio. Né, nessas reuniões grande, o usuário 3 vê que eu participo e falo, da forma que eu sei falar, e as pessoas me compreendem né e me valoriza porque eu to levando algo de especial assim, da minha comunidade, pra aquelas pessoas, conhecimento. Porque ninguém é mais do que eu conhece as condições financeiras ou aquele momento de pobreza, de miséria, de fome, de desnutrição. Eu to no dia-dia na minha comunidade, eu to buscando esse conhecimento nas famílias pra mim relatar, nessas reuniões, que eu faço parte. Eu acho bonito esse termo de comunicação que eu aprendi né, fico assim também triste pela nossas comunicações que a nós temos na nossa área, nossa comunidade, que é a nossa Rádio Comunitária aí é um grande apoio na nossa comunidade também né de crescer com os projetos, trabalhos”(usuária 1, cc2, p.16, f.81) “Eu vinha dizendo isso há alguns dias, que: ‘eu já dei a minha parte, já fiz a minha parte’. E depois fui refletir se é... se é esse o discurso que eu quero reafirmar, que a minha contribuição terminou. Então assim, ‘quem teve de fazer já fez, então, se tiver alguma coisa construída, que tenha. Se não tiver, que se conforme com o que tem’. E eu acho que não é isso. Não dá pra ser assim né? Não dá pra dizer que o Posto de Saúde precisa acolher bem se eu não fizer minha contribuição com ele, se eu não vir aqui ajudar com ele, que a gente precisa contribuir com ele”(usuário 3, cc1,p.4,f.20). “essa semana eu descobri de 18 famílias do Boqueirão <i>(uma outra comunidade de</i>
--	--	---

			<i>Sobral</i>), que tão sendo colocadas pra fora. Que moram lá há 51 anos. Os roçados dessas famílias foram destruídos todos. Então as famílias estavam amedrontadas. E uma senhora, ontem, disse assim “quando a mulher chegou, disse assim ‘olha eu sou pobre, eu não sou nada, deixa eu só colher o meu feijão’, e aí a mulher disse assim ‘não tenho tempo pra esperar’”. Então assim, me parece que isso indigna a gente e diz assim ó: “tua missão não terminou”(usuário 3, cc1, p.5, f.20).
--	--	--	---

MACRO-TEMA	TEMAS	SUB-TEMAS	UNIDADES DE SENTIDO
TRABALHO DE PSF	1.1 -Concepções de Trabalho de PSF	1.1.1- O que se entende por	“Eu acho assim, que... é... trabalho com o que, é... geralmente, trabalha toda a família, porque assim.... É muito comum a gente vê assim... trabalhos voltados para criança e adolescente, aí mais pra frente tem o trabalho que o jovens e não sei o que. E ai é mais trabalhos, de... de... são atividades, como trabalhos que pegam o foco na família. Porque assim, se você parar pra pensar, o idoso tá dentro de uma família, o adolescente dentro né... então assim, porque que trabalhar uma política separada?” (usuário 2, cc1,p.11,f.43 <u>Usuário 2:</u> Eu acho assim, que... é... trabalho com o que, é... geralmente, trabalha toda a família, porque assim.... É muito comum a gente vê assim... trabalhos voltados para criança e adolescente, aí mais pra frente tem o trabalho que o jovens e não sei o que. E ai é mais trabalhos, de... de... são atividades, como trabalhos que pegam o foco na família. Porque assim, se você parar pra pensar, o idoso tá dentro de uma família, o adolescente dentro né... então assim, porque que trabalhar uma política separada? <u>Usuário 3:</u> Porque o adolescente tá dentro de uma família, mas não tem uma política de saúde para o adolescente. <u>Usuário 2:</u> É... <u>Usuário 3:</u> Então mesmo sendo um programa de saúde ou posto de saúde da família ou programa de saúde da família. <u>Usuário 2:</u> É... Então é uma coisa que, é... até diverge né... mas assim, eu vejo que é esse trabalho voltado, focalizado na família. <u>Profissional 2:</u> Na época em que Dr. Odorico implantou o Saúde da Família aqui, ele implantou com esse intuito, em querer abranger a família. <u>Usuário 2:</u> A família... Porque eu acho... eu acho assim, que é muito mais fácil trabalhar a questão da família do que você trabalhar com políticas separadas. Não sei se vocês concordam, mas assim são coisas assim que vai criando subgrupos que não é legal. Como é que você vai pegar e

		separando dessa forma?” (diálogo, cc1,p.11-12, f.43-49) “Eu acredito que PSF, no meu modo de pensar, é como tipo, é como um hospital né” (usuário 1, cc1, p.12, f.50). “eu entendia assim, que o PSF pra mim fosse ser um hospital, um mini hospital para que pudesse acolher as famílias no momento em que precisasse, em termos da febre alta, de uma cirurgia ali bem rápida, de uma consulta com o clínico geral. No meu modo de pensar é que nesse Posto fosse acontecer esse tipo de trabalho, né[...] eu vejo hoje que isso aqui é como um mini hospital onde a gente poderia acolher né, enfermeiro, médico, clínico geral, pediatra[...]Eu esperava que fosse isso assim dentro desse crescimento de trabalho né... Que fosse um mini hospital para acolher as famílias na hora que precisasse dia e noite, 24 horas né... é... Era esse o meu sonho né. O que eu esperasse, que eu esperava desse PSF.... no meu modo de pensar era isso, PSF é um mini hospital trabalhando dia e noite na nossa comunidade. Porque criança sente febre alta a noite, idoso passa mal a noite, chegam pessoas com furadas a noite e isso a gente tem que ver também o nosso lado, como PSF não só como posto de saúde” (usuário 1, cc1, p.12-13, f.50). “Eu acho que, o trabalho do PSF, né? É... Primeiro quando ele surge, pra nós da comunidade, eu né assim? A gente nem entende o que é “Programa”, a gente entende que é um Posto de Saúde, por que o Programa” tá entendido para os técnicos, mas não é pra nós” (usuário 1, cc1, p.13, f.51). “Mas acho que o próprio Programa Saúde da Família, pra nós da comunidade, pra mim, a gente foi entender agora depois da participação... mas, pra nós, isso não existia, nós queríamos um Centro de Saúde, um lugar que a gente viesse se consultar, porque, pra nós, o entendimento era esse. O remédio tava aqui, a gente vinha aqui e ficava bom, mas muitas vezes o remédio tá em casa, porque a gente não cuida a dengue. Não é assim?” (usuário 1, cc1, p.13, f.51). “Mas acho que o Programa Saúde da Família, no meu entendimento, desse trabalho é a importância da territorialização, do lugar, da base territorial, aonde ele responde. Né? Que comunidade é essa? Porque a cultura dos Terrenos Novos é diferente da Vila União, imaginemos nós. E é né [...] é essa história da base territorial parece muito do trabalho, né... de conhecer esse lugar e o que é que pertence a esse lugar e o que que perpassa na saúde desse lugar. E acho que, nessa história do trabalho do PSF, a Unidade de Saúde ela não é centro, ela não é fim, ela é meio, ela é um dos instrumentos do Programa Saúde da Família. Né? Ela não é fim.
--	--	---

			Como e, e...um desses... o Centro de Saúde da Família sendo um desses instrumentos, o Conselho local de saúde é outro instrumento do Programa Saúde da Família” (usuário 1, cc1, p.13-14, f.51). “o que é que cabe ao Programa Saúde da Família assim, dos programas, dos eixos, das políticas. É isso que o Usuário 2 tava colocando. Tá muito claro que do atendimento prioritário, que é pra criança, que é pra idoso e que é pra gestante, por exemplo, mas e... o clamor dos jovens? Por exemplo, a Claudete (<i>Agente Comunitária de Saúde</i>) tava me dizendo: ‘Usuário 3 cresce o número de meninas que estão se envolvendo com drogas nos Terrenos Novos’, conseqüentemente, estão se envolvendo com uma vida ativa sexual e conseqüentemente, logo logo nós vamos ter meninas grávidas. E essas são meninas que não vem à Unidade de Saúde e os meninos não vem à Unidade de Saúde porque tem vergonha de pegar uma camisinha. Né? Então como é isso? Como é que tá na cabeça da gente? Então esse trabalho do PSF precisa ter esse olhar. Esse olhar do... da promoção, do envolvimento, do chamar pra responsabilidade. Sim, o problema da saúde é também da comunidade e vocês qual é a contribuição né? E é da igreja, é das organizações, é das pessoas... acho que é isso” (usuário 1, cc1, p.14, f.51). “Programa de Saúde da Família né. É um programa, vamos dizer, criado pelo governo pra tentar [...] tentar organizar, modificar a forma que a população, vamos dizer, é... vamos dizer não só era atendida, mas a forma como a população cuidava da sua saúde e os profissionais cuidavam da saúde das pessoas. O Programa Saúde da Família trabalha em cima da promoção e da prevenção das doenças, promoção da saúde e prevenção de doenças. Ele não é um programa que veio para curar, vamos dizer, somente, que é o que acontecia antigamente, a pessoa adoecia ia lá, tomava o remédio e ia pra casa” (profissional 3, cc1, p.15, f.57). “Ele, Programa de Saúde da Família, é a porta de entrada para os demais níveis. Há quem realmente precise de uma cirurgia, certo, e o Programa Saúde da Família não vai fazer a cirurgia, tem que ser o Hospital, mas a porta de entrada é o Programa Saúde da Família. O paciente entra pelo Programa de Saúde da Família e chega até a sua cirurgia. Se for o contrário, vamos dar um exemplo, paciente chegar ao terceiro nível, lá onde se faz cirurgia, querendo tratar da sua pneumonia, ele é tratado da sua pneumonia, mas a saúde da família não vai ser vista, vai ser visto meramente o pulmão do paciente e que remédio ele precisa tomar pra tratar daquela pneumonia. Lá o profissional, vamos dizer, que não estar trabalhando no Programa Saúde da Família tem essa preocupação: tratar a
--	--	--	---

