

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

BARBARA CELESTE ROLIM

O PSF e o fortalecimento da participação popular em saúde: análise do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família no município de Duque de Caxias

Rio de Janeiro
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

BARBARA CELESTE ROLIM

O PSF e o fortalecimento da participação popular em saúde: análise do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família no Município de Duque de Caxias

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra

Rio de Janeiro
2009

BARBARA CELESTE ROLIM

O PSF e o fortalecimento da participação popular em saúde: análise do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família no Município de Duque de Caxias

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Elaine Monteiro
Universidade Federal Fluminense

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Jesus, que ao longo da minha vida revela seu amor para comigo, renovando minhas forças, alegrias e esperanças.

Também as muitas pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, a todas deixo meus sinceros agradecimentos.

Contudo, algumas pessoas merecem serem citadas nominalmente por que não mediram esforços para me ajudar a chegar até o final desta jornada:

Aos meus pais – Airton e Enir Rolim, pela formação ética, moral, religiosa e democrática que me deram. Pelo incalculável estímulo e força nas lutas de todo dia e por que, mais do que eu, acreditaram ser possível mais este sonho;

A Louise Celeste, minha filha amada, preciosa, que tem demonstrado maturidade e companheirismo além de seus 15 anos de idade. Que ela também possa acreditar que os direitos são para todos e jamais se afastar do senso de justiça com que lhe criamos;

A Carlos Serra, que mais que um orientador revelou-se um companheiro desta jornada, sempre acreditando na democracia e na igualdade de direitos me animando nos momentos mais difíceis. Um homem, um cidadão valoroso;

Aline Luna – com seu empenho pessoal me ajudou do 1º dia do mestrado e com certeza continuará ajudando após a defesa desta dissertação;

Joelle Rode – que durante a elaboração desta dissertação segurou sozinha as responsabilidades dela e minhas no dia a dia ensandecido do nosso trabalho e ainda teve compreensão de me ouvir e discutir tantos pontos importantes sobre a difícil, porém estimulante realidade da participação popular;

Elaine Monteiro - amiga com quem compartilho as mesmas convicções sobre a possibilidade de uma cidade mais justa, igualitária e inclusiva;

Aos colegas de turma Márcia Silveira Ney e Tony Ferreira que foram de uma generosidade, solidariedade e parceria inestimáveis e sem os quais este trabalho não teria sido possível;

Aos enfermeiros do NATO Ana Cláudia, Ronaldo e Fabiana que acataram esta proposta e durante todo o tempo se empenharam em tornar possível a realização do trabalho de campo, matéria prima deste estudo;

A Todos os Profissionais das Equipes Saúde da Família do Município de Duque de Caxias pela acolhida, receptividade, colaboração me possibilitando conhecer melhor o desafio que é ser um Profissional da Saúde da Família;

A todos o meu muito obrigado com um beijo no coração!

Existe um momento na vida que somos
chamados à felicidade...
Existe, dentro de cada um de nós,
o desejo de realizar um sonho esquecido,
deixado de lado...
Existe, em cada um,
a certeza de uma esperança,
de uma conquista...
Está dentro de nós a razão
pela qual lutamos pela vida...
Está dentro de nós a busca e a coragem...
Portanto, vamos à luta, a hora é essa. (Fernando Pessoa)

RESUMO

A presente pesquisa pretendeu explicitar a contribuição do Programa Saúde da Família (PSF) para a efetivação da participação popular nas áreas de atuação de sete (07) Equipes de Saúde da Família (EqSF) no Município de Duque de Caxias/RJ. Objetivou-se discutir a auto definição da participação popular adotada pelos participantes, as ações desenvolvidas e os fatores que contribuem ou dificultam a efetivação da participação como um princípio constitucional e instrumento da democracia. Para o levantamento dessas informações foram entrevistados 39 profissionais das equipes selecionadas de acordo com a orientação do Núcleo de Apoio Técnico Operacional (NATO) da Secretaria de Saúde. Concluiu-se que apesar das modificações geradas pelo programa sobre os aspectos biológicos da atenção à saúde, o mesmo não pode ser dito com relação à participação popular, visto que não se percebe, nos territórios estudados, a ocorrência de ações populares que contribuam para a melhoria das condições de vida e de atenção à saúde. No entanto, identificou-se que existem condições bastante favoráveis para que as equipes desenvolvam estas ações, com interação da comunidade, desde que capacitadas e instrumentalizadas para tal, pois sensibilizadas e mobilizadas todas estão.

Palavras-chave: Equipe Saúde da Família. Participação Popular. Políticas Públicas. Direitos Sociais. Território.

ABSTRACT

This work presents a survey on the contribution of Family Health Program to the effectiveness of popular participation in the activity areas of 7 (seven) Family Health teams in the municipality of Duque de Caxias/RJ. It discusses the definition of popular participation that the participants adopt, the activities that are developed and, yet, the elements that contribute or hinder the effectiveness of participation as a constitutional principle and a democratic tool. Thirty nine professionals were interviewed according to the recommends from Technical-Operational Team of Healthy Secretary. It concludes that, although the program is capable of to modify biologic aspects it has not carried out any action that resulted directly in the occurrence of popular actions that might contribute to the improvement of life conditions and health programs in the activities areas of Family Health Team. However it has identified quite favorable conditions to the staff to turn real the assignment of planning and implementing actions together with the community. The first step is the health professional be trained and given tools in methodologies susceptible to stimulate community participation and mobilization. We can affirm that the group is sensitized and mobilized for those actions.

Key-Words: Family Health Teams. Popular Participation. Publics Policies. Social Rights. Territory.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS	40
QUADRO 2	TEMAS E CATEGORIAS UTILIZADAS PARA ANÁLISE NA PESQUISA	44
QUADRO 3	DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES PESQUISADAS SEGUNDO LOCALIZAÇÃO E CARACTERÍSTICA	45
QUADRO 4	DISTRIBUIÇÃO DOS INTEGRANTES DA PESQUISA SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL E STATUS DA EQUIPE	46
QUADRO 5	DISTRIBUIÇÃO DOS INTEGRANTES DA PESQUISA SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL	47

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO SEXO	48
GRÁFICO 2	DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA	48
GRÁFICO 3	DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO ESCOLARIDADE	49
GRÁFICO 4	EXPERIÊNCIA ANTERIOR NO PSF	49
GRÁFICO 5	TEMPO DA ATUAÇÃO NA EXPERIÊNCIA ANTERIOR	50
GRÁFICO 6	TEMPO DE ATUAÇÃO NO PSF DE D. CAXIAS	50
GRÁFICO 7	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATUAL EQUIPE	51

SUMARIO

	APRESENTAÇÃO	11
1	REFERENCIAL TEÓRICO	15
1.1	ALGUNS CONCEITOS INTRODUTÓRIOS	15
1.2	ORIGEM DO TERMO PARTICIPAÇÃO POPULAR	18
1.3	RECAPITULANDO A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS E DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO CENÁRIO BRASILEIRO	21
1.4	EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS DIVERSOS CONTEXTOS	27
1.5	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	34
2	OBJETIVOS E MÉTODOS	38
2.1	OBJETIVO GERAL	38
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
2.3	A PESQUISA: NATUREZA E ABORDAGEM METODOLÓGICA	38
2.3.1	O Cenário da Pesquisa	41
2.3.2	O Sistema da Saúde Local	42
2.3.3	Coleta e unidade de análise de dados	43
2.3.4	Unidade de Análise	44
2.4	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	45
2.4.1	Levantamento e Análise bibliográfica e documental	45
2.4.2	Identificação e Análise das variáveis	45
2.4.2.1	O banco de dados	45
2.5	ENTRADA NO CAMPO	48
3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	52
3.1	CATEGORIZAÇÃO DA EQUIPE	52
3.2	PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE – SITUAÇÕES EVIDENCIADAS	56
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	98
	ANEXOS	101

APRESENTAÇÃO

O amplo movimento de “Participação Popular na Assembléia Constituinte” marcou o momento de inflexão de uma nova fase dos movimentos sociais no Brasil. A emergência dos chamados novos movimentos sociais, que se caracterizou pela conquista do “direito a ter direitos”, culminou com o reconhecimento, na Constituição de 1988, em seu artigo 1º, de que “Todo poder emana do povo, que o exerce indiretamente, através de seus representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.” Permeia o texto constitucional diversos instrumentos de representação da participação popular, contudo, de 1988 até a atualidade, a manifestação da participação diversificou-se e outras formas foram acrescentadas ao extenso rol já existente como o orçamento participativo, os conselhos comunitários e conselhos gestores.

Desta maneira, devido a esta multiplicidade de manifestações, foi necessário definir de que participação estamos tratando. Assim, o conceito de participação popular adotado neste trabalho, cujo cenário é o Programa de Saúde da Família (PSF), refere-se a toda e qualquer forma, individual ou coletiva, de envolvimento do cidadão em ações que busquem assegurar, ampliar, consolidar os direitos civis, políticos, sociais instituídos, melhorar a condição de vida, ter acesso a informações essenciais, fazer-se representar e estar presente nos mais diversos espaços públicos de decisão do Estado. Enfim, a participação popular entendida como o próprio exercício da cidadania tal qual proposto na constituição federal contribuindo para a consolidação do Estado Democrático de Direito.

O Programa Saúde da Família, institucionalizado pelo Ministério da Saúde a partir de 1994 como uma estratégia estruturante do sistema de saúde, tem a participação popular como um de seus pilares de sustentação. Adota a família como um “agente ativo” do processo de trabalho das equipes e estabelece com a comunidade uma relação de compromisso e de co-responsabilização.

É neste contexto que a pesquisa se desenvolveu visando abordar o tema participação popular no âmbito das competências do Programa Saúde da Família (PSF) e, nesse sentido, procurou saber como os profissionais das Equipes Saúde da Família (EqSF) no Município de Duque de Caxias se apropriaram desse conceito e se desenvolvem ações capazes de organizar a população cadastrada nos seus territórios de abrangência para fazê-la participar efetivamente no acompanhamento e

na gestão das políticas locais de saúde e em desenvolvimento de ações que contribuam para melhorias local ou preservação de direitos.

Neste sentido, o primeiro capítulo apresenta uma breve análise da participação popular e tipos de movimentos sociais que percorrem as diversas fases da história do Brasil, desde as primeiras resistências indígenas e negras como a Confederação dos Tamoios e os Quilombos, passando pelo ressurgimento dos movimentos sociais na década de 70 até o processo constituinte no final da década de 80 e a instituição dos conselhos de políticas públicas na década de 90.

Para os mesmos períodos históricos contextualizou-se brevemente o sistema de saúde e descreveu-se como se manifestou, ou não, a participação popular e o resultado desta para a conformação do sistema de saúde. Finaliza este capítulo com uma breve descrição do Programa Saúde da Família (PSF).

No segundo capítulo são descritos os procedimentos metodológicos utilizados para a realização deste estudo qualitativo, com finalidade exploratória, tendo como meio o tipo estudo de caso, sendo orientado pelo método dialético auxiliado e pelo método de análise de conteúdo.

Ao todo foram entrevistados trinta e nove (39) profissionais de sete (07) EqSF. Cada profissional, individualmente, constituiu-se em uma unidade de análise.

O terceiro capítulo descreve os resultados encontrados, tendo como referência a visão dos profissionais sobre participação popular. Ao longo da pesquisa foi possível identificar que, para as equipes entrevistadas, a participação popular é reconhecida unanimemente como uma responsabilidade dos integrantes das equipes e que lhes compete como profissionais do programa saúde da família desenvolver outras ações e não só as ações de atenção individual e curativa.

Dentre as características pessoais e profissionais analisadas, duas delas revelaram-se como fatores que interferem no reconhecimento da participação como um princípio constitucional e uma diretriz do programa são elas: a categoria profissional e, sobretudo, a história anterior de engajamento em ações de participação popular seja na vida pessoal ou na vida profissional.

Este estudo, através da análise das falas dos profissionais das equipes selecionadas, norteadas pelas experiências anteriores de cada um, no campo teórico ou prático, procurou aprofundar a questão central do objeto da pesquisa, isto é, a existência ou não da participação efetiva da comunidade nas mudanças geradas pela estratégia Saúde da Família, tanto nos aspectos biológicos da atenção à saúde

como em ações voltadas para a melhoria das condições de vida e no aperfeiçoamento no planejamento local das ações de saúde.

Esse tema, motivação inicial para a realização deste estudo, está intrinsecamente relacionado à minha própria experiência profissional junto a comunidades como Vigário Geral, Vila dos Pinheiros, Pedreira, Portus (todas na cidade do Rio de Janeiro) onde foi possível desenvolver ações que contribuíram efetivamente para que os atores locais se reconhecessem como agentes de transformação e co-responsáveis pela melhoria da qualidade não só dos serviços de saúde, mas da comunidade como um todo.

Ao longo de muitos anos atuando junto a comunidades empobrecidas pude constatar ser possível conciliar o desenvolvimento de ações de atenção a saúde com o desenvolvimento e a participação da população em ações relacionadas à mobilização e organização comunitária na perspectiva de fortalecer a participação popular. Estas experiências resultaram em ações concretas como a formação do Conselho Gestor Local da Unidade Municipal Sylvio Frederico Brauner em Costa Barros, a formação do Conselho de Gestores Comunitários de diversas comunidades da cidade do Rio de Janeiro (CONGESCO), o desenvolvimento de um modelo de Co-Gestão entre moradores de Vigário Geral (MOGEC) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Unidade Municipalizada de Saúde local, a formação de varias organizações comunitárias ou mesmo organizações não governamentais como a ONG A Gente Não Quer Só Remédio, NIAD, o Programa Local de Prevenção (PLP) as DST/Aids adotado como uma linha estratégica do PN-DST/Aids, o Curso de Gestores Comunitários que posteriormente, foi incorporado como uma política de governo, e transformou-se no Centro Nacional de Formação de Gestores Comunitários (CENAFOCO).

A materialização destas experiências me faz crer que, apesar das dificuldades e, por vezes, ate mesmo resistências, é fundamental que as EqSF desenvolvam tanto ações de atenção a saúde como ações que auxiliem as pessoas a se tornarem efetivos “cidadãos de direitos”. Desta forma será possível tornar concreto uma das diretrizes do Programa “(...) o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”.(M.S. 1997, p.7)

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 ALGUNS CONCEITOS INTRODUTÓRIOS

Para iniciar a discussão objeto deste trabalho, **O PSF e o fortalecimento da participação popular em saúde em âmbito local**, faz-se necessário explicitar as bases teóricas que o fundamentam bem como contextualizar o marco histórico determinante dessa prática em saúde no cenário brasileiro.

Foram selecionados os seguintes conceitos para subsidiar a idéia principal: cidadania, direitos sociais, políticas sociais, participação popular e participação popular em saúde definida à luz dos princípios e diretrizes do texto constitucional.

Cidadania é um processo historicamente construído e pode ser entendido como reconhecimento dos direitos e deveres de todo ser humano pelo Estado no âmbito das sociedades modernas. Os direitos aqui citados englobam o conjunto de direitos civis, políticos e sociais assegurados a todo indivíduo independente da raça, religião, sexo, idade ou qualquer outra característica. São, portanto, reconhecidos como **direitos da pessoa humana**. Na história da humanidade, contudo, nem sempre foi assim, ou seja, nem sempre os direitos foram reconhecidos como sendo prerrogativa da pessoa individualmente. Na antiga Grécia os direitos pertenciam ao cidadão reconhecido como pertencente a uma dada sociedade ou grupamento social.

(...) o que definia o indivíduo como sujeito de direito não era a sua condição humana, mas sim a de membro da comunidade política, ou seja, de participante da coletividade/cidade (REIS, 2007, p. 17).

De acordo com Reis é a partir do século XVII com a promulgação da Declaração dos Direitos (*Bill of Rights*) em 1679 que os direitos tornam se reconhecidos como direitos do indivíduo.

(...) no mundo moderno, a noção e a realidade da cidadania também estão organicamente ligados à idéia de direitos; mas num primeiro momento, ao contrário dos gregos, precisamente à idéia de direitos individuais ou civis. John Locke, por exemplo, que viveu no século XVII, baseou seu pensamento político na afirmação de que existiam direitos naturais. Os indivíduos, enquanto seres humanos (e não apenas enquanto membros da polis, como entre os gregos, ou enquanto membros de determinado estamento, como na idade média), possuiriam *direitos* (COUTINHO *apud* REIS, 2007, p. 18).

Ao longo do tempo, pode-se afirmar que há 3 gerações de direitos (MARSHAL *apud* VIEGAS, 2002, p. 2):

- 1ª Geração de Direitos: Direitos Civis – asseguram os direitos da pessoa;
- 2ª Geração de Direitos: Direitos Políticos – asseguram o direito de participar na governabilidade da sociedade;
- 3ª Geração de Direitos: Direitos Sociais – asseguram a participação nos bens e serviços produzidos coletivamente nas sociedades.

Das 3 gerações de direitos, interessa-nos sobretudo, a geração dos direitos sociais, cuja garantia esta diretamente associada à mobilização social, participação

popular e a presença de um Estado capaz de assegurar políticas sociais que contribuam para o bem estar social.

Historicamente, pode-se afirmar que é ao longo dos séculos XIX e XX que os direitos sociais são consolidados nas diferentes sociedades. Bravo (2001, p. 135) define direitos sociais como “conjunto de normas que devem ser obrigatoriamente garantidas pelo Estado e que assegurem dignas condições de vida e de trabalho das classes trabalhadoras”.