		doença do paciente” (profissional 3, cc1, p.15-16, f.57). “O Programa Saúde da Família vai cuidar do recém nascido até o idoso, algumas pessoas perguntaram aqui, todas as pessoas, da criança recém nascido que chegou do hospital até a hora a morte é tratada no Programa Saúde da Família. Tudo, todos tem espaço, têm direito, têm acesso ao Programa Saúde da família. Com esse acréscimo, a pessoa que vem aqui pra tratar da sua pneumonia, ela não vai receber só o remédio pra tratar sua pneumonia, vai ser visto todo o contexto. Quem vai dar o remédio? Tem a mãe que vai dar? Quem cuida da criança? O que é que tem dentro de casa que tá prejudicando, que tá fazendo a criança ter a pneumonia? Essa é a preocupação do Saúde da Família diferente dos outros níveis” (profissional 3, cc1, p.16, f.57). “Então a nossa preocupação é com a promoção da saúde e com a prevenção né, de doenças. A gente não quer trabalhar com a cura, vamos dizer assim, especificamente já é trabalhado porque existem problemas de saúde que precisam exatamente disso. Mas o nosso foco é exatamente essas outras coisas” (profissional 3, cc1, p.16, f.57).
	1.1.2- PSF integral ou focalista?	“<u>Usuário 2</u>: Eu acho assim, que... é... trabalho com o que, é... geralmente, trabalha toda a família, porque assim.... É muito comum a gente vê assim... trabalhos voltados para criança e adolescente, aí mais pra frente tem o trabalho que o jovens e não sei o que. E aí é mais trabalhos, de... de... são atividades, como trabalhos que pegam o foco na família. Porque assim, se você parar pra pensar, o idoso tá dentro de uma família, o adolescente dentro né... então assim, porque que trabalhar uma política separada? <u>Usuário 3</u>: Porque o adolescente tá dentro de uma família, mas não tem uma política de saúde para o adolescente. <u>Usuário 2</u>: É... <u>Usuário 3</u>: Então mesmo sendo um programa de saúde ou posto de saúde da família ou programa de saúde da família. <u>Usuário 2</u>: É... Então é uma coisa que, é... até diverge né... mas assim, eu vejo que é esse trabalho voltado, focalizado na família. <u>Profissional 2</u>: Na época em que Dr. Odorico implantou o Saúde da Família aqui, ele implantou com esse intuito, em querer abranger a família. <u>Usuário 2</u>: A família... Porque eu acho... eu acho assim, que é muito mais fácil trabalhar a questão da família do que você trabalhar com políticas separadas. Não sei se vocês concordam, mas assim são coisas assim que vai criando subgrupos que não é legal. Como é que você vai pegar e separando dessa forma?” (diálogo, cc1,p.11-12, f.43-49) “O Programa Saúde da Família vai cuidar do

		recém nascido até o idoso, algumas pessoas perguntaram aqui, todas as pessoas, da criança recém nascido que chegou do hospital até a hora a morte é tratada no Programa Saúde da Família. Tudo, todos tem espaço, têm direito, têm acesso ao Programa Saúde da família. Com esse acréscimo, a pessoa que vem aqui pra tratar da sua pneumonia, ela não vai receber só o remédio pra tratar sua pneumonia, vai ser visto todo o contexto. Quem vai dar o remédio? Tem a mãe que vai dar? Quem cuida da criança? O que é que tem dentro de casa que tá prejudicando, que tá fazendo a criança ter a pneumonia? Essa é a preocupação do Saúde da Família diferente dos outros níveis” (profissional 3, cc1, p.16, f.57) “o que é que cabe ao Programa Saúde da Família assim, dos programas, dos eixos, das políticas. É isso que o Usuário 2 tava colocando. Tá muito claro que do atendimento prioritário, que é pra criança, que é pra idoso e que é pra gestante, por exemplo, mas e... o clamor dos jovens?” (usuário 1, cc1, p.14, f.51).
1.2 -Concepções sobre saúde e sobre cuidado em saúde dos usuários		“Eu acredito que PSF, no meu modo de pensar, é como tipo, é como um hospital né” (usuário 1, cc1, p.12, f.50). “Eu acho que, o trabalho do PSF, né? É... Primeiro quando ele surge, pra nós da comunidade, eu né assim? A gente nem entende o que é “Programa”, a gente entende que é um Posto de Saúde, por que o Programa” tá entendido para os técnicos, mas não é pra nós” (usuário 1, cc1, p.13, f.51). “Mas acho que o próprio Programa Saúde da Família, pra nós da comunidade, pra mim, a gente foi entender agora depois da participação... mas, pra nós, isso não existia, nós queríamos um Centro de Saúde, um lugar que a gente viesse se consultar, porque, pra nós, o entendimento era esse. O remédio tava aqui, a gente vinha aqui e ficava bom, mas muitas vezes o remédio tá em casa, porque a gente não cuida a dengue. Não é assim?” (usuário 1, cc1, p.13, f.51). “eu acho que, muita das vezes, a comunidade acha que saúde é só o médico ta detrás do birô consultando e ela receber o remédio e ir pra casa, pronto. Tomou o remédio ou direito não, aí se ela não tomou direito, o remédio não serviu, ela vem de novo pra cá. Muita das vezes, o povo ainda tem essa mentalidade de que saúde só é se o medico tiver atrás do birô. Mesmo nesses 11 anos de PSF, dessa mudança que melhorou bastante, mas ainda tem pessoas que tem essa mentalidade”(profissional 1, cc2, p.3, f.4).

			“Às vezes, a comunidade não conhece o trabalho de Programa de Saúde da Família” (profissional 3, cc1, p.21, f.97). “Parece que a população tem um entendimento de, exatamente, de saúde como o Profissional 1 colocou né, do médico, do remédio e... é mais ou menos por aí” (profissional 3, cc2, p.3, f.5). “Como o Profissional 1 colocou na outra questão, o paciente gosta de vir pra ser consultado na frente do médico e receber o remédio, ele não gosta de vir pra discutir saúde, pra discutir como ele pode ajudar né, na questão da dengue, dar um exemplo aqui, que eles no geral eles não se sentem atraídos por esse tipo de participação comunitária, vamos dizer assim, e que essa demanda que eu disse que às vezes nos sufoca e nos tira tempo é perfeitamente visível. Se eu disser, hoje de manhã, que ‘eu não vou atender as 25 pessoas porque eu vou fazer participação comunitária’, eles não vão gostar, eles não vão querer” (profissional 3, cc2, p.11, f.52). “<u>Usuário 3</u>: É, do , da... de sentir. Por exemplo, fiquei morto de feliz de ver o Josiano, Josiano né? Comprometido, de luta, de uma sensibilidade social né formidável, assim. E a comunidade não sabe, os Terrenos Novos não sabe, né, assim, que tem um médico para além da consulta e da receita. Né assim, então me...me...me falta isto. Me.. Tem essas coisas... <u>Pesquisador</u>: Vou fazer outra intervenção. <u>Usuário 3</u>: Tá. <u>Pesquisador</u>: A comunidade, você acha que quer, o Josiano, por exemplo, como médico ou como outro profissional? Fazer essa pergunta para o grupo. A comunidade quer esse outro profissional... <u>Usuário 2</u>: Dr.Josiano só para atender a demanda... <i>(ajudando a esclarecer a pergunta)</i> <u>Pesquisador</u>: ou quer ele pra consulta e atendimento médico e remédio? <u>Profissional 2</u>: Eu acho que a comunidade quer os dois... Além de médico ele tem que ser amigo da comunidade... <u>Usuário 1</u>: Tem. <u>Usuário 3</u>:É. <u>Usuário 2</u>: É. <u>Profissional 2</u>: Ele tem que... aquela coisa de... de...de fazer o que a Dilma fazia, a Janine, a Maraci. É de chegar e dizer: eu tô aqui, você pode contar pro que for, pra toda obra. <u>Usuário 3</u>: Eliamara né. <i>(fala paralela à de Profissional 2)</i>. <u>Usuário 2</u>: Teve uma coisa que você falou Usuário 3 que me chamou muito a atenção, quando ele disse assim que: ele médico, mas não coloca o saber dele acima de tudo”(diálogo, cc1, p.19, f.75-85).
	1.3 - O trabalho de	1.3.1 - Os profissionais	“E quantos já passaram, já passaram vários médicos, vários profissionais na nossa comunidade

	PSF em Terrenos Novos	e chegavam lá fora, até encontrando com eles, e a gente sentia falta porque eram bons profissionais, mas a gente vê que muita das vezes eles não são. Eu acho que não trabalham com carinho, assim por ser uma comunidade carente” (usuário 1, cc1, p.8, f.30). “Me preocupo com os enfermeiros que estão aqui que, muitas das vezes, são apedrejados lá fora, as pessoas criticam eu tenho que ta lá defendendo”(usuário 1,cc1, p.9, f.32). “E a gente fica é, como liderança de comunidade, a gente fica agradecida de ter essas pessoas conosco lutando em prol da nossa comunidade, ajudando a nossas famílias, nesse projeto de trabalhar família que é muito importante na nossa comunidade. As pessoas que se doam mesmo, de coração. Que a gente num tem que visar só o dinheiro, mas também... se doar mesmo, mais na frente, vai ganhar bons frutos, é isso que a gente tem que dizer, pros bons profissionais, que não só visam o dinheiro, mas também aquele trabalho de coração, porque se tu trabalha de coração, mais na frente, tu vai colher coisas melhores” (usuário 1,cc1, p.9, f.32). “teve um... um... uma ação dos médicos nessas equipe passada, né que... numa enchente a gente arregaçou as mangas e fomos lá, todo mundo reunido né... socorrer as famílias que estavam né, com aquela dificuldade na água e nós da equipe daqui do posto toda se mobilizou” (usuário 1.cc1, p.20, f.91). “Eu vejo assim tem alguns Agentes de Saúde aqui que são nota 10, né?[...] por exemplo... uma Agente de Saúde que vai na minha casa, ela vai visitar a minha mãe que tem problema de pressão, mas ela visa não só... ela chega e fala com a minha mãe, mas também integra toda a família numa coisa que eu, que não tô nem doente, ele tem essa preocupação né. Até a questão da doação de... que a gente falou de... da participação comunitária, ela tem essa preocupação, ela tem esse envolvimento, é a questão assim, de colocar a família num patamar que a gente diz assim “poxa, o trabalho é tão bem feito” e até essa semana a gente tava até comentando, com ela lá, porque assim, esse trabalho que ela faz, é um trabalho que ela podia chegar e tratar só quem ta doente, né. Chegava lá e pronto, “você tá doente, então vamo lá”, aí faz os encaminhamentos que têm que ser feitos, mas não, ela tem essa preocupação, ela tem disponibilidade, já encarnou nela, eu uso essa palavra, de colocar a família no ... no referencial. E aí ela pergunta... tem adolescente lá e aí tem eu e o meu pai que já né...assim ela tem é... essa relação. E isso é, tem ela e eu vejo outros, tem o Profissional 1, que constrói uma outra assim né... e tem muitas pessoas por aqui também com esse ar...e tem pessoas que falam, pessoas que né comentaram... porque são
--	-----------------------	---

		peessoas que a gente tira o chapéu né... que é um trabalho bem feito”(usuário 2, cc1, p.17, f.63). “por exemplo, você tem um quadro de Agente Comunitário de Saúde, como Profissional 1 disse, aí tem o perfil que é excelente. Mas você tem um quadro de Agente Comunitário de Saúde que você tem um perfil que... não ajuda. Até pra... Ele não consegue compreender nem a função dele como Agente Comunitário de Saúde. Né, entende? É o perfil né?” (usuário 3, cc1, p.18, f.67-68). “a impressão que eu tenho assim, você tem um perfil de profissionais muito comprometidos assim e não é porque o Profissional 1 ta aqui, mas assim quando eu vejo o Profissional 1, o Roberto, a Claudia, assim... to dizendo né... dando nome assim, é um perfil de Agente de Saúde Comunitário comprometido, Janis, por exemplo, que doa vida a isso aqui. Pra mim, a Janis é a referencia né assim, é a Agente de Saúde que podia ta num outro canto, mas assim, quis ficar aqui, quis fazer de projeto de vida. Porém, eu tenho a impressão de que assim, outros né, aí assim, enfermeiros, técnicos, médicos eu tenho a impressão de que não é daqui. Não ta nesse lugar, não... né, estar aqui porque tem uma profissão recebe um salário, consulta e vai embora, mas não é daqui, não se sente desse lugar” (usuário 3, cc2, p.4, f.7). “<u>Usuário 3</u>: Então assim, eu confesso a vocês, que já vi, já presenciei uma... a Unidade de Saúde dos Terrenos Novos mais... mais próxima dessa vivência comunitária. Assim, é uma impressão que eu tenho. De profissionais, de enfermeiros, de médicos. Uma leitura mais comunitária, uma sensibilidade mais comunitária. Aí lembro aqui, com muito respeito assim, é... a doutora Janine, a doutora Dilma, por exemplo assim. Janine, Dilma... <u>Profissional 1</u>: Ana de Lourdes. <u>Usuário 3</u>: Maraci, Ana de Lourdes, aquela que tá no Caracará? <u>Profissional 1</u>: Eliamara. <u>Usuário 3</u>: Eliamara. Mesmo com a... com o peso da história da enfermagem, de ser a enfermeira, mas...mas tinha uma sensibilidade, sabe assim? Da conversa, do... da leitura social, de envolver. Por exemplo, eu recebi a poucos dias um convite pra uma reunião do Conselho Local de Saúde, fiquei morrendo de pena porque eu cheguei em casa era duas horas e a reunião era pra duas horas. E eu tinha uma outra reunião, mas queria ter vindo. Né... assim, nem vi quem foi a pessoa que entregou, então essa história do, da.. <u>Pesquisador</u>: Sexta-feira tem à tarde (<i>outra reunião de formação do Conselho Local de Saúde</i>)... <u>Usuário 3</u>: Da abordagem “Profissional 2”. Essa
--	--	---

		história assim, como chega: ‘nós tamo querendo retomar, fulanim ó, ta aqui o convite, vai lá, a tua... é importante’... Porque a idéia da gente é desse envolvimento, dessa participação. Então assim acho, eu presenciei momentos assim, né? <u>Profissional 2</u>: Já aconteceu isso que você tá dizendo desse jeito, mais união. (diálogo, cc1, p.18-19, f.67-74). “Porque eu lembro quando eu engravidei da minha primeira menina que tem dezessete anos hoje. Se eu queria fazer uma prevenção eu tinha que ir com antecedência no CEM (<i>Centro de Especialidades Médicas</i>), marcar pra não sei pra quando, pra depois voltar lá e fazer a prevenção. Se eu queria fazer o meu pré-natal, meu marido acordava uma hora da manhã, pra pegar uma ficha lá no INPS, pra eu poder fazer meu pré-natal todo mês. Se eu quisesse fazer meu pré-natal todo mês. E hoje não. Hoje elas têm o pré-natal já marcado semanal, mensal, quinze dias, tem prevenção, tem a saúde bucal e eles acabam que perdendo isso”(profissional 2, cc1, p.15, f.54). “As meninas elas se dão à comunidade? Se dão. A Profissional 3, as enfermeiras, a Margareth, elas faz o que tiver ali se... se der pra elas... elas resolvem. Tá entendendo? Mas além disso, eu acho que falta uma amizade maior com a comunidade. Eu que acho que falta” (profissional 2, cc1, p.19, f.86). “Elas se dão muito profissionalmente, resolve e... vão lá e conseguem, mas falta um pouco mais de afinidade...Ai é... em algumas reuniões da gente é... aqui da roda nossa de PSF, já foi comentado alguma vezes que a nossa equipe de saúde, ela já foi mais unida. Hoje ela tá mais cada um por si e Deus por todos” (profissional 2, cc1, p.19, f.88). “Eu fui Agente de Saúde durante quatro anos e meio e na época era difícil. Era da tua época Profissional 1? Não era a época do Profissional 1 ainda. Era uma época muito difícil, as coisas eram muito difíceis pra gente. Hoje não, eu acho que, com a participação de todo mundo, com essa Unidade (CSF) que a gente tem hoje. Nossa... a gente fica... a comunidade em si fica muito gratificada, porque não foi só um pedido de um e foi um pedido de todos e que acabou acontecendo e que tá aqui. E eu acho que satisfaz a maioria das pessoas, eu acho que satisfaz” (profissional 2, cc1, p.6, f.23).
	1.3.2 – processo de trabalho	“Eu lembro assim, aqui nós temos “n” funções, eu não tenho só a função de fazer participação comunitária, como também eu não tenho só a função de assistir os meus pacientes. Eu tenho “n” funções dentro do meu, da minha formação de enfermeira e nós, profissional da saúde, às vezes nos sentimos super atarefados né, dentro dessas “n” funções, certo, e que talvez não consigamos dar resposta a um determinado, a uma determinada

			função, a uma determinada questão, ou seja, eu não vou ser cem por cento enfermeira assistencialista, ou seja, né, vai ficar alguma falha. Eu não vou ser cem por cento enfermeira da participação comunitária vai ter algumas falha” (profissional 3, cc2, p.10, f.50). “Às vezes, nós sentimos que, a... aí eu falei né, que são outra funções, e que também, a demanda, vamos dizer assim, por cura de doenças, que não é o nosso foco, nos tira tempo de fazer outras coisas” (profissional 3, cc2, p.11, f.50). “Então às vezes nos falta tempo, vamos dizer, ou nos falta, não sei, vamos dizer, a gente faz um pouco de cada e o que pode ser feito tem sido feito se é a contento ou não é outra questão” (profissional 3, cc2, p.11, f.52). “como é que essa população entende que estes os que estão aqui, também sofre, sonha, deseja ter uma condição de trabalho que a eles não é dado a dar. Quer dizer assim, não é dado a eles uma condição de trabalho e isso remete a “n” fatores. Né? E as pessoas saem as vezes: “aí porque lá eu não sou bem acolhido”, mas eu não sou acolhido porque a demanda é grande para a quantidade de pessoas que tem e a quantidade de pessoas cresce, mas a estrutura é a mesma”(usuário 3, cc1, p.14, f.51).
		1.3.3 – a Roda do CSF	“numa equipe com 60 funcionários, nem todos vão conseguir falar, vão conseguir... vão conseguir falar a mesma língua, mas a Roda, o espaço da Roda é um espaço de comunicação entre profissionais que vai levar como a Usúaria 1... né... falou também é... vai levar, vamos dizer, as informações entre profissionais e comunidade” (profissional 3, cc2, p.18, f.93). “a questão da Roda né, que além da comunicação interna da unidade, dos... de nós funcionários, também tem a externa, que a gente tem que falar também da parte externa, do que vem da Secretaria de Saúde né, ou até mesmo da comunidade em si como, por exemplo, algo que o CRAS coloca que tem que ser repassado pra Unidade de Saúde ou da escola né, quer dizer, tudo isso entra na questão comunicação”(profissional 1, cc2, p.19, f.94). “E quando a Profissional 3 coloca da questão da Roda, é porque é o momento onde todas as equipes se encontram, um momento num período vespertino, onde a gente vai ta discutindo como é que está o nosso funcionamento, as nossas atividades. Porque aqui, às vezes, a pessoa pensa que assim, é só uma Unidade, mas são várias equipes diferente, como por exemplo, a Profissional 3 e o Doutor Hiroki atende é uma 700, 800 famílias, aí a enfermeira “A” já atende outra quantidade de famílias, que é dividido pro bairro todo, né. Que aqui são dois bairros em um só e esse momento da Roda é onde a gente exerce a