Reis (2007, p. 20) analisando o papel do Estado na consolidação destes direitos afirma que é necessária a presença de um Estado que assuma seu papel como provedor das condições necessárias ao efetivo exercício destes direitos e que assegure “(...) participação básica de todos nos frutos da riqueza produzida coletivamente, encurtando as desigualdades sociais e produzindo maior justiça social”.

O mesmo autor afirma que a consolidação dos direitos sociais não é fruto de uma “espontaneidade” ou “oferecimento gratuito” do Estado, mas fruto da mobilização e participação das classes socialmente excluídas dos bens e serviços gerados pelo capital. Ao analisar a consolidação destes direitos na Inglaterra, cita como exemplo de mobilização e participação a Carta do Povo (CARTISMO, 1830), as lutas sindicais, o trabalhismo inglês (LABOUR PARTY, 1906).

Na sociedade capitalista, o processo de industrialização desencadeou uma série de mudanças na infra-estrutura da sociedade, como a modernização da produção, a urbanização, o desenvolvimento tecnológico e a necessidade de mão-de-obra assalariada e qualificada indispensável ao manuseio dos maquinários. O mercado de trabalho passou a exigir uma qualificação mínima para o trabalho nas indústrias, bem como o aumento do número de empregados, caracterizando-se pelo ingresso das crianças e mulheres no mercado de trabalho assalariado.

Todas essas transformações na sociedade e no mundo do trabalho resultaram numa precarização das condições de vida do proletariado, que tem sua força de trabalho mais explorada pelos capitalistas e num agravamento das desigualdades sociais. Desta maneira, o Estado é convidado a intervir no campo da questão social, a fim de amenizar os impactos negativos deste processo de mudanças geradas pela industrialização. O instrumento utilizado pelo Estado para intervir nessas questões consiste na política social, que em sua configuração não

tem o objetivo de produzir mudanças estruturais na sociedade, mas compensar e amenizar os problemas que são resultados do crescimento indústria.

(...) as políticas sociais desenvolvem-se no sistema capitalista, especificamente, a partir da Revolução Industrial como uma maneira de assegurar à população o acesso a bens e serviços indispensáveis a satisfação de suas necessidades básicas de sobrevivência, além de mantê-la enquanto mercado de consumo mínimo (FACEIRA, 2004, p. 4).

Sob este contexto, as políticas sociais são entendidas como resposta do Estado às reivindicações de diferentes classes frente as necessidades do capitalismo: de um lado a classe trabalhadora (dominada) exigindo melhores condições de vida e trabalho, de outro a elite (classe dominante) buscando assegurar condições de manutenção do trabalho como categoria geradora de riqueza. Como afirma Bettiol (2006, p. 30), “as políticas sociais respondem a interesses contraditórios e divergentes da mesma sociedade”.

É durante o século XX que se estabelecem, nos países centrais, as bases da política social como uma resposta estatal às reivindicações e a mobilização social. Analisando o desenvolvimento da seguridade social na Inglaterra, Senna e Monnerat (2007, p. 106) afirmam que:

(...) o *Welfare State* é compreendido como produto de uma situação histórica concreta. É, assim, uma resposta ao desenvolvimento das sociedades capitalistas industrializadas que, num contexto, de alta mobilização social, gera um novo tipo de solidariedade social”.

Enquanto política pública de garantia de direitos sociais plenos, o *Welfare State* manteve-se inalterado até a década de 80 quando entraram em cena os princípios do Neoliberalismo, que dentre outros aspectos buscou reduzir o papel do Estado enquanto provedor e mantenedor de políticas sociais de caráter universalizante para uma perspectiva focalizada e composta por uma “cesta mínima” de direitos (FACEIRA, 2004, p. 4).

Pode-se destacar neste item, que a garantia dos direitos sociais pelo Estado só foi possível a partir da mobilização, participação e reivindicação da própria população configurando-se como uma conquista dos trabalhadores, ou mais modernamente falando, da sociedade civil organizada.

1.2 ORIGEM DO TERMO PARTICIPAÇÃO POPULAR

A participação e o controle social estão intimamente ligados às relações entre Estado e sociedade só sendo possíveis no contexto do Estado Democrático. Por meio da participação popular busca-se assegurar que os grupos possam tanto definir espaços de participação e inscrever novos temas e prioridades na agenda pública como participar na gestão de uma sociedade inclusiva – representa, nesse sentido, resignificar o *Ágora*¹ da antiga Grécia (REIS, 2007, p. 17).

No campo das Ciências Sociais, contudo, o controle social nem sempre foi visto como uma categoria de participação popular, ao contrário, representava uma ação coercitiva do Estado sobre a população:

(...) historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como o controle do Estado ou do empresariado sob as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população (BRAVO, 2001, p. 77).

No Brasil, pode-se dizer que a participação popular e o controle social são conceitos (re)definidos e fortalecidos a partir da década de 90 com a promulgação da Constituição Cidadã, marco do processo de democratização do país. Segundo Bravo (2001, p. 78) “(...) a noção de democracia é concebida por diversos autores como um processo histórico e está relacionada a soberania popular”.

A mesma autora entende que a democracia das massas com ampla participação popular deve envolver tanto as instituições parlamentares, os sistemas partidários quanto os segmentos organizados da sociedade como sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de moradores de bairro e os movimentos sociais democráticos das regiões urbanas e rurais.

Há hoje no Brasil, uma tendência a se entender como práticas participativas àquelas nas quais há uma co-gestão entre Estado e sociedade como os conselhos de gestão, dentre estes os conselhos de saúde. Contudo, faz-se necessário apontar outras formas de participação, que não se voltam apenas para a co-gestão de ações e/ou serviços e nem ocorrem sob as formas institucionalizadas, mas, ocorrem nos espaços da vida cotidiana e buscam autonomia local, melhores condições de vida, a conquista ou preservação de direitos.

O princípio da participação popular é maior que a definição de controle social, sendo este aspecto apenas uma das muitas formas apresentadas na constituição federal de participação popular.

¹ Agora representa a praça principal da *pólis* grega onde ocorriam discussões e tribunais populares onde todas as decisões eram tomadas. Reconhecida como espaço próprio do exercício da cidadania.

A participação popular, reconhecida como soberania do povo sobre o Estado, é uma das cláusulas pétreas do ordenamento jurídico brasileiro e está contemplado no art. 1º, parágrafo único da Constituição quando afirma: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição” (CRFB, 1988).

Diversos outros artigos apresentam diferentes formas de participação popular seja na função administrativa (executiva), legislativa ou judiciária do Estado. A guisa de exemplo citamos:

- O plebiscito, o referendo popular e a iniciativa popular (art. 14) como formas de participação popular na função legislativa;
- A ação popular, a ação civil pública, o mandado de segurança individual ou coletivo, o tribunal popular de júri (art. 5º) como formas de participação popular na função jurídica;
- Os conselhos gestores das políticas sociais de seguridade social (art. 194), da saúde (art. 198), da assistência social (art. 204), da educação (art. 206), da cultura (art. 216), do meio ambiente (art. 225), da criança e do adolescente (art. 227) como formas de participação popular na função executiva.

Podemos ainda citar outras formas de participação popular freqüentes no exercício da cidadania, porém não contempladas no texto da Lei Maior, como: o orçamento participativo, as subprefeituras, os conselhos comunitários, os conselhos autônomos.

O rol de manifestações e representações acima listadas, antes de intentar limitar a participação, tem como finalidade reafirmar o princípio da participação popular como uma forma de se garantir a instituição do Estado Democrático de Direito.

Vale destacar, que a forma pela qual os conselhos gestores de políticas públicas foi inscrita na constituição federal, notadamente o conselho gestor de saúde, por meio de franco processo de participação e de pressão popular colabora para que, muito freqüentemente se confunda a participação popular com o controle social exercido nos conselhos.

De igual forma, é necessário ressaltar, que embora instituída formalmente, as variadas formas de participação popular ainda não se encontram consolidadas na democracia brasileira, exceção que deve ser feita a existência e funcionamento dos conselhos de políticas públicas ou de controle social.

Sem discutir a efetividade ou não do controle social exercido pelos conselhos, não é possível negar que, a representatividade, a obrigatoriedade da criação pela administração pública e a instituição por lei complementar ou dentro dos princípios e diretrizes das diversas políticas públicas podem ser apontados como formas de explicação da maior visibilidade e publicidade dos conselhos comparativamente a outras formas de participação popular.

No âmbito deste trabalho, contudo, utilizaremos a expressão *participação popular* para designar toda e qualquer forma, individual ou coletiva de envolvimento do cidadão em ações que busquem assegurar, ampliar, consolidar os direitos civis, políticos, sociais instituídos, melhorar a condição de vida, ter acesso a informações essenciais, fazer-se representar e estar presente nos mais diversos espaços públicos de decisão do Estado, enfim a participação popular entendida como o próprio exercício da cidadania.

1.3 RECAPITULANDO A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS E DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO CENÁRIO BRASILEIRO

O afluxo e o refluxo das políticas sociais no cenário internacional têm uma “tradução” e implementação bastante própria no contexto brasileiro.

Se há consenso que a década de 30 é reconhecida como marco histórico da implantação das políticas sociais no país, não há consenso quanto a forma como estas políticas foram instituídas. Duas correntes apontam para formações distintas no Brasil: uma corrente, majoritária, refere-se a estas políticas como concessões de um Estado populista, autoritário, como mostram as citações abaixo.

(...) nesse período, as políticas sociais referem-se, principalmente, às relações de trabalho, de alívio à pobreza e a previdência social, sendo consideradas mecanismos populistas e corporativistas, a medida que representavam concessões às populações como estratégia de manter a boa imagem do governo e controlar os movimentos sociais e reivindicatórios de trabalhadores (FACEIRA, 2004, p. 4).

(...) no Brasil, a Proclamação da República não estabeleceu entre nós uma república de cidadãos. Ao contrário, ‘o povo assistiu a tudo bestializado’, efetivando-se basicamente no âmbito das elites brasileiras (CARVALHO, 1987 *apud* CARVALHO, 1998, p. 1).

A outra corrente analisa e afirma que a participação popular como estratégia para garantia dos direitos sempre ocorreu. Carvalho, analisando os movimentos sociais e a participação popular no Brasil afirma que:

(...) a participação democrática nas decisões e ações que definem os destinos da sociedade brasileira tem sido duramente conquistada por esta

mesma sociedade, de um Estado tradicionalmente privatista, que mantém relações simbióticas e corporativas com grupos privilegiados (CARVALHO, 1998, p. 1).

Esta autora afirma que, embora diferenciado do “padrão internacional” a participação popular esteve presente nas diversas fases da história do Brasil, manifestando-se de acordo com a “brasilidade” de nosso povo:

(...) mesmo reprimida como ‘caso de polícia’, ocupando apenas as páginas policiais, a participação popular sempre existiu, desde que existem grupos sociais excluídos que se manifestam e demandam ações ou políticas governamentais. Nesta perspectiva, todas as mobilizações e movimentos sociais são formas de participação popular, que se diferenciam segundo as questões reivindicadas, segundo as formas possíveis, definidas tanto pelos usos e costumes de cada época, pela experiência histórica e política dos atores protagonistas, assim como pela maior ou menor abertura dos governantes ao diálogo e à negociação (CARVALHO, 1998, p. 1).

Aprofundando e sustentando sua argumentação, a autora, como mostra sua citação abaixo, apresenta uma série de exemplos históricos:

(...) deste ponto de vista podemos analisar a “participação” conquistada e possível nas diversas fases e tipos de movimentos sociais que percorrem a história do Brasil, desde as primeiras resistências indígenas e negras como a Confederação dos Tamoios e os Quilombos, passando pelos chamados movimentos camponeses “messiânicos”, como Canudos, pelas lutas abolicionistas, pela Independência, pelas revoltas urbanas contra a carestia, as mobilizações de inquilinos, e tantas outras (CARVALHO, 1998, p. 2).

A segunda corrente, adotada neste estudo, perpassa e sustenta seu referencial teórico. Neste sentido, torna-se necessário resgatar, brevemente, as diversas formas de participação popular como elemento determinante da constituição das políticas sociais em geral e, em particular, da política de saúde. Adotaremos como recorte temporal a década de 30 até a década de 90, época de implantação do PSF no Brasil.

Didaticamente, a evolução das políticas sociais é dividida em diferentes períodos de acordo com o contexto nacional. Em cada uma destas fases a participação popular assume contornos distintos conforme descrição abaixo.

Entre 30 e 45 diversas ações foram implantadas na perspectiva de assegurar direitos sociais ainda que sob a ótica de um estado populista. Por esta razão as políticas sociais tiveram um caráter focalizado e voltado para aqueles que necessitavam da intervenção estatal. Dentre os direitos assegurados estavam a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a carteira e justiça do trabalho. Como Política Social na saúde foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e a Fundação de Serviços Especiais de saúde Pública (FSESP). Ao discutir

a participação popular neste período Reis (2007, p. 40) destaca que a classe trabalhadora tinha consciência de seus direitos, ou seja, da “obrigação dos de cima para com os pobres e, portanto, não é possível afirmar que esta ocupou apenas o lugar de receptora”. E, como se pode observar na citação abaixo, o autor aprofunda a análise sobre as conquistas sociais dos trabalhadores naquele período:

(...) a classe trabalhadora com base em sua própria experiência, valores e crenças em grande medida ‘ressementizou’ e ‘ressignificou’ tanto o discurso estatal quanto a lógica da outorga, que estabelecia os benefícios sociais como dádiva getulista. E, agindo assim, ela não apenas reconfigurou o outorgado, como foi além dele, ou seja, além do projeto de cidadão-trabalhador desejado pelo regime, cobrando do governante os direitos que lhe foram prometidos (REIS, 2007, p. 40).

Nesta mesma linha de análise Reis (2007, p. 44) concluiu que, embora houvesse um entendimento controverso associando “direito social como dádiva ou como favor”, a população sabia dos seus direitos e que deveria reivindicá-los.

Analisando a evolução da participação popular deste período, Carvalho (1998, p. 2), cita o movimento operário, o movimento camponês como representantes legítimos do que se denomina chamar “movimentos sociais”. Não se pode deixar de citar, em período anterior à década de 30, diversos movimentos que se caracterizavam como movimentos sociais onde a participação popular estava presente: resistência indígena, movimento abolicionista, movimento pela independência, a guerra de Canudos, as revoltas urbanas.

Ainda que “à moda brasileira” percebe-se a participação popular neste período como um elemento de garantia de direitos e influenciador nas políticas sociais.

No período de 45 a 64 o Brasil passou por contexto de intenso período de desenvolvimento urbano, industrial e de crescimento econômico, conhecido como “a era dos 50 anos em 5” do então presidente J. Kubitscheck. As políticas sociais desta época precisavam assegurar o desenvolvimento humano como elemento fundamental para o desenvolvimento econômico. Por conseguinte, as políticas sociais tiveram como foco a educação, habitação, saúde, saneamento, alimentação dentre outras.

A participação popular também estava em expansão associada a lutas das diversas categoriais profissionais num crescente processo de organização e reivindicação.

Reis (2007, p. 52) analisando este período concluiu que, a crescente organização e participação popular, ainda que suscitada por categorias de trabalhadores por meio da luta sindical, possibilitou uma “cidadania mais abrangente”. Carvalho (1998, p. 2) corrobora esta idéia citando a forte participação da Liga Camponesa e as reivindicações por “Reformas de Base”.

Após 64 e até a década de 70 com a instalação da ditadura militar, a participação dos movimentos sociais reduziu-se, numericamente, significativamente. Carvalho (1998), contudo, destaca a forte presença da resistência e o enfretamento oferecido por grupos como o movimento estudantil, as guerrilhas urbanas e rurais. Não foi, portanto, por falta de participação popular que a ditadura se instalou. Reis (2007) associou o endurecimento da ditadura pelo movimento de resistência oferecido por diferentes grupos.

As políticas sociais deste período atendiam a interesses econômicos, que, de acordo com Faceira (2004, p. 4) lhe conferiam um caráter “privativista”:

(...) as políticas sociais apesar de públicas, passaram a submeter-se aos critérios de rentabilidade privada, havendo uma forte tendência à privatização. O Estado direcionou sua ação, principalmente, para a classe média, através dos programas de habitação e assistência médica em detrimento dos setores mais populares.

Ainda na década de 70 iniciou-se o processo de abertura política no país possibilitando o ressurgimento e intensificação da organização e participação popular, gerando diversos tipos de movimentos sociais. A estes movimentos Carvalho (1998, p. 3) denominou de “Novos Movimentos Sociais”. Ao caracterizá-los dessa maneira, a autora destacou a importância do papel destes movimentos bem como sua extensa capilaridade:

(...) movimentos que se organizam como espaços de ação reivindicativa, que recusam relações subordinadas, de tutela ou de cooptação por parte do Estado, dos partidos ou de outras instituições. Esses novos sujeitos constroem uma vigorosa cultura participativa e autônoma, multiplicando-se por todo o país e constituindo uma vasta teia de organizações populares que se mobilizam em torno da conquista, da garantia e da ampliação de direitos, tanto os relativos ao trabalho como à melhoria das condições de vida no meio urbano e rural, ampliando sua agenda para a luta contra as mais diversas discriminações como as de gênero e de raça.

Em relação à importância deste período para a consolidação da participação popular, deve-se destacar ainda a avaliação dessa autora, quando afirma:

É o movimento que faz desses movimentos sociais construtores de uma nova esfera pública no Brasil, nova porque praticamente inexistente até a emergência desses novos sujeitos (IDEM, 1998, p. 3).