			nossa comunicação, onde acontece também de... da enfermeira, por exemplo, encontro da Profissional 3 com a gestante que mudou pra área da minha enfermeira, aí ela comunica pra minha enfermeira como é que a gestante se mudou da área dela e ta na área dela, aí ela já repassa pro Agente de Saúde, o Agente de Saúde, pra mim chegar lá na ponta de cá “olha você era lá da área da Profissional 3, mas agora você ta mudando de área e aí agora a consulta vai ser com outro profissional” e isso é tudo comunicação né...pronto” (profissional 1, cc2, p.19, f.94). “<u>Usuário 3</u>: E assim, e como liderança eu sinto que, às vezes, o chefe do time é que dá o tom, né da equipe. Quando você tem... a cabeça né, o técnico que tem essa compreensão do envolvimento, de chamar pra escuta, por exemplo, aí assim... não sei se a Unidade já fez isso né, acredito profundamente nas Rodas, por exemplo, dia de quinta feira, como há gente assim “é porque não querem trabalhar” né. Como também acho que, assim, se de fato as Rodas elas são... <u>Pesquisador</u>: A gente o quê, tu falou? <u>Usuário 3</u>: É porque é... <u>Pesquisador</u>: O povo diz... <u>Usuário 3</u>: É...As pessoas diz “é porque não querem trabalhar”. Assim se realmente a Roda ajuda os profissionais, por exemplo, essa comunicação interna, se a Roda é realmente um instrumento prático dessa comunicação PSF e comunidade, entende? <u>Pesquisador</u>: hum rum <u>Usuário 3</u>: Se realmente a Roda ajuda, por exemplo, se a Roda realmente é esse instrumento do olhar pra dentro né. E, às vezes, eu olhar pra mim, ao invés de que eu olhar o que... o que... o que a mim cabe ver né, cabe ver qualquer olhar né. E o olhar externo né, por exemplo, se esse exercício de... do olhar externo, da presença... de alguém da comunidade... as pessoas da comunidade nessa Roda também (<i>olhando para Profissional 1</i>) se já teve o exercício assim de “o que que vocês acham de nós?” assim, é... desarmado, despojado pra história da escuta, do olhar e eu, particularmente, tenho muito essa vontade de ajudar né mais a Unidade de Saúde né, mas sinto, às vezes, essa postura muito do técnico né, da pessoa, da graduação, da informação e acho que fica meio que, às vezes, essa história do envolvimento, do... dessa historia do chamado, acolher melhor...é isso...” (Diálogo cc2,p.19-20, f.95-101).
--	--	--	---

MACRO TEMA	TEMA	SUB-TEMA	UNIDADES DE SENTIDO
------------	------	----------	---------------------

Relação entre P.C. e Trabalho de PSF	1.1 Considerando a relação entre Participação Comunitária e Trabalho de PSF	Sobre Participação Comunitária e o trabalho em Saúde	“muitas das vezes, a gente nem sempre sabe tudo, nós estamos aqui pra aprender com vocês e vocês tão para aprender com a comunidade. E aí eu acho uma grande riqueza quando o grupo tá unido. E por isso me integro muito. E acho que é por isso que eu também que como liderança em comunidade eu me dedico pra tá sempre aqui no Posto de Saúde e eu me preocupo com a minha comunidade” (usuário 1, cc1, p.8-9, f.32). “Assim, dentro da... dos projetos que nós temos lá no nosso PSF, eu acho assim, importante quando nós temos em parceria com a comunidade, o que é relatado aqui é dentro, os debates nas reuniões grandes né, que eles debate, discute e depois leva pra nossas comunidades pra nossas famílias né, que estão precisando ter esse conhecimento” (usuário 1, cc2, p.17, f.83). “Eu acho essa, essa aliança aí muito importante né, do PSF e da comunidade, vamos trabalhar a família, trabalhar esses projetos escolar né, trabalhar o termo da desnutrição, o termo da prostituição, eu acho esses projetos novos que tá acontecendo aqui em Sobral, não só pra região Norte, mas também principalmente para as nossas comunidades que são carentes acho essa esse desempenho assim muito importante né. Da parceria da comunidade com área da saúde” (usuário 1, cc2, p.17, f.83). “O profissional não vai resolver um problema de uma comunidade a não ser que a comunidade queira ajudar na solução desse problema. Que assim né... A gente pode adquirir uma doença, tipo dengue, vem aqui se tratada pronto, “o profissional fez a parte dele”. É... Então assim a relação da união entre PSF e comunidade pra fazer mobilização é... em torno de um determinado assunto né. É algo que os dois tá unido... até é digo assim, até citar “uma mão lava a outra”. Não adianta eu fazer a minha parte como profissional se a comunidade não está participando, né. Se ela não aderiu a uma determinada campanha, então tem uma relação assim muito significativa, muito grande e um não caminha sem o outro e outro pode até caminhar, mas não vai ter essa evolução, esse crescimento, esse sentido de união que vejo que é positivo no relacionamento”(usuário 2, cc1, p.10, f.35). “Só promove saúde, só tem promoção da saúde se tiver participação e essa participação né, ela... ela tem uma função, ela tem uma razão” usuário 3, cc2, p.12, f.59). “Primeiro acho que, pra fazer uma fala da relação entre participação comunitária e PSF, precisa viver ou ver o momento que essa comunidade tá vivendo” (usuário 3, cc2, p.4, f.7). “eu não consigo entender e nem acho que... que ação comunitária nenhuma, que promova promoção de saúde, vá pra frente se a comunidade não tiver a
--------------------------------------	---	--	--

			frente, porque se for os profissionais, no meu entendimento, ele está aqui por um tempo, ele não é daqui, ele não vive aqui e então isso fica pra vida toda” (usuário 3, cc2, p.5, f.7). “a participação comunitária é de extrema importância na... na... pra que se vá se alcançar realmente um nível mais elevado, vamos dizer de... sei lá, de qualidade de vida né... ou o que queiram... o que queiram classificar como melhoria.” (profissional 3, cc1, p.7, f.29). “Por exemplo, né, quando nós trabalhamos com a saúde da população são vários fatores que influenciam né. Meu atendimento, os recursos que a pessoa, que o paciente vai ter pra se tratar... vamos dizer, pra se cuidar, os recursos vindos de outras... de outros lugares... medicamentos, etc, exames e tal. Mas a participação comunitária é um dos... das... dos requisitos para esse alcance, ou seja, para que se alcance a saúde” (profissional 3, cc1, p.8, f.29). “Quando existe a participação comunitária a gente consegue é, vamos dizer, trabalhar bem é... trabalhar determinadas situações, determinadas doenças de maneira efetiva, né. E quando a gente faz multirões, quando a gente solicita da comunidade que trabalhe em casa, na prevenção. Então talvez, a gente agindo na prevenção... talvez a gente aí consegue agir efetivamente, a gente consegue melhorar a qualidade de vida, a qualidade da saúde das pessoas” (profissional 3, cc1, p.8, f.29). é uma relação, vamos dizer, entre a participação comunitária e o trabalho do Programa de Saúde da Família. Pra que, ou seja, essa relação deve existir sempre, pra que o Saúde da Família, vamos dizer, conheça as necessidades da comunidade e a comunidade conheça o trabalho de Programa de Saúde da Família (profissional 3, cc1, p.20-21, f.95). “Às vezes, a comunidade não conhece o trabalho de Programa de Saúde da Família, assim como o trabalho de Programa de Saúde da Família não conhece tudo que tá se passando naquela comunidade. Então essa relação precisa existir, né. Vamos dizer, nem o trabalho de Saúde da Família é mais importante do que a participação comunitária e vice-versa. Precisa haver essa relação pra que se estabeleçam as prioridades, pra que se estabeleçam as mudanças, pra que se estabeleçam os reconhecimentos, vamos dizer, né, pra que a coisa ande em sintonia” (profissional 3, cc1, p.21, f.97). <u>Profissional 3:</u> a participação comunitária e a saúde parecem ter... <u>Usuário 2:</u> muito a ver... <u>Profissional 3:</u> É. Parecem ter um vínculo muito de troca. A comunidade é quem me dá informações e
--	--	--	---

			dados né, pra que, nós da saúde, saibamos onde é que nós temos que agir, onde que nós temos que trabalhar. Que tipo de, né, de deficiência, vamos dizer assim, que atividade a comunidade, vamos dizer, sofre, que nós precisamos trabalhar. É a comunidade quem nos traz isso, não é a gente que fica sabendo e, ao mesmo tempo, a saúde com a sua troca, vamos dizer, tem também sua parcela de contribuição para com a saúde da comunidade, então... acho que a palavra pra mim que resume participação comunitária na saúde é a troca. Troca de saberes, troca de informações e de cuidado entre esse dois agentes” (diálogo, cc1, p.10, 37-38).
		A dengue como exemplo	“Por exemplo, o combate a dengue, nunca se ouviu é... dizer que a gente conseguisse, só nós, profissionais de saúde, simplesmente conseguisse acabar com a dengue de uma determinada comunidade. Não existe porque a dengue não precisa ser tratada, porque o paciente chega doente a gente trata. Isso a gente já fez e faz sempre. Ninguém nunca morreu, ninguém nunca, vamos dizer assim, nunca se complicou por falta de atendimento, mas a dengue nunca acabou por falta de participação comunitária” (profissional 3, cc1, p.8, f.29). “É nesse entusiasmo de comunidade que... há muitos é... a gente há seis, sete anos que a gente vem trabalhando em prol da dengue e a dengue traz muito a comunidade até o PSF e o PSF vai até a comunidade, em termo assim de se dedicar, de resgatar aquelas pessoas que estão passando por algumas dificuldades em termos de... muita das vezes, a gente chega na casa, eu também faço parte da visita domiciliar (<i>como Pastoral da Criança</i>), a gente tá sempre alertando as famílias, os cuidados no combate à dengue, os Agentes de Saúde é uma parceria da comunidade, Agentes de Saúde e as liderança de bairro, acho assim uma grande união na nossa comunidade” (usuário 1, cc1, p.9, f.32). “Mas acho que o próprio Programa Saúde da Família, pra nós da comunidade, pra mim, a gente foi entender agora depois da participação... mas, pra nós isso não existia, nós queríamos um Centro de Saúde, um lugar que a gente viesse se consultar, porque pra nós o entendimento era esse. O remédio tava aqui, a gente vinha aqui e ficava bom, mas muitas vezes o remédio tá em casa, porque a gente não cuida a dengue” (usuário 3, cc1, p.13, f. 51).
		A relação de poder	“a participação comunitária e a saúde está pautada na promoção da saúde, né. E... e promover saúde, no meu entendimento, está para além da consulta na Unidade de Saúde né, está para além da enfermeira querer ser chamada de “doutora”. Então quando, no meu entendimento, o técnico estimula esse comportamento de ser “a doutora”, você estimula uma relação de poder. Que alguém sabe mais e

			alguém está abaixo. Então, quando tem esse tipo de postura não ajuda a promover a saúde e muito menos ter a participação comunitária. E me... assim... acho que nessa condição da participação da saúde, da participação comunitária e da saúde está muito ligada nessa história da relação do poder” (usuário 3, cc1, p.11, f.41). “No sentido de... que espaços essa comunidade tem nessa, nesse fazer da saúde que ela não precisa vim pra Unidade de Saúde porque precisa se consultar, mas ela vem pra Unidade de Saúde e nem precisa ser a Unidade de Saúde porque nós podemos fazer saúde é... de repente, aqui a vacina que é feita nos espaços da comunidade, né. E, de repente, assim... e que espaços de poder, de representação comunitária os profissionais, que estão na ponta, na frente, puxando a dinâmica da saúde constitui isso?” (usuário 3, cc1, p.11, f.41). “aí repito dizer, que é postura né, que é postura é... do profissional. Dele né, assim... eu sou enfermeiro, mais para além de eu ser enfermeiro e a minha formação acadêmica meu deu condição pra fazer tal ação, a minhas posturas, as minhas posturas, os meus valores me... me dá a condição de ter um outro tipo de relação com essa comunidade” (usuário 3, cc1, p.21, f.100).
	1.2 Como está a relação entre PC e PSF de Terrenos Novos	A relação da comunidade com os profissionais de saúde	“Me preocupo com os enfermeiros que estão aqui que, muitas das vezes, são apedrejados lá fora, as pessoas criticam eu tenho que tá lá defendendo. Porque, se for meus amigos mesmo, eu defendo” (usuário 1, cc1, p.9, f.32). “os Agentes de Saúde é uma parceria da comunidade, Agentes de Saúde e as liderança de bairro, acho assim uma grande união na nossa comunidade” (usuário 1, cc1, p.9, f.32). “Nós sentimos também falta do nosso Secretário de Saúde aqui na nossa comunidade. Dr Odorico (<i>um ex-secretário municipal de saúde</i>), quando ele trabalhava aqui em Sobral, sempre ele estava conosco, nessa caminhada, nessa luta. E que hoje a gente sente falta do nosso representante na nossa comunidade, aqueles projetos bons que nós tinha aqui na comunidade que acabou por falta desses movimentos, dessas ações de mobilizações das famílias, não só aquela força de alerta, mas também da união dos nossos representantes da área de saúde na nossa comunidade. Só tenho a dizer isso” (usuário 1, cc1, p.9-10, f.32). “A parceria do PSF né com a comunidade. Acho assim que quando tá, quando tem todos os movimento na comunidade, sempre o PSF tem o conhecimento do que tá acontecendo na nossa comunidade e sempre que acontece alguma coisa no PSF a comunidade, principalmente nós que vivenciamos né aqui dentro, os nossos projetos. Tanto faz ser lá na questão na igreja, como na questão da área da saúde, alguns movimentos que sai daqui do PSF pra... pras ruas, as divulgações do que está acontecendo na nossa comunidade, do que

			está acontecendo nas escola. Eu acho assim uma grande importância, né, pra nós que somos comunidade. Às vezes eu to lá na minha casa, né e to ouvindo quando o Profissional 1 passa divulgando os acontecimentos que vai ter na...na, na nossa própria comunidade, essa aliança, e essa parceria que nós temos. PSF de Terrenos Novos, a comunidade de Terrenos Novos, a área da saúde de... e a comunidade do bairro de Terrenos Novos, é a escola né, que tem esse envolvimento com a área da saúde”(usuário1, cc2, p.2, f.3). “Mas nós comunidade aqui dos Terrenos Novos, nós temos essa parceria mais de 11 anos né com o PSF. E isso é que nos fortalece a cada dia né. Algumas questões que nós sabemos na nossa comunidade, a gente traz pra debater na... na... aqui na área da saúde, eu acho muito importante essa união da comunidade com o PSF” (usuário1, cc2, p.2, f.3). “Ontem, inclusive... ontem eu cheguei aqui, só pra contextualizar, teve uma pessoa da unidade de saúde, eu fazia tempo que não vinha aqui... e eu disse ‘boa tarde!’, aí pessoa com uma cara de simpatia... eu disse assim ‘boa tarde!’, aí depois eu peguei e disse assim: ‘desculpa se boa tarde lhe faz mal, que dizer né, se lhe agride lhe dar boa tarde’, aí ela disse: ‘não é porque eu hoje tô assim cansada’. E a gente entende até né” (usuário 3, cc1, p.13, f.51). “Mas acho que assim, tem um perfil de profissional que tem esse olhar da participação comunitária e compreende isso como importante. E eu acho que não é só eu convidar por convidar pra uma reunião ou pro evento pontual que o PSF deixou ou não de fazer. Porque eu nem sei se é o PSF que tem que fazer, ou é a comunidade que faz ou ir o PSF com a comunidade. Então há um caminho errado se o PSF participa mais que a comunidade há alguma coisa que tá travado no caminho e que a gente precisa desmistificar esse... esse... esse trabalho mesmo” (usuário 3, cc2, p.4-5, f.7). “Por outro lado, acho que há é, de fato, uma pouca participação popular, da comunidade no PSF, em função desse cenário que a comunidade tá vivendo. É... penso que há pouca leitura né, assim, há pouca leitura de nossa parte, como morador e como PSF, dessa importância, comunidade PSF, né, dessas duas instâncias. Porém, eu sinto que há uma relação fragilizada, meramente pontual [...] Mas a gente precisaria ter mais, aí acho, que precisa ter mais comprometimento assim, da... da comunidade, da participação comunitária é... e do PSF né, essa leitura mais social, mais... mais de escuta, mais de diálogo. No meu entendimento, às vezes, há uma postura muito de... de blindado, como se a gente ‘não, nós tamo fazendo tudo que é correto né, tamo fazendo tudo que é certo’. Então, me falta esse espaço da escuta, ‘o que é que nós estamos
--	--	--	--

			deixando de fazer?’, né? Eu acho que tem gente que tem condição de reconhecer porque que não ta sendo feito as coisas” (usuário 3, cc2, p.5, f.7). “E acho que é... também uma outra coisa que precisa ser dito né, aqui localmente, que reflete a gente, mesmo não sendo daqui, é pra... pra um... pra uma excelência dessa relação da participação comunitária no PSF, é o cenário da cidade né, da política da cidade. Você tem assim, um cenário do Programa de Saúde da Família, hoje, diferente do que você tinha há quatro anos atrás. To dizendo isso quando você tinha a visão como a do Odorico, por exemplo, né, assim, ‘cadê, vamo lá! Tem que envolver, tem que participar, tem que comprometer’, então você tem um cenário, hoje, político de ação de diretrizes que é... é... mantém o que vinha, mas mantém numa visão politiqueira, técnica, né assim... e tenho essa impressão” (usuário 3, cc2, p.5-6, f.7). “É como o usuário 1 falou, essa questão da parceria. A gente tem uma parceria muito boa com os movimentos da comunidade né, que estão sempre abertos a ta contribuindo com a sua participação” (profissional 1, cc2, p.3, f.4).
		Considerações sobre a comunicação Profissional-usuário	“eu acho assim né, que há vontade do fazer de ter uma comunicação mais solida com a comunidade, eu não nego isto, que tem uma vontade no fazer né, mas entendo que as pessoas têm limitação nesse fazer né, e acho que essa comunicação é pequena né. Quando digo assim não é assim pra dizer que não é feita, é pequena né, é... e me parece que a minha fala é uma fala exigente né assim... mais exigência. É porque assim, no meu entendimento assim, o quê que a gente quer com essa comunicação né? Que acolhimento é esse né? Assim, a gente acolhe bem mesmo? A gente, a gente, as lideranças sentem essa Unidade como dela? Como parte dela?” (usuário 3, cc2, p.15, f.78). “Mas acho que essa... essa comunicação PSF-Comunidade, eu tenho, eu sinto ela pontual né. Ela é pontual em função do evento, da atividade, do momento e sinto falta de uma comunicação diária, permanente, da escuta né. Até dessa historia assim, que processo é esse né, assim” (usuário 3, cc2, p.15, f.80). “Só acho assim que a comunicação ela, quando ela é bem né....bem clara, o que é mesmo essa comunicação, para... a importância dessa comunicação para o serviço, importantíssimo para as pessoas como é o Programa de Saúde da Família, o PSF, me parece que remete a ter efeitos positivos em vários âmbitos né assim. Remete a ter o efeito positivo num bom acolhimento humanizado, na Unidade de Saúde né, remete a ter uma equipe que compreende que ela não é daqui, mas ela está aqui, ela precisa ter esse envolvimento e essa comunidade, ter um pertencimento com essa Unidade de Saúde” (usuário 3, cc2, p.19, f.95).