Ainda neste período observou-se a criação e fortalecimento de movimentos como: Centros Eclesiásticos de Base (CEBs), os clubes de mães, as pastorais populares das igrejas, os movimento de estudantes, movimentos populares por creches, por saúde, a Oposição Sindical Metalúrgica de São Paulo e do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo determinando o que Reis (2007, p. 52) sintetiza como confronto entre a sociedade civil e o poder constituído “(...) alargando os espaços de atuação coletiva para além do permitido pelo projeto de “transição controlada” estabelecido pelos militares”.

Neste novo cenário, o Estado não pode manter-se indiferente ou mesmo manter o padrão anterior de políticas sociais. Desta forma, no Governo de Geisel (1974-1979) as políticas sociais são reconhecidas como fruto da articulação entre Estado e sociedade, sendo desvinculadas do caráter eminentemente econômico que vinha ocorrendo até então.

A década de 80 representa o segundo grande marco histórico para a consolidação das políticas sociais no país: diversos movimentos sociais cuja atuação havia sido retomada na década anterior, ainda que de forma tímida e restrita, “desabrocham” no cenário nacional com maior vigor e visibilidade, conforme assinala Braga (2007, p. 86): “as lutas de grupos populares (...) reacenderam com fôlego renovado, disputando um projeto de sociedade com participação popular e justiça social”. E, como ícone desta participação, Reis (2007, p. 52) aponta o movimento pelas diretas já “(...) a campanha pelas diretas já, (é) apontado por muitos como a maior mobilização popular da história brasileira (...)”.

Como resultado legítimo desta movimentação tem-se a elaboração da CRFB/1988, a “Constituição Cidadã”, em cujo texto insere-se a garantia dos direitos civis, políticos e sociais colocando um fim na prática assistencialista e no uso de favorecimentos para a concessão de direitos. É, como denomina Hannah Arendt (*apud* REIS, 2007, p. 53) a era de “Direito a ter Direitos”.

Este contexto possibilita visualizar a década de 80 como um “divisor de águas” no que refere-se a participação popular sob os seguintes aspectos:

1. quanto à forma de participação popular – embora, como visto anteriormente, jamais tenha deixado de haver participação popular nas diversas fases da história do Brasil, é a partir do final da década de 70 e durante toda década de 80 que esta participação deixa de ser “focalizada”, restrita a determinados grupos para ganhar espaço, visibilidade e disseminar-se em todos os estados do país, junto

aos mais diferentes grupos, de mulheres a trabalhadores, de estudantes a políticos de esquerda:

(...) a massa ocupante das ruas naquele ano, gritando “democracia”, se compunha de muitos grupos com demandas universalistas ligadas às questões trabalhistas, relativas à educação e à saúde pública, entre outras e demandas específicas como referentes as questões da mulher, da criança e dos adolescentes, dos idosos, dos negros e dos povos indígenas (BRAGA, 2007, p. 86).

2. quanto ao objetivo da participação – embora individualmente os grupos tivessem interesses distintos, ao longo da década de 80, contudo, a bandeira era uma só: democracia, justiça social e participação popular:

(...) a sociedade civil, espaço de disputa de projetos de sociedade, vista de longe (como se vê nas fotos daqueles mega comícios dos anos 80) – no coro da reivindicação perante a aparelhagem estatal -, poderia parecer homogênea, defensora dos mesmos objetivos. Entretanto, as oposições entre os movimentos populares progressistas e as organizações ligadas aos interesses dominantes logo se fariam notar (...) (BRAGA, 2007, p. 86).

3. quanto ao resultado da participação – a formulação das políticas sociais no país, sempre foram marcadas por um modelo híbrido entre direito e favor determinando um caráter assistencialista, de benesse as políticas. Na década de 80 consolidam-se as políticas enquanto direito do cidadão e dever do Estado garantido mediante texto constitucional:

(...) se caracterizou pela conquista do direito a ter direitos, do direito a participar da redefinição dos direitos e da gestão da sociedade, culminou com o reconhecimento, na Constituição de 1988, em seu art. 1º de que Todo poder emana do povo, que o exerce indiretamente, através de seus representantes eleitos ou diretamente nos termos desta constituição (...) (CARVALHO, 1998, p. 4).

Carvalho (1998, p. 4) analisando este rico período da história da democracia brasileira afirma que a assembleia constituinte é o momento onde “deságuam” os diversos pleitos pelos quais os grupos organizados vinham lutando há anos. Dentre estes movimentos, cita o movimento pela reforma sanitária brasileira (RSB) cujo objetivo era criação de um novo sistema de saúde. Como resultado do envolvimento e participação não só de profissionais do campo da saúde, mas, da população de um modo geral, consegue-se aprovar o Sistema Único de Saúde – SUS “(...) Sistema Único de Saúde, que institui um sistema de co-gestão e controle social tripartite (Estado, profissionais e usuários) das políticas de saúde, que se articula desde os conselhos gestores de equipamentos básicos de saúde até o Conselho Nacional, regido pela Conferência Nacional de Saúde”.

Este momento histórico vem ratificar a importância da participação da população e inaugurar uma nova época na história da participação que é a criação e consolidação dos espaços de co-gestão das políticas públicas.

(...) merecem também destaque pela participação da sociedade organizada, pressionando e construindo espaços de co-gestão, as áreas que envolvem políticas de defesa da criança e do adolescente e de assistência social. Através das novas leis como o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente – e a LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social – estas políticas marcadas tradicionalmente pelo paternalismo e pelo clientelismo, são redefinidas de modo mais universal e democrático submetidos ao controle social exercido por movimentos sociais e entidades profissionais (CARVALHO, 1998, p. 4-5).

Na década de 90 amplia-se a criação de diferentes conselhos de direito e a participação das Organizações Não Governamentais (ONG) determinando uma nova forma de participação popular - é a era da co-gestão e co-participação (CARVALHO, 1998, p. 7).

1.4 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS DIVERSOS CONTEXTOS

A definição de saúde insere-se no contexto sócio-econômico e histórico de cada sociedade, não sendo por isso uma definição abstrata, mas fruto das conquistas da população em cada contexto. Pode-se afirmar que a definição de saúde adotada pelos governos pode refletir o estágio de organização da própria população.

No âmbito deste trabalho será adotada a definição ampliada de saúde inscrita no texto da Lei nº 8080/90:

(...) a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

A definição acima é fruto de uma longa trajetória de mobilização e participação popular que a sociedade brasileira vivenciou desde o final da década de 70 até a promulgação da Constituição Cidadã (1988) e que, portanto, surgiu como uma conquista da sociedade, que teve seus pontos de luta reconhecidos e ratificados, em sua maioria, pelos constituintes de 1987 naquele contexto histórico.

De igual forma, pode-se afirmar que os modernos sistemas de saúde de países centrais como Alemanha, Inglaterra, França também surgiram no contexto em que a população pressionava o Estado por garantia de melhores condições de vida numa luta que transcendia a luta por assistência a saúde, mas, que exigia a garantia de direitos sociais.

No caso brasileiro, não é diferente: o texto constitucional representa o período histórico vivenciado e os efetivos resultados da participação popular:

(...) a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CRFB, 1988).

Nem sempre, contudo, a assistência foi universal ou assumida como responsabilidade Estatal. Pode se dizer que a história da assistência à saúde no Brasil, durante muito tempo, esteve compartilhada entre modelos distintos, para públicos distintos e sem uma conformação de política de saúde. Foi no início do século XX que a assistência à saúde começou a ser delineada no país como uma “*questão social*” (BRAVO, 2001, p. 22).

A consolidação desta política vem desta época até os dias atuais num movimento dinâmico que ora se torna mais evidente, ora mais retraído, ora atende a interesses dominantes e ora volta-se para as necessidades da população. Só a partir da década de 90, com a consolidação do Estado Democrático de Direito, que a política de saúde inscreveu-se como uma política social tal qual citado acima no texto constitucional. Paralelamente, ao longo destes períodos, identificam-se também distintas formas de participação popular como estratégia para garantia da saúde enquanto direito de cidadania. Os próximos parágrafos abordarão a evolução da política de saúde ao longo das diferentes fases da história do país e como a participação popular se inseriu em cada uma destas fases.

O início do século XX é marcado por um modelo de atenção campanhista, implementado pela “*polícia médica*”. O objetivo das ações era “*higienização*” dos portos e das cidades na perspectiva de assegurar livre comércio exterior. A resposta popular a este modelo de “*assistência*” é marcada pela resistência que levou a ocorrência de eventos como o movimento conhecido como “*Revolta da Vacina*” (1904).

A partir da década de 20 iniciou-se a organização da assistência individual e curativa com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAP’s a partir da

aprovação da Lei Eloi Chaves de 1923. As CAP's configuram-se no “**embrião do modelo previdenciário**” e reproduzem o modelo alemão de seguro social:

(...) as CAP's eram financiadas pela união, pelas empresas empregadoras e pelos empregados (...) os benefícios eram proporcionais as contribuições e foram previstos: assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependente e auxílio funeral (BRAVO, 2001, p. 22).

Reconhecida como uma resposta Estatal aos movimentos operários do período, as CAP's representaram uma ação para conter o movimento e a tensão social reinantes na época. Apesar desta clara intenção as CAP's tinham um “modelo de gestão paritário” e a sua instalação nas empresas estava associada à capacidade de organização e reivindicação das categorias. Assim “os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro (grifo nosso) lutaram pela organização das caixas em suas empresas (...)” (IDEM, 2001, p. 22).

Bettioli, analisando o período afirmou que a criação das CAP's foi uma forma de cooptar o movimento popular e de regular a cidadania:

(...) era uma forma de cooptar um setor da classe trabalhadora, sobretudo, os mais organizados e combativos. Isso criaria uma forma de exclusão da política social entre os próprios trabalhadores, o que, nos termos atuais, é conhecido como cidadania regulada (2006, p. 35).

Entre 30 e 45 as CAP's foram unificadas nos IAP's – Institutos de Aposentadoria e Pensão, e estendidos a um maior número de categorias profissionais. Neste período a saúde pública dividia-se em duas grandes áreas: preventiva para o conjunto da população e a curativista para os contribuintes dos institutos.

Braga e Paula (1986 *apud* BRAVO, 2001, p. 22) citam como principais ações em saúde neste período: campanhas sanitárias; criação do Departamento Nacional de Saúde (1937); interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937; criação de serviço de combate às endemias; reorganização do departamento nacional de saúde em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Neste período ainda se percebe a participação popular, porém significativamente menor se comparada aos períodos anteriores. A unificação das CAP's contribuiu para o enfraquecimento da mobilização das classes trabalhadoras, mesmo as mais organizadas.

No período de 45 a 64 continua o processo de desenvolvimento econômico e urbano instalado no país determinando a ampliação da massa de trabalhadores incluídos nos IAP's. Esta ampliação determinou, já nesta época, uma limitação com os gastos. Outra característica marcante deste período é a crescente tendência para a privatização de oferta de serviços e a consolidação do modelo hospitalocêntrico.

Bravo (2001, p. 23) destaca que até 64 a assistência médica ainda era fornecida pelos institutos e a compra de serviços ainda era pouca, mas já se identificava uma pressão por parte de grupos médicos ligados ao sistema capitalista pressionando o Estado para ofertar financiamento público para uma rede já estruturada de hospitais privados.

Pouco se fala da participação popular deste período.

No período de 64 a 70 é que ocorreram as maiores mudanças na história da saúde pública no Brasil no que se refere a modelo de assistência a saúde. Oliveira e Teixeira (1986 *apud* BRAVO, 2001, p. 24) resumem estas mudanças de forma bastante clara:

- Extensão de cobertura previdenciária por meio da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado como os interesse dos capitais internacionais via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização de prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Pode-se notar que as profundas transformações pelas quais o setor saúde e as políticas de saúde passaram ao longo dos anos sempre se configuraram como mudanças burocráticas, da organização estrutural, seja no que se refere a modelo de assistência, tipo de serviço comprado ou mesmo do financiamento. Nesta fase a população estava desorganizada e afastada de qualquer manifestação, devido ao regime autoritário, portanto, sem condições de pressionar ou influir nas ações, até mesmo por desinformação. Após a movimentação da década de 30, que envolvia

mobilização por questões relacionadas a trabalho e assistência pode-se dizer que houve um decréscimo da participação, passando a população a ter um papel mais expectante do que de agente ativo.

Na década de 80, em franco processo de (re)democratização do país, o movimento popular em saúde ressurgiu, se estruturou e se fortaleceu. A assistência à saúde deixou de ser assunto dos tecnocratas do setor para incorporar-se às discussões e demandas da população.

(...) a saúde, nessa década contou com a participação de novos atores na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser de interesse apenas dos técnicos para assumir a dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2001, p. 25).

As condições de assistência à saúde da época, aliada à grande insatisfação que o modelo vigente causava tanto em usuários como em profissionais, foram elementos que suscitaram uma vigorosa e ampla discussão das necessidades de mudanças no setor saúde. O contexto de abertura política possibilitou a participação de lideranças como Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro e favoreceu que centros progressistas da saúde trouxessem para a discussão no cenário brasileiro, experiências como a reforma sanitária italiana e dos sistemas de saúde de países como Canadá e Cuba. Estas discussões, assentadas em pensadores como Giovane Berlinguer, dentre outros, apontaram para a possibilidade de criação de um sistema único universal, equânime e com participação popular.

Como estratégia de encaminhamento das novas idéias organizou-se, na década de 80, o movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que articulou profissionais e movimentos populares pela formulação deste novo sistema. O grande ícone da RSB foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, conhecida como o maior evento democrático da saúde, inaugurando a época da participação de diversos atores nas conferências como elemento decisivo para a proposição de metas e ações:

(...) a VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas (...). Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu, no cenário de discussão da saúde, a sociedade (BRAVO, 2001, p. 25).

Durante o processo constituinte, inegavelmente, o setor saúde alcançou maior aglutinação e mobilização assegurando na Constituição Federal de 1988 a inscrição de uma das mais democráticas proposições de sistema de saúde da modernidade.

Bravo (2001) ao falar da vitória da plenária da saúde na constituinte aponta como elementos decisivos a “capacitação técnica de formulação do texto constitucional, a pressão sobre os constituintes e a mobilização da sociedade”.

Fleury (*apud* BRAVO, 2001, p. 26-27) ao analisar a política de saúde da década de 80 refere-se ao fenômeno da participação e da mobilização social como a “politização da questão da saúde” e aponta este como um elemento fundamental para assegurar que as mudanças propostas sejam incorporadas às agendas governamentais. Em período posterior, a mesma autora analisando o período de criação e aprovação do SUS aponta para um “(...) afastamento da população da cena política despolitizando o processo”. Fleury segue sua avaliação, reforçando que a forma de assegurar a continuidade do processo e a construção democrática é pela participação popular.

Na década de 80, com o processo constituinte e o processo de reforma sanitária brasileira, a participação popular consolida-se por meio de definição de “controle social”, sendo, portanto, um direito conquistado pela população.

(...) o controle social na saúde é um direito conquistado na constituição de 1988 e refere-se ao princípio da participação popular, que significa a “gestão participativa nas políticas públicas de saúde, ou seja, a sociedade civil organizada planeja e fiscaliza a política local” (PORTO *apud* BRAVO, 2001, p. 80).

Os espaços de participação popular mediatizados e transformados em espaços de controle social representado pelos conselhos (Regulamentado pela Lei nº 8.142) não são as únicas formas de participação, mas são na verdade como afirma Barros (*apud* BRAVO, 2001, p. 80) “os principais mecanismos no que tange a política de saúde (...), pois são os únicos obrigatórios em todo país”. Conclui-se que estes espaços são os mais usuais e de maior visibilidade.

A década de 90 foi palco do avanço do projeto neoliberal no Brasil acompanhando uma tendência mundial. Dentre as diversas proposições deste novo projeto tem-se a redução do papel do Estado. Este, de provedor e executor das políticas, torna-se regulador para as áreas não essenciais como saúde, educação, transporte, cabendo a execução á representantes da sociedade civil, como as Organizações Não Governamentais (ONG), entidades sem fins lucrativos.

(...) o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que possam ser controladas pelo mercado. Consiste na generalização da privatização, publicização dos serviços de

saúde, educação e cultura tornando possível ao Estado abandonar o papel de executor desses serviços (BRAVO, 2001, p. 29).

Este novo modelo de governo implica na redução dos diversos direitos sociais que vinham se consolidando desde a década de 30 e conseqüentemente enfraquecem e diminuem a importância e efetividade dos espaços constituídos para o controle social e a mobilização comunitária.

Bravo (2001) sintetiza o que, para as políticas sociais, significa o estabelecimento deste novo modelo de gestão:

(...) as políticas sociais, segundo o projeto liberal-corporativo ou democracia restrita, tem como principais estratégias: parceria entre o setor público e o setor privado; transformação de instituições públicas (...) em organizações sociais; ênfase nos modelos gerenciais; substituição dos conselhos paritários por conselhos curadores; terceirização dos recursos humanos (exemplo: cooperativas de mercado) (BRAVO, 2001, p. 30).

No que se refere à saúde enquanto política pública modifica-se significativamente a proposta desenvolvida pela RSB e estabelecida constitucionalmente. No novo projeto, o Estado (des)responsabiliza-se da atenção à saúde enquanto dever do Estado que passa a constituir-se em livre iniciativa do mercado. Cabe ao Estado assegurar assistência para aqueles que não podem arcar com os custos da sua própria assistência. Este novo modelo confere a política de saúde uma abrangência focalizada em detrimento do caráter universal estabelecido pela Constituição.