			“mas sinto, às vezes, essa postura muito do técnico né, da pessoa, da graduação, da informação e acho que fica meio que, às vezes, essa história do envolvimento, do... dessa historia do chamado, acolher melhor” (usuário 3, cc2, p.20, f.101). “É assim, lembrando só que...o nosso trabalho está... está inserido já é... automaticamente, ou espontaneamente, no nosso trabalho, do profissional de saúde essa parte de comunicação profissional – paciente né. Mesmo que ninguém me cobrasse, mesmo que ninguém me falasse eu já, eu fui formada com esse objetivo né, a comunicação profissional-paciente já existe né, no meu dia-dia” (profissional 3, cc2, p.18, f. 91). “É... no trabalho de equipe, que é isso você ta falando, na equipe de Terrenos Novos, ele tem sido pautado nesse aspecto, vamos dizer, é mesmo nas consultas individuais, por exemplo, quando eu vejo um paciente só, mesmo nas consultas coletiva, ou nos grupos, dos espaços em que existem mais pacientes, vários pacientes né A gente sente falta, vamos dizer, de alguns recursos né que facilitariam essa comunicação né, vamos dizer. A gente não dispõe de um sistema de som né que pudesse atingir, vamos dizer, já que diariamente nós temos em média de 100 à 120 pacientes por manhã e a gente sente falta disso, de uma comunicação, não sei, que pudesse abranger todos, a gente faz isso mais pontual né, por conta dessa falta” (profissional 3, cc2, p.18, f. 91). “ao meu ver, lógico, a parte que cabe ao profissional fazer a comunicação, pra mim, está perfeita. Vamos dizer, não acho que haja falhas, mas, vamos dizer, logicamente acho que isso é um processo que demanda tempo, experiência, envolvimento, como já foi falado aqui né, é... e logicamente, como eu disse também, todos não falam necessariamente a mesma língua né, devem falar, mas enfim, existem coisas que modificam” (profissional 3, cc2, p.21, f.115). <u>Profissional 3:</u> A Rádio Comunitária foi uma grande perca né, tanto pra comunidade, tanto pro PSF porque é um meio de comunicação também, que abrange o bairro inteiro né, que a gente conseguia alcançar é... assim, uma comunicação muito boa né com ela, o grupo, os trabalhos pontuais que o usuário 3 falou assim que profissional 1 sempre ta a frente dessa comunicação com comunidade <i>(olhando um pouco para Profissional 1 e rindo)</i>. <u>Profissional 1:</u> Eu amo essas coisas. <i>(sorrindo)</i> <u>Profissional 3:</u> É, ou seja, a gente tem conseguido fazer. E, vamos dizer, que ainda faltam e não existem outros meios de comunicação que não são praticados ainda, existem guias do usuário que não existe, que é uma forma de se comunicar com os
--	--	--	---

			pacientes né, a história do som que eu já falei, é... uma sintonia que isso já é, vamos dizer, já é tentado ser feito, já é praticado, mas logicamente que, numa equipe com 60 funcionários, nem todos vão conseguir falar, vão conseguir... vão conseguir falar a mesma língua” (Diálogo, cc2, p.18, f.91-93).
		Avaliando o que o CSF de TN tem feito no fomento à participação Comunitária (para cuidar da relação).	“Eu acho assim, que...que... que as grandes ações elas surgem de pequenas coisas né. Acho assim, que o PSF ele tem feito assim, trabalho de...de...de busca ativa dessa participação para que a partir dali surjam outros movimentos né. Acho assim que a FENATEN foi um meio de buscar essa participação né, assim como outras coisas que surgiram a partir dessas idéias[...] Se conseguiu sucessos ou não, mas fez a parte dela. Assim, “precisa melhorar?”, realmente precisa né. Que tipo de participação também que ela quer, acho que tem que ter esse ideal. Não é também tá atirando pra todos lados, pra as pessoas venham participar, mas que o PSF tem feito esse trabalho, eu percebo que tem e é essa assim, é a minha avaliação que eu faço aqui dessa questão.” (usuário 2, cc2, p.14, f.74). “Mas acho que assim, tem um perfil de profissional que tem esse olhar da participação comunitária e compreende isso como importante. E eu acho que não é só eu convidar por convidar pra uma reunião ou pro evento pontual que o PSF deixou ou não de fazer. Porque eu nem sei se é o PSF que tem que fazer, ou é a comunidade que faz ou ir o PSF com a comunidade. Então há um caminho errado se o PSF participa mais que a comunidade há alguma coisa que ta travado no caminho e que a gente precisa desmistificar esse... esse... esse trabalho mesmo” (usuário 3, cc2, p.4-5, f.7). “Por outro lado, acho que há é, de fato, uma pouca participação popular, da comunidade no PSF, em função desse cenário que a comunidade ta vivendo. É... penso que há pouca leitura né, assim, há pouca leitura de nossa parte, como morador e como PSF, dessa importância, comunidade PSF, né, dessas duas instâncias. Porém, eu sinto que há uma relação fragilizada, meramente pontual” (usuário 3, cc2, p.4, f.7). “acho que o PSF, por exemplo, tem abertura, [...] é legal acho que tem isso, preciso dizer. Porém acho que é muito, mas muito, muito, muito pouco o que o PSF faz pra, de fato, estimular a participação comunitária. Para além de participar de uma passeata da dengue, para além de tá numa feira de artesanato ao lado da Igreja né, eu acho que é pouco”(usuário 3, cc2, p.12, f.58). “aí assim, até pra participação comunitária nós precisamos ter... ter esse nível né, a quem a gente quer, qual é o perfil de pessoas, de lideranças pra essa participação ou se precisa ter esse perfil. Precisa até se perguntar isso, se precisa ter perfil pra essa participação comunitária né, assim, porque... E

			aí pra ter esse nível de participação comunitária é um processo né, de aprendizado, de organização, de envolvimento e tal. E sinto falta disto né, desse... desse processo que assim, a gente quer fazer o processo é... e ter um objetivo, uma meta pra garantir essa participação, então acho que o PSF, hoje, tem essa dificuldade de... de... de fazer isso”(usuário 3, cc2, p.12, f.58). “Tá entendendo assim. Ter essa sacação, esse cair de ficha, olhe ‘quem é que precisa’, né, e não sei se... ‘quem é a pessoa precisa ta nesse grupo, nesse espaço? E que espaço é esse?’” (usuário 3, cc2, p.13, f.60). “E eu, particularmente, tenho muito essa vontade de ajudar né mais a Unidade de Saúde né, mas sinto, às vezes, essa postura muito do técnico né, da pessoa, da graduação, da informação e acho que fica meio que, às vezes, essa história do envolvimento, do... dessa história do chamado, acolher melhor”(usuário 3, cc2, p.20, f. 101). “Eu acho que, assim, o PSF tem condição muito né de ajudar a construir instrumentos né, espaços, momentos, mais sistemáticos né, pra estimular esse... essa... esse... essa retomada da comunidade. Acho que o PSF tem condição pra isso, mas pra isso, acho que a equipe do PSF, os técnicos do PSF precisaria aprofundar mais, ter mais vontade de querer entender o que é ter essa participação, o que é esse acolhimento humanizado, o que é esse olhar mais clínico pra comunidade”(usuário 3, cc2, p.22, f.119). “Então acho que era esse espaço da... da própria equipe do PSF ter vontade de querer compreender um pouco mais o que é essa participação comunitária e se o que a gente tem feito, se tem feito como profissional 1 e profissional 3 colocou aqui né, que fazem e eu acho que fazem mesmo, mas que precisaria ser mais sistemático mesmo e ter uma clareza mais ampliada disso, “o que que a gente quer pós isso, pós feira, pós multirão?” acho que é esse “pós show de talentos”. Acho que isso chamaria a gente mais pra um... pra um fazer mais diário, mais pé no chão, mais presente”(usuário 3, cc2, p.22, f.123). “É por exemplo, eu ter minha... meu grupo todo estruturadinho do jeito que é pra ser, com as minhas regras e tudo e a profissional 3 chegar e querer né... querer colocar os pensamentos do PSF né, a metodologia do PSF aí fica meio assim. Agora assim, quando se há uma conversa, um diálogo, quando se tem um objetivo comum né, aí eu acho que já abre um pouco a questão da parceria, quando a profissional 3 chega “olha profissional 1 eu quero trabalhar isso assim e como seu grupo pode ta me ajudando? Vamos ver como a gente pode buscar soluções juntas para que a gente possa ta promovendo a saúde”, eu acho que assim acontece participação. Que aqui, aqui no bairro existem
--	--	--	---

			muitos grupos, mas que tem as suas organizações que nem sempre às vezes elas aceitam o que o... a Unidade coloca, o que o PSF coloca, cada uma tem os pensamentos próprios”(profissional 1, cc2, p.9, f.38). “É como a usuária 1 falou, essa questão da parceria. A gente tem uma parceria muito boa com os movimentos da comunidade né, que estão sempre abertos a ta contribuindo com a sua participação” (profissional 1, cc2, p.3, f.4). “<u>Pesquisador</u>: É... queria trazer um pouco, a gente foi pra comunidade né, analisou aqui os espaços de participação é eu queria voltar pra relação entre PSF e comunidade né? E eu faço uma pergunta que é a seguinte: pra vocês o PSF de Terrenos Novos tem promovido, estimulado ou se envolvido nesses espaços de participação? Tem estimulado a participação comunitária? Ai eu queria perguntar assim, “como?” também, né. <u>Profissional 1</u>: Eu digo que sim, mas também desde que respeitando também os limites desses, digamos assim, desses grupos né. Porque assim, uma coisa é eu chegar e querer impor as minhas idéias né, outra coisa é eu chegar é colocar um pouco a questão das minhas idéias, mas também eu tenho que respeitar a organização daquele grupo, por exemplo né. Eu acho que o PSF ele tem essa visão, só que também às vezes acontece, o que barra às vezes é isso” (diálogo, cc2, p.9, f.37-38). <u>Pesquisador</u>: Se o PSF tem promovido. <u>Profissional 3</u>: Tem promovido, tentar promover a participação comunitária, eu digo que sim. Como o Profissional 1 disse, né, dentro das nossas limitações, dentro do nosso tempo, dentro do nosso alcance, certo? Às vezes, nós sentimos que, a... aí eu falei né, que são outras funções, e que também, a demanda, vamos dizer assim, por cura de doenças, que não é o nosso foco, nos tira tempo de fazer outras coisas. Como o Profissional 1 colocou na outra questão, o paciente gosta de vir pra ser consultado na frente do médico e receber o remédio, ele não gosta de vir pra discutir saúde, pra discutir como ele pode ajudar né, na questão da dengue, dar um exemplo aqui, que eles no geral eles não se sentem atraídos por esse tipo de participação comunitária, vamos dizer assim, e que essa demanda que eu disse que às vezes nos sufoca e nos tira tempo é perfeitamente visível. Se eu disser, hoje de manhã, que “eu não vou atender as 25 pessoas porque eu vou fazer participação comunitária”, eles não vão gostar, eles não vão querer. <u>Profissional 1</u>: E não entendem. <u>Profissional 3</u>: Eles não querem e não entendem. Então às vezes nos falta tempo, vamos dizer, ou nos
--	--	--	---