Como conseqüência, na atualidade deixamos de ver e vivenciar a participação popular nas suas diversas formas de manifestação; a participação nos conselhos ainda não se consolidou como um espaço de co-gestão das políticas sociais capazes de influenciar na tomada de decisão e definição de rumos. Diferentemente de outras décadas em que o cidadão era um mero expectante, hoje, este mesmo cidadão está inserido em espaços de decisão como conselhos, fóruns, mas com uma capacidade de intervenção bastante enfraquecida e muito pouco efetiva.

Diversos autores ainda insistem que o caminho para a consolidação da democracia e não apenas de alguns direitos, como a saúde, depende da participação popular:

(...) para viabilizar a democratização na saúde, na direção das conquistas sociais necessárias, sugere-se o aprofundamento de controle social, que significa a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais, visando a construção de uma esfera pública democrática na saúde (BRAVO, 2001, p. 31).

1.5 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A história do sistema de saúde brasileiro aponta para diversas tentativas de reorganização da assistência. Nas últimas três décadas, diferentes programas ou estratégias têm buscado a racionalidade do setor, a otimização dos recursos, a melhoria da qualidade, a garantia de acesso universal, e, sobretudo, a mudança do modelo assistencial.

No final da década de 80, vários municípios brasileiros, sobretudo aqueles no interior do Nordeste, onde a situação em saúde se revelava bastante fragilizada e comprometida, foram compelidos a iniciar uma reformulação do modo de atuar em saúde. Como tentativa de reversão dos drásticos indicadores desenvolveram experiências pioneiras de Agentes de Saúde com a utilização de tecnologias simples como terapia de reidratação oral (TRO), pesagem semanal das crianças, acompanhamento das gestantes, capacitação das parteiras entre outras. Esta experiência demonstrou ser possível adotar a Atenção Primária e a Promoção da Saúde como conceitos fundamentais para a reformulação da atenção e o alcance do objetivo de “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT) tal qual proposto em Alma-Ata (1977) e referendado por Conferências como Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) que corroboram a ênfase na atenção primária além de recomendarem a inclusão da população como co-responsável na formulação e execução de ações de saúde como elemento decisivo para mudança do perfil sanitário dos países.² As primeiras experiências implantadas de agentes de saúde demonstraram ser possível mudar não só os indicadores de saúde, mas a própria organização comunitária destas localidades.

Nas mais diversas regiões do País, municípios como Quixadá – CE, Londrina (PR) e Niterói (RJ) com bolsões periféricos de pobreza e, conseqüentemente, indicadores de saúde que refletiam as precárias condições de saúde e vida destas populações, inspirados na bem sucedida experiência de medicina familiar implementada em alguns países, adotaram modelos similares adaptados às

² Texto com a íntegra destas conferências - Revista Promoção da Saúde, ano 1, n. 1, p. 35-44, ago/out de 1999.

realidades locais, de forma também exitosa³.

Segundo Stotz e Bornstein (*apud* SOUZA, 2001), a criação do PACS recuperou diversas e diferentes experiências no país, sendo que a experiência de Agentes Comunitários do Ceará, foi a que “com pioneirismo e abrangência estadual”, mais contribuiu para o desenho da execução do programa nacionalmente.

Esta experiência desenvolvida a partir de 1987 foi criada como “frente de trabalho” em uma conjuntura de seca e de altos índices de mortalidade infantil, onde um grupo formado principalmente por mulheres, passou a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense (M.S., 2002).

A partir de 1991 o Ministério da Saúde começou a implantar o Programa Nacional de Agentes de Saúde (PNAS), que em 1992 passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Todos estes programas estavam vinculados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), até 1995, quando foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Em meados de 1999 estes programas passaram para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS).

A partir do impacto gerado por estas experiências e pela concreta solução de continuidade existente no sistema de saúde brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de mudança do modelo assistencial.

A estratégia de saúde da família, atualmente entendida como eixo estruturante do sistema de saúde busca romper com o modelo vigente, exigindo a reformulação dos conceitos de saúde e doença, de participação popular e do “*modus operandis*” dos profissionais, serviços e dos gestores de saúde. Representa uma concepção de atenção à saúde que exige uma nova dinâmica de estruturação dos serviços de saúde com o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime e resolutiva, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde e os usuários dentro do contexto da família, da comunidade.

É uma estratégia capaz de possibilitar a organização de todo o sistema de atenção à saúde e não apenas da atenção básica. Tecnicamente, a unidade saúde da família passa a ser a porta de entrada do sistema tendo a promoção da saúde

³ Sobre o contexto do surgimento do PSF ver Revista Brasileira de Saúde da Família (RBSF) - n. 1, 1999.

como orientador das ações. Estruturalmente, é preciso assegurar resolubilidade nesse nível de atenção e o acesso (Integralidade) a todos os níveis de complexidade do sistema municipal de saúde – da equipe de saúde da família ao hospital – garantindo sua articulação com a rede hierarquizada de ações e serviços de saúde.

No que se refere ao princípio constitucional da participação, o PSF o incorpora como diretriz conceitual descrevendo-o em uma via de duplo sentido: de um lado aponta para o papel do usuário como co-responsável na gestão das ações do programa. Do outro indica como responsabilidade do profissional de saúde da família, as diversas formas de participação destes na vida comunitária envolvendo ações que transcendem o setor saúde necessitando, portanto, de parcerias com atores locais como responsabilidade do profissional de saúde da família.

(...) e, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (M.S., 1997, p. 10, grifo nosso).

Apesar da normatização, alguns pontos sobre este tema merecem destaque:

- Ao realizarmos levantamento bibliográfico sobre o tema participação popular em saúde e PSF identificamos que teóricos e profissionais da área tem dedicado menos tempo para discussão e reflexão sobre este tema pois, a produção é significativamente menor se comparada a outros aspectos do programa;
- Quando gestores e defensores do programa apresentam seu impacto, utilizam dados referentes ao processo saúde-doença, mas muito poucos informam do impacto sobre o processo de organização e mobilização comunitária;
- O empenho para capacitar e manter as equipes atualizadas abordam diversos aspectos do programa, mas o tema participação popular não tem recebido muita atenção. Quando o enfocam o fazem sob a ótica do controle social, ou seja, da participação popular restrita ao espaço de conselhos de saúde.

Diante destas lacunas, mas, convencida pela minha experiência profissional que é possível conciliar o desenvolvimento de ações de atenção a saúde com o desenvolvimento e a participação em ações relacionadas a mobilização e

organização comunitária na perspectiva de fortalecer a participação popular, o presente trabalho, desenvolvido em Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro, teve como objetivo identificar qual tem sido a contribuição do PSF para efetivar a participação popular como um direito assegurado ao cidadão.

2 OBJETIVOS E MÉTODOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a contribuição do PSF, por meio das ações desenvolvidas pelas EqSF, para a efetivação do princípio constitucional de participação popular em saúde no âmbito do município de Duque de Caxias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e comparar a definição de participação popular historicamente utilizada/adotada no âmbito da saúde e a apropriada pelas EqSF;
- Identificar, analisar e categorizar ações desenvolvidas pela EqSF que contribuem para a participação popular em saúde no âmbito local e municipal;
- Identificar a distribuição da responsabilidade de desenvolver ações de participação popular em saúde dentro da equipe;
- Identificar que fatores contribuem e/ou dificultam o desenvolvimento de ações de participação popular em saúde pela EqSF;
- Identificar a existência de outras práticas ou ações desenvolvidas pelas EqSF que estejam contribuindo para o fortalecimento da participação da comunidade na elaboração de políticas e controle dos serviços de saúde nas áreas estudadas.

2.3 A PESQUISA: NATUREZA E ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa, com finalidade exploratória do tipo estudo de caso.

O método científico adotado para nortear a condução do estudo foi o Materialismo Dialético, ou dialética.

Ao tratar da escolha do método científico no presente estudo, inicialmente vale destacar uma importante citação de Triviños (1990, p. 13) que entendo ser o ponto de partida que assegura a coerência na condução de todo trabalho científico:

(...) o pesquisador, por coerência, por disciplina, deve ligar a apropriação de qualquer idéia à sua concepção de mundo, em primeiro lugar, e, em seguida, inserir esta noção no quadro teórico específico que lhe serve de apoio para o estudo dos fenômenos sociais.

Dito isto, vale reafirmar que, nenhuma pesquisa científica é neutra, pelo contrário ela representa o ideário político, social e a vivência de cada autor. Com este propósito, o método Dialético escolhido para orientar o estudo e embasar as análises possui um determinante individual carregado da subjetividade, relacionado ao ideal e às crenças de cada pessoa.

Segundo Konder (1985, p. 8), dialética significa “(...) modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação”.

É o método que analisa o fenômeno em estudo em suas diversas dimensões – histórico, político, cultural buscando o entendimento totalizante da manifestação deste incluindo-se aí as contradições próprias de qualquer realidade “a dialética não pensa o todo negando as partes, nem pensa as partes abstraídas do todo. Ela pensa tanto as contradições entre as partes (...) como a união entre elas (...)” (COUTINHO *apud* KONDER, 1985, p. 46).

Ao analisar diversas correntes sociológicas aplicadas ao setor saúde, Minayo (1993) aponta a dialética como uma abordagem pertinente ao setor saúde por que esta assume que todo fenômeno tem uma determinação social e histórica e que, portanto, configura-se como realidades mutáveis. Admite ainda que haja uma permanente tensão gerada por contradições e conflitos que só é admitida e incorporada ao fenômeno quando analisamos este em sua totalidade sendo este um dos princípios básicos da dialética - lei da unidade dos contrários e lei da totalidade.

Moacir Gadotti (2006, p. 31-32) citando os diversos trabalhos desenvolvidos por Marx apresenta uma distinção feita por este, Marx, da dialética enquanto método de exposição e método de pesquisa. Enquanto método de pesquisa a dialética possibilita a “apropriação em pormenor da realidade estudada (...). Ao estudar uma determinada realidade objetiva, analisa, *metodicamente*, os aspectos e os elementos contraditórios desta realidade. (...) Após ter distinguido os aspectos ou elementos contraditórios, sem negligenciar as suas ligações, sem esquecer que se trata de uma realidade, Marx reencontra-a na sua unidade, isto é, no conjunto do seu movimento”.

Sob a orientação do método dialético, neste estudo, a categoria participação popular foi estudada a partir da correlação do tema com aspectos relacionados a:

experiência da vida pessoal, experiência profissional, a categoria profissional, a definição pessoal de participação popular e a identificação de responsabilidades frente ao tema. Identificou-se também a percepção dos profissionais acerca do comportamento da população frente ao tema.

Enquanto tipo de estudo, o presente trabalho configura-se como um estudo de caso, que, de acordo com a definição adotada por Triviños (1990, p. 133), trata-se de uma “pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente”.

Por estãõ razãõ, nos estudos de caso, os resultados obtidos nãõ devem e nem podem ser generalizados, contudo, estes estudos têm como mérito possibilitar a abertura de caminho para outros estudos.

Nesse sentido, Tobar e Yalour (2002, p. 75) consideram que como os estudos de caso se aplicam a poucas unidades de análise, a riqueza está na profundidade desse tipo de pesquisa e não em sua extensão. Isto implica, no entanto, numa seleção significativa de variáveis, capazes de descrever as unidades de análise e traçar seus perfis específicos com profundidade e certo grau de detalhamento. Triviños (1990, p. 111) falando sobre este tipo de estudo aponta como vantagem o conhecimento aprofundado que se obtém e a possibilidade de formulação de novas hipóteses para novos estudos.

Em relação à finalidade dessa pesquisa ela pode ser considerada como exploratória, pois foi realizada em área e sobre temática para a qual existem poucos estudos e conhecimento acumulado e sistematizado. O grande esforço do pesquisador, nesse caso, será o de priorizar os dados, sistematizá-los e definir a utilidade da informação (TOBAR; YALOUR, 2002, p. 69).

Gil (2002, p. 41) afirma que as pesquisas exploratórias têm como finalidade oferecer maior intimidade com o problema, tornando-o mais explícito, e a possibilidade da construção posterior de hipóteses, assumindo quase sempre a forma de estudos de caso. Dessa forma, seu delineamento é muito flexível, envolvendo, de um modo geral, levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas envolvidas com experiências práticas do problema estudado e a análise de exemplos que “estimulem a compreensão” (SELLTIZ *et al.*, 1967 *apud* GIL, 2002, p. 41).

2.3.1 O Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em Duque de Caxias, município que se localiza na Baixada Fluminense, na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.

A escolha do município baseou-se em alguns critérios: o amplo processo de expansão do Programa, notadamente nos últimos dois anos; a avaliação satisfatória da implementação do programa pelo Ministério da Saúde; a realização concomitante de outras pesquisas no município favorecendo o acúmulo de conhecimento sobre a experiência local.

O Município de Duque de Caxias apresenta uma população estimada de 872.762 habitantes (IBGE, 2009), sendo 48% de homens e 52% de mulheres. Duque de Caxias está dividido em 4 distritos: 78% da população concentra-se no 1º e 2º distritos determinando uma densidade populacional de 4.285 habitantes/km². O restante da população, 22%, distribui-se no 3º e 4º distrito que tem uma densidade populacional de 532 habitantes/km² (IBGE *apud* DATASUS, 2009). O 1º e 2º distritos tem características urbanas; o 3º e 4º distritos apresentam características predominantemente rurais.

Ocupando uma área equivalente a 6,8% do Estado do Rio, o município de Duque de Caxias é responsável pela segunda maior arrecadação de ICMS do Estado, atrás apenas da capital. A economia do município é destaque no cenário nacional. Enquanto o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, nos últimos quatro anos, foi de 6,8%, no mesmo período, a economia de Duque de Caxias teve um incremento de 41,6%. O município é considerado um “oásis” de investimentos no país (GAZETA MERCANTIL, 2008). É responsável por 45% do PIB total da Baixada Fluminense. Com uma geografia privilegiada para investidores, o desenvolvimento de Duque de Caxias está calcado em um tripé bem-sucedido formado pelo incentivo municipal, a localização estratégica e, principalmente, a proximidade com a Refinaria de Duque de Caxias (REDUC).

Apesar de ser um pólo econômico bem sucedido, Duque de Caxias é o 27º município fluminense em termos dos indicadores sociais. Apesar de considerado uma cidade de médio desenvolvimento (IDH é de 0,753) 31% das residências não têm abastecimento de água potável, e somente 56,4% utilizam sistema de esgoto sanitário. Em 2007, o município apresentava um coeficiente de mortalidade infantil de 38,3/mil nascidos vivos. Há um grande contraste, dessa forma, entre a economia e as condições de vida da população. De acordo com dados do IBGE, em 2000, a

taxa de alfabetização da cidade foi de 92,4%, índice equivalente ao de Belford Roxo, Município com arrecadação de ICMS 82% inferior ao de Caxias (QUADRO 1).

Variáveis		Indicadores
PIB (R\$)		18.309.544.760,00
População		872.762
PIB per capita (R\$)		20.978,85
IDH (1)		0,753
IDI (2)		0,64
Taxa de analfabetismo	Pop. de 10 a 15 anos	3,8
	Pop. de 15 anos ou mais	8,0

QUADRO 1: INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

Fonte: INEP, 2007.

Obs.: (1) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), (2) Índice de Desenvolvimento da Infância (IDI).

2.3.2 O Sistema da Saúde Local

A rede de assistência a saúde municipal de Duque de Caxias esta composta por três hospitais municipais, sendo um exclusivo para atendimento à população infantil, um estadual, oferecendo atendimento de emergência traumatológico-cirúrgica para todas as faixas etárias, com uma maternidade de alto risco, duas maternidades municipais, seis unidades pré-hospitalares fixas, seis unidades básicas tradicionais, 39 unidades com 70 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), com uma cobertura populacional de 28%, 36 equipes de saúde bucal associadas as Equipes Saúde da Família (EqSF) e dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

2.3.3 Coleta e unidade de análise de dados

A coleta de dados é uma etapa tão importante para a pesquisa qualitativa quanto o é no cenário quantitativo a diferença entre ambas é que na abordagem qualitativa a integração pesquisador-sujeito da pesquisa não é considerado um "(...) risco comprometedor da objetividade, é pensado como uma condição de aprofundamento da relação intersubjetiva (...)" (MINAYO, 1993, p. 124).

Sob esta perspectiva, os instrumentos utilizados devem possibilitar a apreensão da informação e dos diversos fatores que agem sobre o fenômeno em estudo. Para tanto, deve-se assegurar “atenção especial ao informante, ao mesmo observador e as anotações de campo” (TRIVIÑOS, 1990, p. 138).

Neste trabalho foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semi estruturada definida por Deslandes como “uma conversa com propósitos bem definidos” (MINAYO, 1993, p. 57).

A entrevista semi-estruturada (ANEXO 1) utilizada neste estudo compôs-se de duas partes:

- A primeira parte procurou traçar um perfil do entrevistado a partir de características demográficas, de escolaridade, de formação e atuação profissional;
- A segunda parte composta por perguntas abertas buscou apreender o significado, experiências de participação popular em saúde, a contribuição do PSF para o tema, as competências e responsabilidades para o desenvolvimento de ações de participação popular em saúde.

A entrevista semi-estruturada foi aplicada inicialmente, sob a forma de pré-teste junto a profissionais do programa Médico de Família de Niterói. Após o teste ficou clara a necessidade de serem procedidas algumas correções, como a redução do número de perguntas do total de doze para nove e mudanças no enunciado de algumas questões. Durante a aplicação piloto avaliou-se também o tempo necessário para aplicação.

2.3.4 Unidade de Análise

As unidades de análise do presente trabalho constituem-se de equipes de saúde da família do município de Duque de Caxias.