			falta, não sei, vamos dizer, a gente faz um pouco de cada e o que pode ser feito tem sido feito se é a contento ou não é outra questão” (diálogo, cc2, p.10-11, f.51-52/51-52). “<u>Pesquisador</u>: Eu vou ser... só perguntar uma coisa pro Profissional 1 e Profissional 3 e que é uma pergunta que eu faço inclusive pra mim né. O que que nós do PSF temos, atualmente, de trabalho com a participação comunitária? <u>Profissional 3</u>: As questões com os multirões, né... Todos não são feitos só pelo PSF, a gente... a gente quer escutar, quer que a comunidade participe, que ela se sinta envolvida. A história do Conselho Local de Saúde que acaba sendo puxado pelo PSF, mas que é... vai ser majoritariamente conduzido pela comunidade. A... <u>Profissional 1</u>: E eu quero até colocar também Profissional 3 a questão da FENATEN né, que foi organizada pela maioria da parte da feira, foi pelo apoio do PSF né. <u>Profissional 3</u>: As pequenas... mesmo os pequenos grupos vamos dizer né, nós fazemos dentro da unidade ou na escola ou na creche, vamos dizer, sempre houve a participação comunitária. Isso é uma constante, ou seja, eu não vou dizer qual é a frequência se é mensal, se é semanal, mas nós temos dentro do nosso trabalho a participação comunitária é sempre constante” (diálogo, cc2, p.11-12, f.53-56). “<u>Usuário 3</u>: Então acho que é isso né... tipo assim, por exemplo, para além de criar um Conselho acho que quando o PSF estimula a história da participação comunitária.. <u>Pesquisador</u>: hum rum... <u>Usuário 3</u>: É a idéia legal, a idéia de criar o Conselho Local de Saúde né, rearticular o Conselho Local de Saúde. Aí acho que um outro cenário que... aí eu sinto o PSF a margem disso né, assim desse processo. Por exemplo, como é que o PSF tem discutido no seu interior esse momento que os Terrenos Novos tá vivendo? Né? Que as lideranças estão se desencantando, que as lideranças estão se dividindo, que o cenário da participação comunitária, fora da Unidade de Saúde, Pedro e Dona Lúcia sabem do que eu tô dizendo isso, é outro” (diálogo, cc2, p.13, f.66-68). Remeter à demanda de trabalho do PSF
		Participação do usuário nas ações do PSF	“cabe, também assim, a comunidade querer despertar pra essa participação. Não adianta, assim, o PSF arrancar, querer arrancar, e querer que o povo participe. Ele tem que fazer a parte dele, mas assim, a comunidade tem que despertar... e querer realmente participar, assim que... melhoraria muito se ela tivesse essa visão de participação. Assim como já teve algum tempo atrás assim como o

			Usuário 3 falou né. Acho que melhoraria muito a partir daí também” (usuário 2, cc2, p.21-22, f. 118). “Por outro lado, acho que há é, de fato, uma pouca participação popular, da comunidade no PSF, em função desse cenário que a comunidade ta vivendo. É... penso que há pouca leitura né, assim, há pouca leitura de nossa parte, como morador e como PSF, dessa importância, comunidade PSF, né, dessas duas instâncias. Porém, eu sinto que há uma relação fragilizada, meramente pontual”(usuário 3, cc2, p.4, f.7). “E eu, particularmente, tenho muito essa vontade de ajudar né mais a Unidade de Saúde né, mas sinto, às vezes, essa postura muito do técnico né, da pessoa, da graduação, da informação e acho que fica meio que, às vezes, essa história do envolvimento, do... dessa historia do chamado, acolher melhor” (usuário 3, cc2, p.20, f. 101). “E eu penso assim né quando o PSF organiza qualquer evento, seja ele qual for, né estamos pensando na questão da saúde, na qualidade de vida né. E o maior interessado é a comunidade né. Todo evento que a gente organiza aqui o nosso objetivo maior é a comunidade, é muita das vezes ela participa né, quando a gente convida né, ela vai e participa, faz a sua parte” (profissional 1, cc2, p.2, f.4). “Quando acontece também os pequenos grupos, elas se sentem até, digamos, valorizadas né se sentem bem naquele momento, mas às vezes, muita das vezes, elas não querem dar continuidade. Só querem viver aquele momentinho e pronto. É, mas a comunidade ela participa sim, tem uns que não gostam de participar que a gente tem que respeitar. Tem gente que acha que, alguns momentos, “ah isso é besteira, já to cansando de ouvir falar isso demais”, mas não vê o verdadeiro sentido que é a questão de saúde” (profissional 1, cc2, p.2-3, f.4). “às vezes eles não vê aquele momento como saúde, que a gente sabe que é saúde né. Quando se tem um evento, quando se tem a participação você também ta promovendo saúde que é muito importante. Que às vezes esse momento de saúde vai prevenir muitas outras coisas”(profissional 1, cc2, p.3, f.6). “Só que às vezes a gente vê que são chamadas essas pessoas, pra serem trabalhadas, muitas vezes elas não vem. Grupo de mulheres pra fazer uma prevenção, tem oito mulheres marcadas pra fazer prevenção, veio três. O que foi que aconteceu? Porque que elas não vieram se prevenir? Porque que não vieram pra prevenção delas? Se foram avisadas com antecedência e tem o horário marcado”(profissional 2, cc1, p.14-15, f.52).
--	--	--	--

			“Ao mesmo tempo em que algumas vezes o PSF, vamos dizer, Programa de Saúde da Família dos Terrenos Novos não consegue dar respostas, sei lá, é puxar, vamos dizer, essa participação comunitária né. Ao meu ver, não sei se por ser profissional né da saúde, eu ainda sinto mais falta da participação da comunidade aos poucos, vamos dizer assim, aos existentes, vou dizer, aos eventos ou as situações, em que precisa né da participação comunitária, promovidos pelo PSF do que é... Não sei se eu me fiz entender. Eu acho que a comunidade ainda participa menos dos... dos existentes, ou seja, dos eventos, das reuniões ou do que se pode considerar como participação comunitária, do que o Programa Saúde da Família é... faz, vamos dizer assim. É menos a participação do que algo que o PSF faz” (profissional 3, cc2, p.3, f.5). “muitas coisas na saúde dependem né dessa participação comunitária. Vamos dizer, muitas coisas que nós queríamos promover dependiam muito... é... o sucesso dependeria da participação comunitária, mas a gente vê um interesse muito pouco, muito pequeno, por parte da população. Parece que a população tem um entendimento de, exatamente, de saúde como o Profissional 1 colocou né, do médico, do remédio e... é mais ou menos por aí, é e tantas vezes que a gente tente, né integrar essa participação comunitária e o trabalho do PSF, não nos sentimos tão... exitosos” (profissional 3, cc2, p.3, f.5). <i>Sobre a falta dos usuários à consulta:</i> <u>Pesquisador:</u> Você acha que aconteceu o que? <u>Profissional 2:</u> Eu...Eu sinceramente, acho que é descuido, que a pessoa, de uma certa forma ela acaba que... Tudo bem, que tem a família em casa, que tem o marido, tem o filho pequeno que tem que pegar no colégio. Mas um dia só, tem como se organizar e vir cuidar de si. Se alguém lhe deu essa oportunidade e você tem um dia marcado pra fazer sua prevenção, venha e faça. Venha e faça. Porque eu lembro quando eu engravidei da minha primeira menina que tem dezessete anos hoje. Se eu queria fazer uma prevenção eu tinha que ir com antecedência no CEM (<i>Centro de Especialidades Médicas</i>), marcar pra não sei pra quando, pra depois voltar lá e fazer a prevenção. Se eu queria fazer o meu pré-natal, meu marido acordava uma hora da manhã, pra pegar uma ficha lá no INPS, pra eu poder fazer meu pré-natal todo mês. Se eu quisesse fazer meu pré-natal todo mês. E hoje não. Hoje elas têm o pré-natal já marcado semanal, mensal, quinze dias, tem prevenção, tem a saúde bucal e eles acabam que perdendo isso. Acabam. Ontem a menina comentando do dentista. Tinha oito pessoas marcado com a doutora Vitória, pra dentista e ela lá esperando, vieram quatro. Você tá entendendo? Aí o que que acontece com essas pessoas? O que que tá
--	--	--	--