Considerando que a intenção é identificar, analisar e categorizar definição, ações, competências da EqSF no que refere-se a participação popular em saúde, cada profissional, individualmente, constituiu-se em uma unidade de análise, sendo, portanto, entrevistados individualmente. Ao todo foram realizadas trinta e nove (39) entrevistas com profissionais de sete (07) EqSF.

2.4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

2.4.1 Levantamento e Análise bibliográfica e documental

Para a realização deste estudo foram utilizados documentos oficiais sobre o PSF que possibilitaram identificar as diretrizes do programa, as atribuições e competências de cada membro da equipe, o processo de formação da equipe para o programa. Estas informações serviram de base para a análise do conteúdo das entrevistas possibilitando identificar aproximação ou distanciamento do normatizado com o encontrado.

O levantamento bibliográfico sobre o tema e a metodologia escolhida incluiu uma vasta e variada quantidade de artigos, teses, prioritariamente, das áreas de sociologia, direito constitucional, saúde.

Após a leitura flutuante de diversos documentos do programa foram selecionados o Guia Prático do Programa Saúde da Família e o Caderno sobre

Treinamento Introdutório como aqueles que forneceram o maior volume de informações quanto competências, habilidades, atribuições, descrição de atividades referentes a categoria participação popular em saúde.

A leitura dos diversos artigos possibilitou categorizar a participação popular e a participação popular em saúde. Possibilitou também evidenciar e entender como este fenômeno se manifesta em diferentes épocas e contextos da sociedade brasileira em geral e, em particular, na política de saúde.

2.4.2 Identificação e Análise das variáveis

2.4.2.1 O banco de dados

O banco de dados do presente estudo foi composto por:

1. Entrevista semi-estruturada utilizada junto aos participantes;
2. Conteúdo da transcrição das fitas – a matéria prima deste trabalho constitui-se da análise de conteúdo das entrevistas (dados primários, no que diz respeito às questões abertas), que foram realizadas com cada membro individualmente das equipes saúde da família selecionadas no município base da pesquisa.

A análise das variáveis qualitativas do presente estudo se deu sob a referência do método dialético auxiliado pelo método de análise de conteúdo para as questões abertas. A utilização deste método na pesquisa dialética tem um papel complementar, possibilitando uma maior amplitude na análise do fenômeno estudado. Bardin *apud* Minayo (1990, p. 199) define este método como:

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

As características pessoais dos participantes, o tempo de atuação no PSF em geral e em Duque de Caxias, além de experiências anteriores em PSF constituem-se nas informações quantitativas da pesquisa. Estas receberam tratamento estatístico simples (percentual) e são apresentadas para caracterizar o perfil dos participantes.

A análise das entrevistas, feita pela técnica de análise de conteúdo utilizou como orientador a análise temática, ou seja, buscou-se nas entrevistas elementos (temas) que correspondessem as categorias previamente definidas. Segundo Minayo (1993, p.210) “(...) há necessidade de se estabelecer hipóteses iniciais, pois a realidade não é evidente: responde a questões que teoricamente lhe são colocadas (...)”. No entanto, a mesma autora recomenda que estas categorias iniciais seja flexíveis e que permitam outras hipóteses. No caso do presente estudo, elencou-se, inicialmente, quatro (04) categorias para orientar a análise. Durante o trabalho de categorização estas categorias foram confirmadas e duas (02) outras categorias – comportamento da população e condições para o desenvolvimento de ações de participação popular emergiram da leitura e análise das entrevistas. Para desenvolver a análise foram seguidas as etapas abaixo:

Pré-análise: foi feita a leitura flutuante das entrevistas para identificar as categorias de análise presentes;

1. Categorização e agrupamento das falas – após a primeira identificação das categorias de análise, nova leitura foi feita para agrupar as entrevistas segundo as categorias propostas e evidenciadas nas falas. Nesta etapa evidenciou-se a necessidade de criar subcategorias de análises a fim de desagregar ao máximo possível a fala dos participantes de forma a apreender seu real significado. Nesta etapa também buscou-se identificar semelhanças ou diferenças entre as categorias profissionais ;

2. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – após a análise das falas estas foram confrontadas com o referencial teórico, notadamente, as normatizações do PSF, a fim de identificar aproximações, distorções ou inovações frente ao proposto.

A seguir apresentam-se os temas e categorias selecionadas para análise:

	Eixo 1	Eixo 2	Eixo 3	Eixo 4	Eixo 5	Eixo 6
Dimensão conceitual	Tema participação popular	Contribuição do PSF para a participação popular	Competência para o desenvolvimento de ações de participação popular	Responsabilidade pessoal no desenvolvimento de ações de participação popular	Motivação dos usuários para a participação popular	Condições para desenvolvimento de ações de participação popular
Categorias de análise	Definição pessoal de PP	Responsabilidade do PSF	Presença do tema na capacitação introdutória	Relação de profissionais participantes	Tipo de ações desenvolvidas pela comunidade	Tipo de dificuldades apresentadas

	Presença de experiência anterior de PP	Relação de ações desenvolvidas na comunidade	Presença do tema na educação permanente	Presença de ações de responsabilidade pessoal	Tipo de ações desenvolvidas pelos parceiros citados	
		Tipo de modificações percebidas na comunidade	Presença do tema na reunião semanal de equipe	Formas de registro e comunicação das ações citadas	Tipo de representação presente na comunidade	
		Parceiros citados	Planejamento e avaliação das ações executadas		Receptividade e participação dos usuários nas ações desenvolvidas	

QUADRO 2: TEMAS E CATEGORIAS UTILIZADAS PARA ANÁLISE NA PESQUISA

Anteriormente ao início do trabalho de campo, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a aprovação junto ao Secretário Municipal de Duque de Caxias. Antes de se iniciar cada entrevista foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) com o participante que se dispôs a integrar a pesquisa.

2.5 ENTRADA NO CAMPO

A pesquisa desenvolveu-se no período de maio de 2009 a junho de 2009, iniciando-se após o cumprimento da exigência formal de aprovação pela Coordenação do PSF e pelo Gestor Municipal. Atendidas as exigências, a próxima etapa foi a apresentação e discussão da operacionalização do estudo junto a equipe do Núcleo de Apoio Técnico Operacional (NATO).

Na discussão com o NATO evidenciou-se que a técnica de sorteio aleatório para definição das equipes que comporiam o universo da pesquisa não era a melhor estratégia, considerando o perfil heterogêneo das equipes determinado pela realização do I Concurso para profissionais de saúde do PSF em 2007. Com a entrada de novos profissionais as equipes passaram a ser consideradas: novas – maioria dos funcionários recém admitidos ou remanejados de outras equipes; mista – quando tem novos e antigos funcionários; antigas – quando a maioria dos funcionários é antiga.

Diante deste perfil a equipe do NATO avaliou ser melhor indicar as equipes de forma a contemplar todas as categorias, o que poderia não ocorrer no sorteio.

Outro aspecto sugerido pela NATO foram os distritos a serem contemplados. Segundo avaliação da equipe e pelos levantamentos demográficos e de indicadores sociais, o 1º e o 2º distrito muito se assemelham, em oposição 3º e 4º distritos, apesar de rurais, não tem tantas semelhanças sendo recomendado incluir os dois distritos (3º e 4º) e excluir o 2º distrito do universo da pesquisa.

Ao final das discussões o cenário para início do trabalho diretamente com as equipes de saúde da família era o seguinte (QUADRO 3):

Distrito	Unidade e Equipe Saúde da Família	Característica da equipe
1º Distrito	Equipe 1	Antiga
	Equipe 2	Nova
	Equipe 3	Mista com tendências para antiga
	Equipe 4	Nova
Distrito	Unidade e Equipe Saúde da Família	Característica da equipe
3º Distrito	Equipe 5	Mista com tendências para nova
	Equipe 6	Mista
	Equipe 7	Antiga
	Equipe 8	Mista com tendências para nova
	Equipe 9	Nova
4º Distrito	Equipe 10	Antiga

QUADRO 3: DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES PESQUISADAS SEGUNDO LOCALIZAÇÃO E CARACTERÍSTICA

Coube ao NATO o agendamento da primeira visita com cada uma das equipes e as visitas posteriores foram agendadas diretamente pela pesquisadora conforme necessidade de retorno e possibilidade da equipe.

Devido a dificuldades logísticas da equipes e do NATO efetivamente só foram agendadas seis equipes do total selecionadas. Uma equipe, do 3º distrito, foi inserida no decorrer da pesquisa.

Desta forma, o universo do presente estudo compõe-se de sete equipes saúde da família de dois distritos, 1º e 3º (QUADRO 4). Destas equipes, em cinco foi possível entrevistar todos os componentes da equipe e em duas somente alguns componentes. Nestas duas equipes, identificamos resistência dos demais elementos em participar e optamos por não insistir na inclusão.

Distrito	Unidade e Equipe Saúde da Família	Característica da equipe	Categorias profissionais participantes da pesquisa	Quantitativo de profissionais	Status da equipe
1º Distrito	Equipe 1	Antiga	Médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, ACS	06	completa
	Equipe 2	Nova	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS	06	completa
	Equipe 3	Mista com tendências para antiga	Médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, ACS	05	completa
	Equipe 4	Nova	Médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, ACS	07	completa
3º Distrito	Equipe 5	Mista com tendências para nova	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS	05	completa
	Equipe 6	Mista	Enfermeiro, dentista, ACS	05	incompleta
	Equipe 7	Não informado	Técnico de enfermagem, ACS	05	Incompleta

QUADRO 4: DISTRIBUIÇÃO DOS INTEGRANTES DA PESQUISA SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL E STATUS DA EQUIPE

Categoria Profissional	Quantitativo
Médico	05
Enfermeiro	06
Dentista	03
Técnico de enfermagem	06
ACS	19
Total	39

QUADRO 5: DISTRIBUIÇÃO DOS INTEGRANTES DA PESQUISA SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL

A fim de resguardar a privacidade dos participantes e o sigilo das informações obtidas neste estudo, optou-se pela codificação quando da utilização das falas dos

entrevistados. Foi utilizada a seguinte metodologia: os profissionais foram agrupados nas respectivas categorias e cada questionário foi numerado em uma ordem seqüencial numérica crescente para cada categoria. Desta forma temos:

- Enfermeiros – Enf 1 ... Enf 6;
- Médicos – Méd 1 ... Méd 5;
- Dentistas – Dent 1 ... Dent 3;
- Técnico de Enfermagem – T. Enf 1 ... T. Enf 6;
- ACS – ACS 1 ... ACS 19..

Também sublinhamos a questão central das falas dos entrevistados, com a propósito de evidenciá-la e facilitar sua análise.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1 CATEGORIZAÇÃO DA EQUIPE

A distribuição segundo sexo (GRÁFICO 1) revela que 90% ou 35 participantes, era do sexo feminino. Apenas 4 homens, 10%, integraram o universo da pesquisa. Este perfil acompanha a tendência de feminilização das carreiras da área de saúde, notadamente a medicina que da década de 80 em diante apresenta maior quantitativo de alunas ingressando no curso.



GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO SEXO

Cruzando sexo por categoria profissional identificamos que, dos quatro homens participantes dois são médicos e dois são enfermeiros. 100% das ACS são do sexo feminino. Isto nos faz pensar a quem está destinado o ato de cuidar, sobretudo, nas camadas mais empobrecidas que é o universo das agentes de saúde.

A distribuição por faixa (GRÁFICO 2) etária variou de 24 anos a 58 anos, sendo a maior predominância nas faixas de 24 a 28 anos (11 participantes) e 30 a 35 anos (10 participantes). Juntas estas duas faixas concentram mais de 50% dos profissionais.

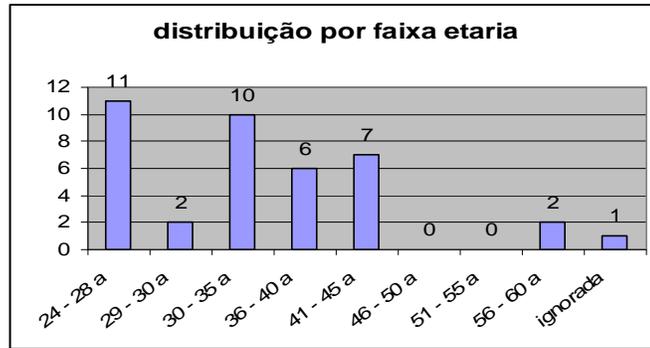


GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

A distribuição por escolaridade (GRÁFICO 3) traz um dado importante – somente uma das agentes de saúde tem apenas o ensino fundamental, todas as demais tem o ensino médio completo. Uma agente tem curso superior completo de serviço social. Algumas técnicas de enfermagem também apresentam nível de escolaridade acima do exigido para a função, três técnicas tem ensino superior incompleto (nenhuma está atualmente cursando).

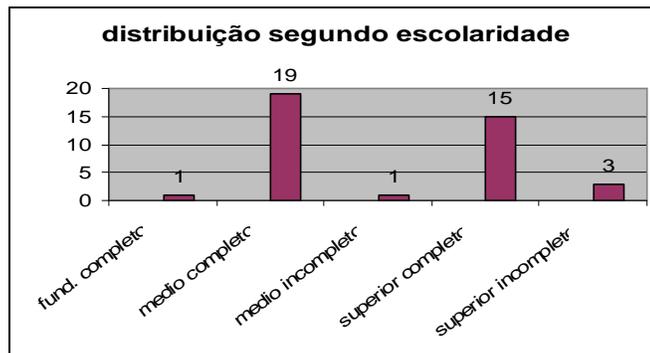


GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO ESCOLARIDADE

Em relação a experiência anterior no PSF (GRÁFICO 4), 31% dos participantes (12 participantes) já tinham atuado em outros Programas de Saúde da Família incluindo-se interior do estado e nordeste. O tempo de atuação (GRÁFICO 5) nestas outras experiências variou de apenas 1 ano ate mais de 10 anos, contudo a maioria concentrou-se entre 1 a 3 anos (5) e 5 a 10 anos (3). Demonstrando que, mesmo para profissionais mais novos como os que integraram a pesquisa, o PSF já se apresenta como uma alternativa de mercado de emprego.

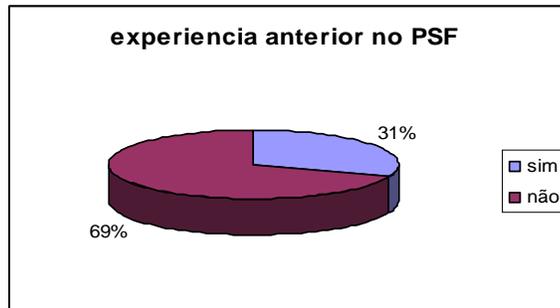


GRÁFICO 4: EXPERIÊNCIA ANTERIOR NO PSF



GRÁFICO 5: TEMPO DA ATUAÇÃO NA EXPERIÊNCIA ANTERIOR

Em relação a atuação no PSF de Duque de Caxias (GRÁFICO 6) e o tempo de atuação na atual equipe (GRÁFICO 7) percebe-se uma diferenciação: 28% dos participantes esta atuando em Duque de Caxias entre 5 e 10 anos o que fala a favor de uma consolidação da estratégia no município. Logo a seguir temos 26% que atua entre 1 e 3 anos e 23% que atua entre 3 e 5 anos. Apesar da realização bastante recente do concurso o numero de participantes que tem ate 1 ano de atuação em Duque de Caxias é de 18% ou apenas sete participantes.

Quando refere-se a atual equipe percebe-se uma diferenciação de comportamento. A distribuição tende ao equilíbrio entre todos os períodos apresentados, mesmo aqueles que atuam há bastante tempo em Duque de Caxias não estão há muito tempo na mesma equipe. Isto sugere uma migração interna dos profissionais no programa.

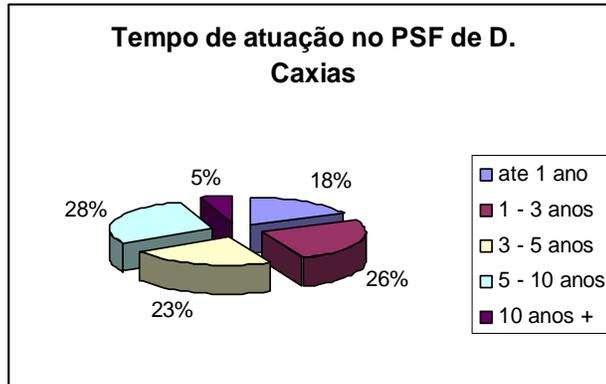


GRÁFICO 6: TEMPO DE ATUAÇÃO NO PSF DE D. CAXIAS

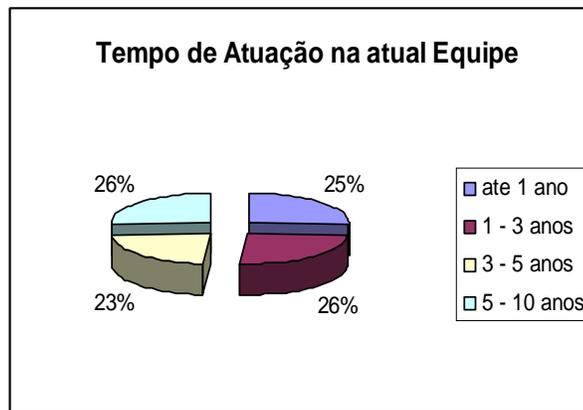


GRÁFICO 7: TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATUAL EQUIPE

3.2. PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE – SITUAÇÕES EVIDENCIADAS

A utilização do termo participação popular em saúde surgiu no final da década de 70 em detrimento da expressão participação comunitária, num momento de desencanto dos profissionais de saúde com a propalada capacidade de transformação atribuída ao modelo de participação comunitária:

(...) no campo da saúde, pode ser dito que a idéia de participação popular desenvolve-se tendo como pano de fundo o crescente desencanto dos agentes vinculados ao pensamento crítico em saúde com os poucos resultados políticos e técnicos das práticas de participação comunitária (CARVALHO, 1994, p. 21).

Na década de 80 o uso do termo foi intensificado associado ao ressurgimento dos movimentos sociais e as diversas manifestações por modificações no setor saúde. Na década 90 o termo se consolidou no cenário nacional durante o período da Assembleia Nacional Constituinte, no qual o setor saúde foi um dos grupos mais propositivos e atuantes. Como resultado obteve-se a inscrição, na Constituição Federal, de uma proposição democrática do sistema de saúde que assegurou a participação popular como uma de suas diretrizes.

É a partir deste contexto que, no presente trabalho, estaremos utilizando a definição de participação popular de forma a identificar se o trabalho das equipes de saúde da família de Duque de Caxias tem contribuído ou não para a efetivação da participação popular na perspectiva do exercício de cidadania como princípio do Estado Democrático de Direito. Neste sentido a participação transcende os espaços dos conselhos de saúde.

Partindo desta delimitação do objeto de estudo e tendo o método de análise de conteúdo como instrumental, as falas dos participantes foram desagregadas em um dos seis (06) eixos de análise (p. 36) e categorizadas de acordo com os núcleos temáticos evidenciados.

Eixo 1 – Participação Popular em Saúde

O tema participação popular foi trabalhado tendo como referencial duas categorias de análise:

I - Definição pessoal de participação

II – Presença de experiências anteriores de participação popular

I – Definição Pessoal de Participação

Após a leitura flutuante das entrevistas e a identificação da categoria – definição pessoal, considerei ser necessário subcategorizar o tema para perceber o real sentido atribuído pelo entrevistado. A subcategorização foi realizada a partir dos seguintes núcleos temáticos: direito do usuário, participação no sistema de saúde e participação na gestão do PSF, “participação passiva”, participação no conselho de saúde e educação e saúde.

Pude perceber que a definição variou de acordo com a categoria profissional. Para os agentes comunitários a participação tem uma conotação de “direito do usuário” se aproximando da definição de participação como garantia de direitos. A noção de participação nas decisões do sistema de saúde e na gestão do PSF é mais comum entre Médicos e Enfermeiros. Contudo, não se percebe a incorporação destas falas no planejamento das equipes.

Os técnicos de Enfermagem, em sua grande maioria, definem participação numa perspectiva de “passividade” do usuário.

A participação nos espaços de controle social (conselhos) foi citada por um reduzido número de profissionais e com conotações bastante distintas. Pode se afirmar que somente uma das falas aponta a participação nos conselhos como instância de garantia de direitos e de qualificação das políticas públicas.

Dentre todas as subcategorias adotadas a educação e saúde foi a mais prevalente.

Subcategoria “direito do usuário” – nesta categoria foi possível identificar que a noção de participação popular assumida por alguns profissionais, notadamente pelos ACS, é aquela que refere-se a participação popular em saúde como forma de garantia de direitos, como instrumento da democracia. O usuário é visto como um agente ativo de mudança na busca por melhores condições de vida. Neste caso a definição adotada se aproxima da definição de Bordenave (1994, p.22 apud Dias, 2007, p.45) onde participar significa “tomar parte ou ter parte em algo, ou ainda,

fazer ou ser parte de algo” ou seja, o usuário participa das ações que lhe permitirão assegurar seus direitos numa perspectiva de “Cidadania Ativa” (BENEVIDES, 1994 apud LACERDA, 2007, p. 198). A normatização do PSF incorpora esta definição de participação como uma diretriz do programa e recomenda que os profissionais e usuários busquem juntos estratégias de construção de melhores condições de vida (M.S., 2004, p 73-74):

(...) “torna-se fundamental entender a saúde como produção social, isto é, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia. Busca-se, dessa forma, compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores (intersetorialidade) e a participação social. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos (e não apenas pacientes) capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto individual como coletivamente”.

(...) esta é a participação que a gente queria que eles tivessem o entendimento. Que eles acordassem para saber que a população tem uma força muito grande que pode conseguir muita coisa em benefício próprio, em melhorias através da população mesmo - ACS 2

(...) é o interesse da população de melhorar a qualidade de vida dela mesmo. A gente procura a todo momento fazer isto, já que eu falei que nos somos apoio, a gente tenta orientar a população a buscar seus direitos. Eles tem aprimorado neles esta capacidade de querer buscar, ate mesmo para esculchar a gente. Se eles vem aqui e acham que não foram bem atendidos, pegam o telefone para ligar e para reclamar acho que foi uma conquista nossa de colocar neles a vontade de procurar o direito deles - ACS 19

(...) nós enquanto equipe de saúde procuramos colocar as informações para a comunidade a respeito daquilo que eles têm direito como moradores do bairro, como saneamento, infraestrutura ao bairro, mostrando os direitos que eles tem para que eles possam estar buscando esses direitos - ACS 13

(...) as famílias tinham que participar mais, elas tinham que ter um líder na comunidade para poder controlar, por que eles não tem nada, tinham que ter a participação da população com a prefeitura para poder estar vendo os benefícios para a comunidade. Se eles olhassem para a gente com os mesmos olhos que a gente olha a participação o impacto seria maior - ACS 6

Subcategoria “Participação no Setor Saúde e na gestão do PSF” – na diretriz conceitual do PSF identifica-se uma recomendação para que se assegure a participação do usuário no processo de monitoramento das ações (...) “estimular a

organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões”. (M.S., 1997, p. 10). Nessa definição o usuário assume o papel de co-gestor das ações. Foi possível identificar em algumas falas, sobretudo, entre Médicos e Enfermeiros, esta noção da participação popular como um instrumento de gestão do PSF e de participação nas decisões do setor saúde (citada como “opinar”). Vale destacar, contudo, que nenhum dos participantes manifestou a incorporação desta participação no planejamento das ações do trabalho das equipes. Sob este aspecto (CORDEIRO apud LACERDA, 2007, p. 202) “(...) Enfatiza que o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania está estritamente associado às formas de organização política da comunidade para o efetivo exercício do controle social.”

(...) é a inserção da comunidade nas ações de saúde que o PSF promove. Desde o agendamento até o funcionamento do PSF - Enf 2

(...) é o envolvimento da comunidade, da população na decisão de tudo relacionado a saúde daquela comunidade, daquela população, levando em consideração onde a comunidade está inserida, é este poder que ela tem de estar opinando, está decidindo esta agindo em situações que possam influenciar a saúde dela - Enf 1

(...) eu acredito que seja você ouvir o que a população tem a dizer e ela se inserir no contexto do programa. A população participar, falar primeiro o que eles querem, e se inserir no contexto - Méd 3

(...) nós tivemos 3 ou 4 encontros, nosso trabalho era entender como a população via o PSF, o que eles achavam o que era o PSF e tentar explicar como isto funcionava. Foi muito legal as pessoas entenderam o que era o PSF e nesta conversa a gente teve muitos lucros, as pessoas começaram a ver o PSF com outros olhos, nosso trabalho no dia a dia melhorou elas vinham para o PSF tentar resolver outros problemas e não só por problemas de saúde, para serem consultadas - Méd 5

Subcategoria “Participação Passiva” – um outro grupo de profissionais reconhece o usuário como um agente passivo, um receptor de informações. Na definição adotada por este grupo de profissionais cabe ao usuário “receber informações sobre o programa para utilizá-lo corretamente, entendendo seus limites e possibilidades”. Esta definição é marcada pelo papel passivo atribuído ao usuário. Assemelha-se ao que Benevides (1994 apud LACERDA, 2007, p. 198) define como “democracia

passiva” aquela instituída pelo Estado, mas não assumida pelo cidadão como forma de avançar na direção da garantia ou construção de direitos. Esta definição afasta se da normatização do PSF e contraria a orientação que os profissionais devem estabelecer vínculos com a população “(...) estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida”.(REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1999, P.4)

Este tipo de definição foi mais freqüente entre os técnicos de Enfermagem, sendo entre estes quase majoritária, levando nos a questionar que fatores podem estar contribuindo para este tipo de comportamento:decorre da formação? É conseqüência do trabalho mais interno na unidade? É conseqüência de uma menor participação em encontros de educação permanente?

(...) já estou há bastante tempo no PSF, tem três anos, então eu penso que a gente tem que falar todo dia que o PSF não é você chegar aqui e ter um atendimento. É você promover, levar informação para as pessoas (...). As pessoas chegam aqui querendo ser atendidas, então antes de começar, eu converso, explico o que é o PSF. Para mim é muito importante esse trabalho de esclarecimento - T.Enf 5

(...) quando a gente trata mais da área de informação, a gente reúne a comunidade para trazer informações do nosso trabalho, das deficiências, até para eles entender mais o que é atendimento básico, a gente procura trabalhar mais prevenção da saúde, orientação e isto acontece quando a gente está trabalhando nas palestras - T.Enf 6)

(...) significa a população demonstrar o que ela busca no PSF, as suas necessidades pro PSF, por que cada população tem a sua necessidade maior. A meu ver a população aqui está carente de informação e de entender qual é papel do PSF para comunidade. Acho que eles buscam mais atendimento, vem para resolver seus problemas Médicos, falta muito esta questão de prevenção, que é um dos pontos principais da equipe, do propósito do PSF. A participação popular deveria ser maior no intuito dela entender o que é o PSF - Dent 2

(...) seria a participação da população nas nossas palestras, nos eventos que a gente promove. Muitas pessoas não comparecem, mas as que comparecem são comunicativas, participativas - T.Enf 2

Subcategoria “Participação no Conselho de Saúde” – na literatura é freqüente utilizar-se o termo participação popular para referir-se a participação nos espaços dos conselhos, ou seja, a prática do controle social. Esta é, inclusive, a forma mais

usualmente discutida e descrita de participação popular⁴. Regulamentados em lei os conselhos existem desde 1990 e é uma das atribuições da equipe do PSF incentivar a participação dos usuários nos conselhos: (...) “incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde”. (M.S., 2004, p. 75). No âmbito das entrevistas realizadas, chamou-nos a atenção a ausência de citações sobre o conselho municipal de saúde. Apenas três entrevistados citaram o conselho e de forma bastante distintas: um como uma vaga lembrança de algo que estudou, sem que se perceba aplicabilidade na prática cotidiana. Outro de forma muito inconsistente, vaga. E um terceiro participante aponta o conselho como uma instancia decisória, mas sem resolutividade. Na amostragem de profissionais participantes deste estudo os conselhos parecem não configurar como uma instância concreta da política de saúde nem como uma forma de participação popular em saúde tendo em vista a reduzida quantidade de citações sobre este. Este resultado difere do reconhecimento da participação popular em saúde como forma de controle social como prevalente no referencial teórico consultado.

(...) é a população realmente estar opinando, participando das condições de saúde, ser crítica mesmo, estar atuante e presente nos conselhos. Eu me lembro que na faculdade (grifo meu) discutíamos muito sobre os conselhos, sobre a população estar atuando nos conselhos. Estar atuante no processo saúde doença - Enf 6

(...) é o que a população consegue intervir, trabalhar junto na questão da saúde, através dos conselhos ou de uma organização e desenvolver um trabalho junto - Enf 4

(...) a gente divulga para a comunidade, mas eles não costumam ir. Por que o que eles alegam meu filho, minhas coisas. A comunidade não sabe a força que ela tem por que a partir do momento que você tem consciência que você pode mudar muitas coisas a partir das reivindicações com certeza eu acho que a gente teria muitos ganhos, mas eles não tem esta consciência (...). Ele (conselho) não tem nenhuma resolutividade. Eu acho que a população é culpada se eles tivessem uma outra mentalidade não estaríamos nesta situação que estamos hoje - ACS 2

⁴ Não nos ateremos neste trabalho a discutir representatividade ou efetividade dos conselhos. Existem diversos estudos sobre este tema. No âmbito deste trabalho, nos importa a noção de existência dos conselhos como instância de participação popular.

Dos núcleos temáticos apresentados acima, nenhum deles configurou-se como majoritário ou predominante entre os entrevistados. Os núcleos evidenciados emergiram das falas e contribuíram para identificar as diversas formas de participação popular reconhecidas e assumidas pelos entrevistados. Contudo, a subcategoria educação e saúde foi a mais predominante entre todas as categorias profissionais indiscriminadamente.

Subcategoria “Educação e Saúde” - Dentre os entrevistados a definição mais predominante de participação popular em saúde se afasta da definição que estamos adotando no âmbito deste trabalho – uma definição que se apóia no papel ativo do indivíduo na garantia de direitos. A definição mais comum entre os entrevistados refere-se a participação enquanto educação e saúde, esta entendida como um instrumento normativo, ou seja, uma (...) “forma de fazer as pessoas do povo mudarem alguns comportamentos prejudiciais a saúde” (VASCONCELOS, 1989, p. 20). O mesmo autor chama atenção para o fato que, educar para a saúde pode ser uma forma de participação popular em saúde se reconhecermos o processo educativo como uma forma de contribuir para a compreensão dos problemas e das suas prováveis soluções. Nas falas dos entrevistados, contudo, não foi esta a conotação dada a definição, mas um entendimento da educação e saúde como um componente normativo com o objetivo de instruir como se comportar. Percebemos que não houve dúvida quanto a assertividade desta afirmação. Uma das falas traduz de forma enfática esta certeza:

(...) Para mim a participação popular é isso a Educação em saúde - T.Enf 3

Complementarmente, parecendo não querer deixar dúvidas quanto ao entendimento, os participantes apresentaram os temas (hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, tuberculose, planejamento familiar) e as estratégias de operacionalização (palestras em escolas, igrejas, e junto a outros parceiros locais quando convidados). A confusão conceitual entre participação popular em saúde e educação e saúde pode ter como explicação a representatividade do papel dos profissionais de saúde – detentores de saber e de poder sobre as causas das doenças e ao processo de formação profissional onde aprendem a “orientar os

ignorantes a como tratar os filhos, como se tratar a fim de prevenir doenças” tal qual afirma Costa (1983, p.213). Este tipo de prática educativa desenvolvidas no PACS/PSF é apontada por Stotz (2005, p.11) como de baixa efetividade para gerar mudanças coletivas.

(...) as pessoas estarem presentes às palestras, compreenderem o método de prevenção das doenças, ter cuidado básico Dentro da família, seguir orientação medica - ACS 13

(...) por que estou falando isto tudo, por que as atividades educativas ficaram um pouco de lado. Minha área é muito distante então marcamos as reuniões e as pessoas não vem. Por exemplo, marcamos reunião de gestantes vem duas. Decidimos trabalhar com parceiros mapeamos as escolas da área, JOCUM, igrejas. Mas temos outra dificuldade: os agentes não gostam de desenvolver atividades educativas. Por que acham que as pessoas não vão gostar - Enf 5

(...) é fazer as pessoas se sentirem mais responsável pela própria saúde delas e dos outros. Entenderem melhor os fatores de risco, as doenças, o que é importante para a saúde delas e procurar colocar isto em prática. De repente através das atividades educativas, atividades coletivas - Dent 1

(...) o PSF venho a calhar nisso por que, leva para dentro da casa das pessoas a educação em saúde. Sobre alimentação, higiene, parte sócio-econômica por que ajuda muito (...) Por que o PSF implementa isto – lavar mãos, frutas, leva para dentro dos domicílios que você vê que não tem. Quando você começa a trabalhar você vem que nas populações mais pobres não tem. Isto é uma coisa básica em saúde que ajuda muito - T.Enf 3

(...) é uma coisa boa para a população. As palestras, é dar informação para a população - T.Enf 1

Para encerrar este item, citamos uma fala também enfática, mas em sentido diametralmente oposto a todas as demais citadas que retoma o objeto de estudo deste trabalho:

(...) tem muita gente que confunde educação em saúde com participação popular - Méd 5

II – Experiências Anteriores de Participação Popular

A análise desta categoria foi realizada adotando como referência a forma como os entrevistados informaram ter desenvolvido ou estar desenvolvendo ações de participação popular em saúde. Dentre todas as categorias de análise utilizadas identificou-se ser esta a que mais influenciou no entendimento/definição de participação popular dentre os entrevistados sem distinção entre as categorias profissionais. Identificamos, no entanto, que a categoria profissional influencia quanto aos espaços de participação popular.

Para os ACS a forma mais freqüente de participar é junto a igrejas sejam elas católica ou protestante. Nas atividades relatadas identificou-se um forte componente assistencialista – distribuem alimentos, agasalhos, ajudam na inserção em mercado de trabalho. Sem discutir a pertinência ou não destas ações, podemos destacar que elas se afastam da definição de participação popular no sentido da busca da autonomia, da garantia dos direitos.

Para os profissionais de nível superior a participação esta associada a experiências anteriores de PSF notadamente no interior do estado ou no nordeste. Nestes casos os entrevistados relataram uma participação freqüente junto a conselhos, associação de moradores, grupos comunitários se aproximando mais da definição de participação adotada neste estudo. Para este grupo, percebemos uma certa desilusão comparativamente a forma como estão atuando atualmente. É como se o PSF que estão atuando não possibilitasse o desenvolvimento de outras ações que não as ações de atenção em saúde, como ações do tipo extra muros, extra consultórios extra equipes odontológicas. Percebe-se também uma desilusão frente receptividade da população a outros tipos de atividades que não o atendimento individual.