			faltando pra essas pessoas saberem que tem espaços pra elas e elas não vem? Porque é?” (diálogo, cc1, p.15, f.53-54). Remeter à postura, concepção de saúde dos atores e dialogicidade necessária... Desencantamento da Participação Comunitária em Terrenos Novos
	1.3 Ações atuais para refletir e melhorar	FENATEN	“Eu acho assim, que...que... que as grandes ações elas surgem de pequenas coisas né. Acho assim, que o PSF ele tem feito assim, trabalho de...de...de busca ativa dessa participação para que a partir dali surjam outros movimentos né. Acho assim que a FENATEN foi um meio de buscar essa participação né, assim como outras coisas que surgiram a partir dessas idéias[...]. Se conseguiu sucessos ou não, mas fez a parte dela. Assim, “precisa melhorar?”, realmente precisa né. Que tipo de participação também que ela quer, acho que tem que ter esse ideal. Não é também tá atirando pra todos lados, pra as pessoas venham participar, mas que o PSF tem feito esse trabalho, eu percebo que tem e é essa assim, é a minha avaliação que eu faço aqui dessa questão.” (usuário 2, cc2, p.14, f.74). Vou falar aqui um pouco sobre da experiência com relação à Feira (<i>I Feira de Negócios e Artes de Terrenos Novos</i>), que foi um projeto que eu me doe bastante e quando via tudo pronto eu me sentia feliz e realizado. Não algo pessoal, né, que a gente sabe que tem algumas pessoas que tem suas pretensões pessoais. Mas eu me senti realizado porque eu estava contribuindo para alguns dos moradores do bairro mostrassem seus talentos, as coisas boas que eles têm. A questão do artesanato, a questão da alimentação, né, e aí participação comunitária é essa. É tanto que uma pessoa chegou pra mim e me perguntou se eu estava recebendo dinheiro em troca daquilo e eu disse “não, não estou recebendo nenhum dinheiro, o que eu estou recebendo é a satisfação de ter contribuído pra que esse momento acontecesse e, também, ver na cara das pessoas esse... esta satisfação”... , que o acontecia era isso, todos estavam satisfeitos com o momento que estavam vivendo, né, e elas se sentiam até fortalecidas porque estavam meio desanimados quando começaram e, quando viram o negócio acontecendo, elas acreditaram (profissional 1, cc1, p.5, f.21). “<u>Profissional 2</u>: Essa feira que aconteceu agora... foi um evento maravilhoso, espetáculo. A gente viu que cada um no seu jeitinho participou... <u>Usuário 2</u>: Cada um contribuiu como pôde né”(diálogo, cc1, p.7, f.25-26).
		Acolhimento	“Não dá pra dizer que o Posto de Saúde precisa acolher bem se eu não fizer minha contribuição com

			ele, se eu não vir aqui ajudar com ele, que a gente precisa contribuir com ele” (usuário 3, cc1, p.4, f.20). “Ontem, inclusive... ontem eu cheguei aqui, só pra contextualizar, teve uma pessoa da unidade de saúde, eu fazia tempo que não vinha aqui... e eu disse ‘boa tarde!’, aí pessoa com uma cara de simpatia... eu disse assim ‘boa tarde!’, aí depois eu peguei e disse assim: ‘desculpa se boa tarde lhe faz mal, que dizer né, se lhe agride lhe dar boa tarde’, aí ela disse: “não é porque eu hoje tô assim cansada”. E a gente entende até né” (usuário 3, cc1, p.13, f.51). “O acolhimento, como é que esses profissionais, como é que... que essas pessoas que estão aqui acolhem essa população e como é que essa população entende que estes os que estão aqui, também sofre, sonha, deseja ter uma condição de trabalho que a eles não é dado a dar. Quer dizer assim, não é dado a eles uma condição de trabalho e isso remete a “n” fatores. Né? E as pessoas saem as vezes: “aí porque lá eu não sou bem acolhido”, mas eu não sou acolhido porque a demanda é grande para a quantidade de pessoas que tem e a quantidade de pessoas cresce, mas a estrutura é a mesma. Então como é isso? A comunidade não compreende isso, ela quer ser atendida e isso é em função do desejo de saciar o meu problema, né?” (usuário 3, cc1, p.14, f.51). “É porque assim, no meu entendimento assim, o quê que a gente quer com essa comunicação né? Que acolhimento é esse né? Assim, a gente acolhe bem mesmo? A gente, a gente, as lideranças sentem essa Unidade como dela? Como parte dela?” (usuário 3, cc2, p.15, f.78). “Só acho assim que a comunicação ela, quando ela é bem né...bem clara, o que é mesmo essa comunicação, para... a importância dessa comunicação para o serviço, importantíssimo para as pessoas como é o Programa de Saúde da Família, o PSF, me parece que remete a ter efeitos positivos em vários âmbitos né assim. Remete a ter o efeito positivo num bom acolhimento humanizado, na Unidade de Saúde né, remete a ter uma equipe que compreende que ela não é daqui, mas ela está aqui, ela precisa ter esse envolvimento e essa comunidade, ter um pertencimento com essa Unidade de Saúde” (usuário 3, cc2, p.19, f.95). “E eu, particularmente, tenho muito essa vontade de ajudar né mais a Unidade de Saúde né, mas sinto, às vezes, essa postura muito do técnico né, da pessoa, da graduação, da informação e acho que fica meio que, às vezes, essa história do envolvimento, do... dessa história do chamado, acolher melhor” (usuário 3, cc2, p.20, f. 101). “A gente sente falta, vamos dizer, de alguns recursos né que facilitariam essa comunicação né, vamos dizer. A gente não dispõe de um sistema de
--	--	--	--

			som né que pudesse atingir, vamos dizer, já que diariamente nós temos em média de 100 à 120 pacientes por manhã e a gente sente falta disso, de uma comunicação, não sei, que pudesse abranger todos, a gente faz isso mais pontual né, por conta dessa falta” (profissional 3, cc2, p.18, f.91).
		Conselho Local de Saúde	“E, de repente assim... e que espaços de poder, de representação comunitária os profissionais, que estão na ponta, na frente, puxando a dinâmica da saúde constitui isso? Por exemplo, ai dentro dessa história da participação comunitária me faz falta o Conselho Local de Saúde como espaço de poder e de escuta né. Aí é uma escuta que... me predispõe a ouvir o que eu desejaria ouvir e a ouvir o que eu não desejaria ouvir da comunidade e, desmistificar essa leitura. Então tá... tá muito nessa condição da relação de poder” (usuário 3, cc1, p.11,f.41). “Aí trago a experiência do Conselho Local de Saúde, por exemplo, né, se não for da comunidade, né, com gente da comunidade, ‘ah, mas não funciona!’, sim, mas funciona porque a gente ta aqui é o horário de trabalho da gente e a gente vai fazendo porque dá conta, da visibilidade, importante, fortalece o processo” (usuário 3, cc2, p.5, f.7) “Há para além dessa historia do Conselho Local de Saúde, volto a dizer assim, esse processo de aproximação, de namoro, de chamada, de acolhida” (usuário 3, cc2, p.15, f.80). “Teve uma pessoa que eu tava conversando que ela disse assim, porque que a pessoa não vai mais? Mas a gente convida, a gente vai lá, a gente chama. Mas como chama? Como é que chama? Como é que a gente chama né? Convidar todo mundo convida sim como é que a gente chama? Como é que a gente cativa? E eu acho que é esse processo do cativar né. Como é que a gente tem cativado?”(usuário 3, cc2, p.16, f.80). “Mas assim, só me lembrei de uma coisa, da relação entre a participação comunitária e trabalho de PSF tem a história... o Usuário 3 até colocou em outras... em outras perguntas... É... assim... tem o Conselho Local de Saúde que é uma forma da trabalho né, de relação entre a comunidade e o Programa de Saúde da Família”(profissional 3, cc1, p.20, f.95). “<u>Profissional 3</u>: Quando existiu né, o Conselho Local de Saúde, há algum tempo atrás, que eu já estava aqui, é... a gente que trabalha aqui, tem uma lembrança de que ele funcionou quando o profissional de saúde da unidade estava à frente... <u>Profissional 1</u>: os profissionais estavam à frente... <i>(fala paralela que concordava com “Profissional 3” e ajudava a concluir a idéia)</i>

			Profissional 3: E o Conselho Local de Saúde não é do profissional de saúde da Unidade, ele é da comunidade, né. Então assim, essas coisas, ou seja, essa relação não pode deixar de existir pra que os dois andem, vamos dizer, juntos. Pra que as coisas aconteçam, né?” (diálogo, cc1, p.21, f.97-99). “<u>Usuário 3</u>: Ora, o Conselho Local de Saúde, a dinâmica dele, sendo um instrumento da participação comunitária no Programa de Saúde da Família, ele não pode ser no horário ou em função do horário dos técnicos, profissionais. Porque se for, aí novamente tem uma relação de poder... “sim, mas eu só posso participar se for no meu horário de trabalho”, mas a participação comunitária não tem horário, não tem tempo, não é? Ela não determina tempo, a enchente não determina tempo, ela vem de madrugada e você tem que tá posto. Né, tipo assim, é... o Conselho Local de Saúde, eu disse isso um dia desse pro Expedito (<i>um ex-presidente de Conselho Municipal de Saúde</i>): “o problema Expedito é que alguns conselhos locais de saúde funcionam no horário da Unidade e ele não é um serviço da Unidade ele é um serviço da comunidade, então ele precisa se reunir à noite, se for preciso o profissional vir à noite ele vai ter que vir”... <u>Profissional 3</u>: Mas era à noite. <u>Usuário 3</u>: Sim, eu to dizendo aí... mas se tiver a disposição do... do entendimento do profissional, do profissional e isso tá na pessoa da comunidade. Então né, é ampliar nesse sentido né?” (diálogo, cc1, p.21, f.100-102). <u>Usuário 3</u>: Então acho que é isso né... tipo assim, por exemplo, para além de criar um Conselho acho que quando o PSF estimula a história da participação comunitária.. <u>Pesquisador</u>: hum rum... <u>Usuário 3</u>: É a idéia legal, a idéia de criar o Conselho Local de Saúde né, rearticular o Conselho Local de Saúde. Aí acho que um outro cenário que... aí eu sinto o PSF a margem disso né, assim desse processo. Por exemplo, como é que o PSF tem discutido no seu interior esse momento que os Terrenos Novos tá vivendo? Né? Que as lideranças estão se desencantando, que as lideranças estão se dividindo, que o cenário da participação comunitária, fora da Unidade de Saúde, Profissional 1 e Usuário 1 sabem do que eu to dizendo isso, é outro” (diálogo, cc2, p.13, f.66-68).
--	--	--	---

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](#)