(...) lá no (...) desenvolvemos um trabalho junto com os conselheiros, junto com a associação de moradores. Lá quando cheguei não tinha consultório eu rodei muitas unidades para ver se tinha e os conselheiros ajudaram muito até eu conseguir construir o consultório por reivindicação deles. A associação de moradores também participou muito. Lá tínhamos pessoas muito articuladas que participavam muito, corriam atrás, a associação de moradores também participava. (...). Lá eles participavam e conseguiam as coisas efetivamente: teve a construção do consultório que eles se

mobilizaram, tiveram a participação para afastar uma medica, uma agente - Dent 3

(...) em outro lugar eu sempre recebia (convites) – vocês podem fazer uma palestra, vai ter um a feira vocês podem fazer uma escovação, instrução de higiene. Nunca recebi este tipo de pedido da comunidade só da própria SMS - Dent 1

(...) na experiência anterior tinha a participação da associação de moradores, das pessoas da comunidade, com outros grupos. Os pacientes ficam mais orientados, o tratamento fica mais fácil, eles participam mais, respeitam mais... - Enf. 4

Um terceiro grupo, ainda que menor, mencionou o desenvolvimento de ações de participação popular em saúde durante a graduação. Este grupo compõe-se de participantes mais jovens, com idade entre 25 e 28 anos e com tempo de atuação no PSF de Duque de Caxias de 1 a 3 anos.

Há ainda a descrição de uma atuação junto a uma ONG na África.

Eixo 2 - Contribuição do PSF para Participação Popular em saúde

Adotamos neste trabalho que a participação popular sempre esteve presente nos diversos momentos da história do Brasil sob diversas formas de manifestação. Identificou-se que as “bandeiras universais” como a luta contra a ditadura militar, a luta pela democracia e pela garantia dos direitos, o “movimento das diretas já” foram aquelas que aglutinaram pessoas de diferentes idades, classes sociais, interesses diversos em prol de um único objetivo comum. A este fenômeno alguns teóricos do assunto referem-se como “inimigos comuns” (Carvalho, 1998). Em alguns momentos, contudo, a participação popular encontra-se restrita a interesses

particulares de apenas alguns grupos. De uma forma ou de outra, não se pode negar que a participação popular tem poder para interferir em rumos e decisões.

Este Eixo 2 configura-se no cerne desta pesquisa cujo objetivo é identificar a contribuição do PSF para o fortalecimento da participação popular em saúde em âmbito local. Dentre as falas buscamos selecionar categorias de análise que nos permitisse identificar a contribuição ou não do PSF. Desta forma, neste eixo foram elencadas as seguintes categorias:

- I – responsabilidade do PSF frente a participação popular em saúde
- II – relação de ações desenvolvidas na comunidade
- III – tipo de modificações percebidas na comunidade
- IV – parceiros citados

Unanimemente todos reconheceram ser responsabilidade do PSF desenvolver ações de participação popular em saúde. Vale lembrar que esta resposta está referida a pergunta nº 1 em que o entrevistado define o que é participação popular em saúde. Com isto, queremos destacar que, embora todos concordem que é responsabilidade do PSF e sua própria responsabilidade (EIXO 4) muitos o fazem na base da definição pessoal de educação e saúde (resposta 1) em detrimento da definição de participação popular em saúde. Esta pode ser uma possível explicação para o tipo de ações citadas (SUBCATEGORIA II).

Assim como na pergunta 1 identificamos respostas cuja definição se aproxima daquela aceita, neste estudo, como de participação popular em saúde, neste item, embora também não majoritário, algumas falas retratam a responsabilidade do PSF em estimular a participação tal qual adotada neste estudo por meio da informação quanto a direitos. Para este aspecto não percebemos diferenciação entre as categorias profissionais.

I - Responsabilidade do PSF Frente à Participação Popular em Saúde

Nesta categoria de análise identificamos que os profissionais associam a responsabilidade do PSF ao repasse de informações. Subcategorizando as falas identificamos dois grupos de opinião entre os participantes segundo natureza do repasse: natureza política (direitos e deveres) e natureza educativa sobre o processo saúde-doença.

(...) tem o papel de estar orientando, esclarecendo sobre os direitos e deveres de cada um, a participação das pessoas ativamente na prevenção de doenças, esclarecer na população através de palestras, de trabalhos que a gente faz. É uma estratégia fundamental, é bonito no papel e gente espera que realmente se exerça este papel na comunidade -Enf 6

(...) estimular as pessoas a conhecerem seus direitos e deveres por que isto ajuda muito por que as pessoas conhecendo o que elas tem direito quais são deveres elas participam mais ate das ações de saúde podemos estar informando conversando. As vezes as pessoas tem dificuldade de vir a unidade, uma coisa que já deu bom resultado é ir ate eles onde eles moram seja na visita, no encontro, no trabalho, na igreja isto da bom resultado eles vão perceber da importância o que é direito - ACS 10

(...) desenvolver grupos de risco, neste momento temos como conscientizá-los sobre o processo saúde doença, sobre o PSF. As pessoas são bastante receptivas, mas aqui temos uma dificuldade por que antes aqui era um posto, então as pessoas acham que a gente tem que atender quando elas querem - Enf 2

(...) minha responsabilidade como a ACS é estar fazendo como se fosse esta ponte desta criação da associação de moradores, é estar mostrando para eles que através da organização popular e da participação deles a saúde deles muda. Eu acho que as vantagens que eles vão ter como moradores em estar se organizando por que você sozinho não consegue fazer nada, nenhuma ação só tem muita evidencia quando a gente quer mudar alguma coisa dentro do bairro, quando a gente quer mudar alguma coisa dentro da saúde, quando a gente faz uma organização popular organizada a gente tem uma resposta mais rápida e melhor ai - ACS 2

Independente da natureza do repasse – político ou educativo, a análise do contexto da fala, aponta em todos os casos, para um hiato na participação efetiva dos profissionais junto aos usuários no que refere-se a participação popular em saúde. Parece haver uma “desresponsabilização” na medida em que repassam as informações como se a atribuição do profissional do saúde da família fosse tão somente “informar”. Este comportamento diverge da diretriz conceitual do PSF que aponta que é (...) “atribuição da equipe estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilização com a população” (M.S., 1997, p. 10).

Como possível justificativa a esta aparente desresponsabilização, um dos entrevistados nos apresenta um a reflexão acerca do engajamento do profissional Médico que pode ser ampliada para as demais categorias:

(...) teria que ser um trabalho de conscientização que deve começar desde lá de cima da supervisão e trazer este trabalho de PSF. Infelizmente, eu tenho esta visão por que já trabalhei em outro país, em organizações não governamentais eu trago isto na minha formação, mas o Médico que vem trabalhar no PSF ela não tem isto na sua formação, ele ainda não tem isto, o próprio Médico vem pensando que vem trabalhar numa UBS na verdade é uma questão de conscientização e por isso que tem que ter este trabalho desde lá de cima da supervisão, do treinamento até ser incorporado pela equipe. É muito mais fácil atender numa UBS do que atender no PSF pro Médico ele sabe que se chegar as 8 horas ele tem lá 30 pessoas para atender ele atende e vai embora. No PSF isto não acontece mas ele vem com a mesma visão, ele atende suas 10 pessoas num curto período de tempo e ele fica o resto do dia a toa sem fazer nada, ele poderia se envolver com outras atividades mas ele não faz, ate mesmo pela formação , pela vivência dele
- Méd 5

II - Relação de Ações Desenvolvidas na Comunidade

A análise das falas quanto a ações desenvolvidas nos evidenciou os seguintes núcleos temáticos:

- Realização de grupos educativos
- Desenvolvimento de ações extra muros

Embora as ações citadas nos levem a pensar em diferentes tipos de estratégias identificamos que ambas se referem a um único tipo: atividades educativas. Exceção é feita ao período da dengue em que as equipes citaram uma diversidade de ações como passeatas, manifestações nos sinais, apresentação de peças teatrais, distribuição de folhetos informativos. Como estratégia de realização das atividades educativas identificamos algumas diferenciações quanto a local de realização e público alvo: palestras em escolas, igrejas referem-se a uma ação maior, programada. Reunião de pequenos grupos de pessoas na rua, em domicílio acontecem durante a visita domiciliar do ACS.

(...) sim, temos atuado com o CIEP fazendo ações de saúde bucal, ações de prevenção, palestras de prevenção a diabetes, hipertensão, DST, distribuição de preservativos. Na creche também promovemos palestras nas reuniões com os pais em relação ao cuidado com as crianças - Enf. 2

(...) eu faço muita palestra por que é um meio de eu passar o que eu aprendo e de chegar ate eles. Se eu chegar numa casa, as famílias são muito numerosas, ai se esta todo mundo em casa eu junto todo mundo e começo a conversar - ACS 4

(...) palestras sobre DST, planejamento familiar, hipertensão, diabetes, saúde bucal a gente já fez palestras sobre isto tudo - T. Enf. 6

Vasconcelos (1989) e Lacerda (2007) apontam o desenvolvimento de atividades coletivas de educação e saúde como uma estratégia para se alavancar até a discussão da participação popular. Lacerda chama atenção para a necessidade de capacitação da equipe em metodologias que sensibilizem e estimulem a participação popular. Desta forma identificamos haver um “solo bastante” fértil para avançar na direção do desenvolvimento de ações em que juntos, profissionais de saúde, comunidade e demais atores presentes no território possam desenvolver ações que assegurem, não só atendimento em saúde de qualidade, mas, condições de vida com qualidade. Neste sentido é apostar no caminho da intersetorialidade como uma estratégia de viabilização deste tipo de ação.

(...) “O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e, vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde” (PORTARIA nº 687, MS/2006).

III - Tipo de Modificações Percebidas na Comunidade

Por meio deste núcleo temático buscou-se inferir se o PSF, por meio das ações das equipes, foi capaz ou não de fortalecer o princípio constitucional da participação popular junto a população da área de abrangência das equipes entrevistadas pelo tipo de mudanças geradas nas comunidades.

A partir da desagregação das falas percebemos um comportamento distinto segundo categorias profissionais. Os ACS e técnicos de Enfermagem, em sua grande maioria, afirmam que o PSF já contribui para gerar mudanças em âmbito local apontam para mudanças no componente biológico da saúde. Os exemplos citados apontam como mudanças evidenciadas:

- Ampliação da cobertura vacinal;
- Regularidade do usuário ao tratamento de hipertensão, diabetes;
- Presença do auto cuidado em saúde em geral;
- Busca precoce por atendimento/orientação face a problemas de saúde.

(...) muita coisa mudou com o trabalho do PSF – o cartão de vacinas das crianças agora estão em dia, muitas casas não

tinham filtro agora tem. Mudou muito a visão do povo, as pessoas tem mais discernimento - ACS 15

(...) as pessoas estão mais interessadas com a própria saúde, muitas pessoas vem aqui antes de adoecer. Antes eles viam aqui ate capengando para conseguir uma consulta. Agora muitas vezes antes de vir aqui eles pegam uma orientação com a gente de como melhorar o que esta acontecendo eles vem perguntar para confirmar o que eles ate já sabem, por exemplo a criança está com dor de barriga eles sabem que tem que ver a água que a criança esta tomando acho que isto foi uma conquista. A questão da vacina era precária muitas crianças sem tomar vacina, com vacina atrasada, falta de higiene, despejavam lixo aqui atrás e isto tudo já mudou - ACS 9

(...) creio que sim, precisa mudar mais, mas já vemos pontos positivos: antes algumas mães não acreditavam na vacina hoje elas mesmas já buscam, a gente não precisa lembrar, já nos procuram; a questão da higiene, da água filtrada eles já se preocupam de tomar água filtrada. Do cuidado mesmo já há uma preocupação. Alguns ainda não entendem o PSF ate questionam a visita mensal se não estou doente por que você tem que vir aqui? Mas são poucos - ACS 10

(...) sim, muito! Exemplo a vacinação já é correta, o conhecimento sobre hipertensão, diabetes, há uma preocupação muito maior em estar procurando atendimento de estarem preocupados com a sua saúde - T.Enf 6

Para os demais profissionais, e também para alguns ACS, o impacto do PSF foi muito pouco. Neste caso, percebe-se que os profissionais fizeram uma vinculação do impacto das ações sobre a participação propriamente. Um fato curioso observado é que esta postura foi quase majoritária entre os Dentistas: dos três dois dizem que não houve mudanças ou estas são muito incipientes. Contudo, dois aspectos podem estar influenciando esta postura: inicialmente estes Dentistas tiveram experiências anteriores de PSF e nestas atuaram junto aos conselheiros e outros grupos comunitários; outro aspecto é o menor tempo de atuação comparativamente destes profissionais ao restante da equipe.

(...) eu acho que é uma coisa bem no iniciozinho. Por mais que a gente procure fazer com que a população participe da sua pp saúde eles ainda tem a mentalidade que é obrigação do profissional cuidar da saúde dele - Dent 1

(...) não, ainda não percebi isto - Dent 3

Este item reveste-se de suma importância para o objeto deste estudo, pois nos possibilitou evidenciar, que pelas falas dos entrevistados, o PSF efetivamente

tem contribuído para mudanças no aspecto biológico da saúde, mas, não conseguiu até o momento consolidar-se como uma estratégia capaz de contribuir para o fortalecimento da cidadania, da inclusão social nos territórios cobertos pelo programa. Não foi possível identificar o desenvolvimento de ações que contribuam para uma efetiva mobilização e participação dos usuários no sentido de estarem mais presentes nos espaços de gestão da saúde (conselhos gestor, municipal), de se organizarem em prol de melhorias locais ou para garantia de direitos.

IV - Parceiros Citados

O atendimento das demandas sociais transcende o campo de atuação de qualquer setor ou disciplina isoladamente exigindo capacidade de formar parcerias para o desenvolvimento de ações intersetoriais. Agir intersetorialmente é compartilhar responsabilidades e reconhecer o outro de forma complementar em algumas situações. Uma das maiores dificuldades atualmente para a administração pública, mas também para a sociedade civil é “agir lado a lado”, intersetorialmente. Isto não é diferente com o PSF, embora inserido em um território nem sempre as equipes conseguem tornar-se parceiras de outros atores sociais (parceria, de acordo com o dicionário Aurélio Buarque de Holanda, 1986, edição revista significa “reunião de pessoas que visam interesse comum”).

No âmbito das entrevistas identificamos que em detrimento de parceria (citada por apenas um dos entrevistados) o que tem acontecido com as equipes é o desenvolvimento de ações pontuais com alguns atores locais.

Identificamos aqui um outro erro conceitual entre parceria definida como “uma relação de mão dupla: os parceiros partilham seus recursos de modo a trocar benefícios mútuos e chegar a objetivos comuns; tem como objetivo integrar a organização com a comunidade (...)”⁵ e o desenvolvimento de ações pontuais em algum espaço físico fora da unidade, como por exemplo: creches, escolas, igrejas. Estes espaços foram citados como “parceiros” freqüentes do PSF. Alguns grupos fizeram menção a associação de moradores e uma equipe a um grupo de mulheres. Somente um profissional citou a parceria com a UNIGRANRIO.

(...) A parceria com a UNIGRANRIO ajuda muito eles são muito atenciosos, vão nas visitas. Fizemos vários encontros,

⁵ Dicionário de Cidadania. In: <https://www.fundacaobunge.org.br>

palestras, semanas da nutrição da amamentação, temos algumas ações com a UNIGRANRIO já trabalhamos há 3 anos e são eles que sempre nos ajudam ate dinheiro para promover (...) - ACS 10

Em nenhum caso, contudo, foi possível identificar nas entrevistas, tal qual padronizado na portaria nº 2.527/2006 o desenvolvimento de ação intersectorial que envolva uma diversidade de atores locais.

(...) “Na base do processo de criação do SUS encontram-se: (...) o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população (...)”. (MS, PORTARIA nº 687/2006)

Eixo 3 – Competência para o Desenvolvimento de Ações de Participação Popular

A fim de avaliar as competências para o desenvolvimento de ações de participação popular durante as entrevistas buscou-se identificar a presença do tema participação popular em saúde durante o treinamento introdutório, nos encontros de educação permanente, nos encontros de supervisão e nas reuniões de equipe.

O Guia Prático do Programa Saúde da Família (MS, 2004) apresenta diretrizes gerais que devem nortear tanto a organização do introdutório como a educação permanente das equipes de saúde da família. Neste documento identificamos a orientação quanto a inclusão do tema em ambos os momentos de capacitação:

(...) “O treinamento introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, com a comunidade, a situação de sua área de abrangência: os aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários (morbidade/ mortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e o potencial que a cidade tem para resolvê-los” (M.S., 2004, p. 82).

Para a educação permanente o Ministério recomenda que nos centros urbanos os gestores municipais, ao formatarem os conteúdos de educação permanente, incluam temas que fazem parte da realidade local:

(...) “Algumas prioridades da educação permanente: Exclusão social: desemprego, miséria, discriminação, Cidadania, direitos humanos, movimentos sociais e urbanos, Equipamentos sociais coletivos”. (MS, 2004, p. 86).

Para este eixo a característica da equipe – nova, mista ou antiga, revelou-se um fator diferencial: os profissionais com mais tempo de atuação são unânimes em

referir-se a realização do introdutório no momento da admissão ou logo após esta, a maior carga horária dispensada para o curso anteriormente em comparação a atual. Os profissionais com menos tempo de atuação, em oposição referem-se, muitas vezes ao introdutório apenas com a finalidade de orientar quanto as “normas burocráticas” ou mesmo a ausência deste. Em relação ao tema objeto de estudo desta pesquisa, identificamos que somente os profissionais mais antigos, ainda que em reduzido número, citaram a presença do tema participação popular. Para os casos em que a resposta a pergunta foi “sim” quanto a presença identificamos que grande parte dos entrevistados referia-se de fato a conhecimentos de educação e saúde. O tema não foi citado por nenhum integrante do grupo das equipes mais novas.

A situação da educação permanente é diferente do introdutório - todos os participantes referem que é bastante freqüente saírem para discussão de temas específicos. Os mais novos inclusive apontam isto como uma estratégia de superação da ausência do introdutório. Contudo, de igual forma, nenhum participante apontou o tema participação popular como um tema abordado. Um participante “agradeceu” a ausência do tema por que “toda vez que se vai para uma capacitação na volta temos que começar a desenvolver as ações abordadas naquele encontro, isto aconteceu com hanseníase, tuberculose, é mais trabalho para a gente, mas se tivermos que fazer vamos fazer” - Méd 2.

(...) eu conheci sobre este tema (partição popular) no introdutório, antes nem conhecia - Enf 1

(...) tive sim, quase todos os encontros a gente falava sobre a educação em saúde, como introduzir a população nas nossas palestra, trazer a comunidade para as atividades - T.Enf 3

(...) lá no nordeste este tema foi abordado, a gente participava das conferências e estávamos sempre em contato com os conselheiros - Dent 3

(...) tivemos umas reuniões muito rápidas, e tem muitas coisas que estou aprendendo no dia a dia. Mas mesmo nesta correria o tema participação popular não foi abordado. Falou muito de vacina, HIV, o perfil do PSF em Duque de Caxias - Enf 6

Em uma das equipes, do total de entrevistados, somente um integrante recebeu capacitação introdutória e nenhum deles respondeu afirmativamente a participação em encontros de educação permanente.

Aspecto bastante positivo foi detectado durante as entrevistas: os agentes de saúde realizaram o curso técnico de agente e para este curso muitos citaram a presença do tema e ainda um grande número de horas dedicado ao mesmo. Citaram inclusive as atividades de dispersão realizada em campo que incluía mapeamento de parceiros, de equipamentos sociais. De igual forma dois instrutores participaram do grupo de entrevistados e também informaram a presença do tema. Um participante, inclusive, comparou a ausência do tema na sua formação e a intensa presença na formação do técnico.

(...) na própria apostila do curso técnico tem a parte toda histórica, com aquela cronologia histórica de tudo, até chegar nos modelos de saúde até chegar ao SUS, ao PSF, e depois quando a gente começa a trabalhar a pratica no dia-a-dia da equipe a gente tem tópicos para serem executados na pratica. A carga horária é de aproximadamente entre 10 a 12 horas - Enf 3

(...) a gente teve varias capacitações. Ano retrasado que eu fiz o curso técnico. A gente teve muito esta discussão de como mobilizar a comunidade para eles saber, e sem esta mobilização da comunidade a gente fica meio desapontada - ACS 3

Em relação a supervisão identificamos um reduzido número de entrevistados que afirmou ter tido encontros de supervisão. Destaca-se que, a implantação do Núcleo de Apoio técnico Operacional (NATO) é recente, tem pouco mais de um ano de atuação, podendo ser este um fator que justifique o pouco conhecimento do grupo pelas equipes. Para os profissionais que responderam afirmativamente ter encontro de supervisão, responderam que o tema ainda não fez parte da discussão com o NATO.

Outra estratégia identificada como instrumento de atualização permanente é a reunião de equipe. Identificamos que a grande maioria das equipes esforça-se para manter a regularidade da reunião semanal. Quando perguntados sobre a discussão do tema, os entrevistados se referem a presença sob a forma de planejamento para execução das ações e não sob a forma de discussão mais conceitual como uma estratégia de educação em serviço. Constatamos, que este planejamento leva em conta, exclusivamente, o referencial da equipe não havendo citação quanto à participação dos usuários ou incorporação das falas destes para avaliar e planejar ações. Citaram que nas reuniões de equipe “avaliam as ações realizadas para identificar o que deu certo e o que não deu certo, se veio muitas ou poucas

pessoas”. Os Enfermeiros, em geral, apontaram as demandas administrativas como o grande impedimento para que as reuniões tenham este caráter mais de atualização, educação.

(...) não, é mais sobre a agenda, os problemas do posto - Dent 3

(...) a gente só discute quando tem que marcar um grupo, aí falamos quem vai fazer, quando vai fazer, falamos da dificuldade de trazer as pessoas - ACS 11

(...) na reunião semanal quando fazemos o fechamento dos relatórios. A partir do que vemos nos relatórios, por exemplo, muitas crianças com impetigo na creche. Vamos fazer um contato com a creche, como vamos fazer isto? Então planejamos para desenvolver as ações - Enf 2

Eixo 4 - Responsabilidade Pessoal no Desenvolvimento de Ações de Participação Popular

(...) “para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de desenvolver diferentes disciplinas. A ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva”.(MS, 2004, p.74).

Adotando esta recomendação como pano de fundo, buscou-se identificar que profissionais se identificam como responsáveis e que ações desenvolvem de participação popular em saúde nas equipes.

A análise deste eixo foi realizada utilizando-se as seguintes categorias:

I - Relação de profissionais participantes

II - Tipo de ações de responsabilidade pessoal com a participação popular

III - Formas de registro e comunicação das ações desenvolvidas

I - Relação de Profissionais Participantes

Em relação à categoria de profissionais participantes identificamos que a grande maioria dos entrevistados atribui a responsabilidade de desenvolvimento das ações de participação popular ao conjunto da equipe indiscriminadamente, entendendo que compete a todos a participação (...) “todo profissional de saúde é um agente de saúde” - ACS 10. Sob o aspecto da atuação da equipe os respondentes parecem estar de acordo com a proposição do Ministério da Saúde,

ou seja, compete a todos se envolverem com ações de participação popular conforme evidenciamos nas falas abaixo. Contudo, percebeu-se que em nenhuma fala foi incorporada a participação de profissionais e de outros atores locais. O desenvolvimento das ações é competência exclusiva dos profissionais do saúde da família.

Identificamos também que, embora não majoritariamente, alguns profissionais, notadamente os ACS e Enfermeiros, atribuem a si próprios maior participação na condução das atividades coletivas.

Alguns participantes atribuem a todos os componentes, mas com destaque para a atuação dos ACS:

(...) acho que as ACS tem uma maior mobilidade por que elas falam o tempo todo, mas também é importante o Médico, o Enfermeiro - Méd 1

(...) como agente de saúde e moradora do bairro este papel cabe mais a mim enquanto profissional de saúde esta desenvolvendo meu trabalho junto da comunidade, mas também cabe a toda a equipe ao Médico, ao Enfermeiro na elaboração, na ajuda, mas mais do ACS - ACS 2

(...) maior é do ACS por que interage mais com a comunidade, mas o grupo todo participa, todos estão envolvidos pelo mesmo objetivo - ACS 5

(...) todo mundo deveria se mobilizar, acaba que quem fica mais próximo mesmo são os ACS ate por que moram aqui e não se desligam do trabalho nunca - Dent 3

(...) a responsabilidade maior cai no ACS por que se não for o agente muita coisa o Médico e o Enfermeiro deixa de saber por que a família fala as coisas para os agentes, A gente que consegue tirar as informações. Todas as pesquisas são tiradas das informações que as agentes passa - ACS 15

Outros ainda acreditam que esta função compete ao ACS e ao Enfermeiro considerando a maior proximidade deste dos agentes:

(...) os ACS são peça chave por que vão na casa, nós os profissionais também, mas vejo o Enfermeiro como profissional chave por que trabalhamos muito com a educação, vejo o Enfermeiro e o ACS como peça chave neste processo - Enf 6

(...) de toda a equipe. Normalmente, quem ta mais ligado ao agente comunitário é o Enfermeiro. Então acaba ficando mais a cargo do Enfermeiro isso daí - Enf 3

Merece destaque a fala de um entrevistado quanto ao papel do Médico. Ele estabelece uma analogia entre a importância do papel do Médico para aceitação das e participação nas atividades coletivas tendo como parâmetro a representatividade que o médico tem no imaginário da população: “se o Médico esta presente isto deve ser bom para mim” - Méd 5. Esta fala não foi dita no aspecto de defender a “soberania” do Médico sobre as demais categorias da área de saúde, mas no sentido de reforçar o papel que Médico representa para a população e uma tentativa de valorizar e promover as atividades coletivas com participação de todos os integrantes da equipe.

II - Tipo de Ações de Responsabilidade Pessoal com a Participação Popular

A análise desta categoria, tipo de ações de responsabilidade pessoal, evidencia subcategorias de análises com perfil diferenciado entre as respectivas categorias profissionais. Observamos que os profissionais de nível superior identificam que a responsabilidade esta atrelada ao componente de educação e saúde representado pela subcategoria “repasso de informação ao usuário” e realizar atividades informativas/educativas. Diferentemente, para o grupo de ACS a responsabilidade tem um caráter mais de mobilização comunitária na perspectiva de tornar o morador conhecedor de seus direitos e deveres, apontando para o empoderamento deste usuário.

Identificou-se que os profissionais, em sua grande maioria, não tem duvida que a atuação no PSF é mais que atendimento individual, e que sua ação deve envolver ações como (citadas pelos entrevistados): repasse de informação para o usuário, desenvolvimento de atividades coletivas, participação em outros espaços de decisão da vida comunitária. Quando questionados face a este entendimento do por que não desempenham estas “outras” atividades citaram como justificativa: a pesada carga de atendimento individual, as agendas sempre lotadas, a necessidade de discussão da própria infra-estrutura da unidade do PSF e ainda a interferência político partidária, da qual necessitam manter o PSF afastado (grifo meu).

As subcategorias identificadas neste eixo foram:

- Repasse de Informação para o Usuário
- Participar de Reuniões na Comunidade
- Realizar Atividades Informativas/Educativas:
- Identificar Necessidades para Focar mais Corretamente:

Subcategoria “Repasse de Informação para o Usuário”:

(...) a partir do momento que a gente comece a conscientizar as pessoas de que é necessário a gente se envolver, se mobilizar para tentar resolver uma coisa, por exemplo uma casa com ratos temos que ir lá todo mundo e colocar remédio, chamar pessoal da zoonose, fazer um muro com parceria - Enf 2

(...) é procurar ver a maior necessidade, por que não adianta a gente falar de uma coisa que não é necessária no momento. E esta se interessando mesmo por que depende do agente de mobilizar a comunidade e ter o suporte do Médico, Enfermeiro, e estar informando mesmo a população - ACS 5

Subcategoria “Participar de Reuniões na Comunidade”:

(...) eu orientei que eles deveriam se reunir, deveriam procurar as pessoas responsáveis, políticos, entrar num acordo e buscar a solução por que isto que é participação popular (...) a gente deveria participar, mas a agenda, as tarefas, a gente acaba não participando, mas se tivesse uma associação seria uma coisa boa da gente participar - ACS 14

(...) minha responsabilidade é o que eu já faço de estar orientando, buscando orientar esta família a buscar uma qualidade de vida melhor. Isto envolve outros aspectos não só a orientação, por que não é só a saúde, entra a parte social - ACS 16

(...) montar grupos, incentivar as pessoas a fazerem uma associação de moradores efetiva, mostrar os meios como elas podem fazer ai entraria tudo os grupos, junto com as associações de moradores a gente é um instrumento - Enf 4

(...) acredito que sim por que nosso trabalho é desenvolvido dentro da comunidade e então tem problemas que enquanto PSF a gente pode estar ajudando, faz parte do nosso trabalho a questão do saneamento, a água, a qualidade de vida deles depende também do meu trabalho é resultado do meu trabalho. Faz parte sim do meu trabalho desenvolver junto com os moradores questão como a associação de moradores e outras ações que vão levar a eles a ter benefícios mais rápido. Por que eu acho que quando você tem uma organização as coisas fluem melhor é melhor você chegar enquanto uma associação do que você chegar como moradores para reivindicar algo, por que você tem uma coisa mais elaborada - ACS 2

Subcategoria “Realizar Atividades Informativas/Educativas”:

(...) é promover os eventos em que a gente possa estar informando a população da importância delas estarem mais próximas da gente procurando saber mais sobre a saúde delas permitindo que a gente aja mais preventivamente - Dent 1

(...) a gente pode promover mais palestras, mais reuniões para chegar mais ao conhecimento do povo. Por que aqui tem muito desentendimento - ACS 17

(...) já fizemos campanhas da amamentação, pé diabético, dengue, fazemos reunião na creche, no Brizolão, aproveitamos também as reuniões dos pais - ACS 5

(...) projeto de alimentação, projeto de acompanhamento do menor junto com a creche, projeto de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes - Méd 2

Subcategoria “Identificar Necessidades Para Focar Mais Corretamente”:

(...) ver quais temas deveriam ser abordados para a gente fazer um trabalho mais social, ver quais são os problemas para focar como tema das palestras - Méd 4

III – Formas de Registro e Comunicação das Ações Desenvolvidas

Nesta categoria identificamos que todas as equipes utilizam, além das fichas padronizadas no SIAB⁶, o Boletim Diário de Atividades Ambulatoriais (BDA) para registro das atividades realizadas. No BDA, para as atividades coletivas informam o número de participantes presentes, tema abordado além de colherem assinaturas dos participantes. Os profissionais informaram que não descrevem com maiores detalhes as atividades realizadas. Chamamos atenção para as implicações de um sistema de registro incompleto:

No que se refere ao aspecto gerencial do programa esta forma de registro torna a atividade pouco conhecida, sendo inadequada para avaliar extensão, necessidades de material, de apoio, impacto, tempo demandado.

Sob o aspecto da participação popular pode se dizer que esta é uma “ação invisível”, ninguém sabe exatamente como e onde esta ocorrendo.

Na ficha D do SIAB (para registro dos procedimentos) há um campo (linha) reservado para o registro de atividades categorizadas como “atenção em grupos –

⁶ SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – sistema específico de gerenciamento das informações do PSF.

educação em saúde” executado por profissionais de nível superior e Médio. Estes devem informar o número destas atividades feito a cada dia. Outro campo “reuniões” está reservado para o registro da informação também quantitativa de reuniões realizadas diariamente pelos ACS. No manual do SIAB identificamos que a seguinte descrição para este procedimento (...) “registro das reuniões realizadas pelos ACS com o objetivo de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas de saúde ou contribuir para a organização comunitária”. (SIAB, 2000, p. 42)

A descrição do procedimento aponta para uma riqueza de atuação coerente com os princípios e normas do programa. Contudo, o registro apenas numérico não nos permite apreender o que de fato tem sido feito e qual o impacto desta ação. Outro aspecto refere-se a apropriação desta informação para o planejamento das ações da equipe e da equipe gestora : na prática este dado nunca é objeto de discussão ou questionamento não se discutindo efetivamente que ações foram/são feitas pelos ACS. A análise pela equipe local ou pela equipe gestora, em geral não se detém a este item. Outro aspecto que pouco ajuda para o conhecimento da atividade é a descrição do procedimento para o nível superior que solicita apenas o número de usuários não fazendo qualquer descrição da atividade em si.

Identificamos na fala dos entrevistados a consciência da não valorização desta atividade e uma desmotivação pela ausência de qualquer comentário dos níveis hierárquicos acima quanto ao envio de relatórios descritivos. Esta percepção é comum a todas as categorias profissionais sem qualquer diferenciação.

(...) nunca recebemos nem um parabéns. As pessoas tem incentivo de tudo quanto é jeito – incentivo de dengue, incentivo de passeio, até parabéns. Eu acho que deveríamos ter mais apoio para realizar estas atividades – fica difícil a gente poder ajudar faltando material - ACS 9

(...) não, isto nem aparece. O SIAB é muito pobre. A não ser quando a secretaria manda algum documento a parte ou nos pede algo quando fazemos algo diferente – por exemplo a ação de TB - Enf 2

(...) aparece as ações que são feitas aqui dentro, assim quando a gente faz palestra sobre Hanseníase, diabetes, sobre o PSF ai tudo que tem a ver a respeito a gente preencha e quem veio assina o BDA. Aquelas com as parcerias e outras feitas fora daqui não. Eles não perguntam isso no relatório, isso nem aparece - ACS 7

(...) há muita cobrança referente as consultas. Isto faz com que a gente fique refletindo a gente tem que dar conta de promoção e prevenção, a gente tem que dar conta de consulta. Mesmo por que é difícil uma atividade educativa na escola vai a manha toda. Isto deixa a gente chateado - Enf 5

(...) não por que a nossa produção é muito numérica – extrações, restaurações - Dent 3

(...) não colocamos não, só constam as visitas exclusivamente do agente de saúde. não fazemos relatórios pessoal ou do trabalho com a equipe - ACS 10

Eixo 5 - Motivação dos Usuários Para a Participação Popular

A análise deste eixo foi incorporada ao estudo pela forma freqüente com que todos os entrevistados independente da categoria profissional referiram-se ao comportamento dos usuários.

A fim de melhor identificar este aspecto, desagregamos as falas dos participantes em três categorias:

- I – receptividade da participação dos usuários
- II – tipo de representação presente na comunidade
- III – tipo de ações desenvolvidas

I - Receptividade da Participação dos Usuários

Na leitura das entrevistas, identificamos uma referência freqüente a “desmobilização”, a falta de participação dos usuários nas atividades coletivas propostas relatado por todos os membros da equipe sem distinção de função. Este resultado se assemelha ao estudo realizado por Lacerda (2007, p. 203) em que a participação dos usuários é descrita de uma forma “tímida, lenta”.

(...) acho que não, o que eles precisam na hora gritam pedem mas se organizar, não - ACS 5

(...) as pessoas aqui só sabem reclamar, não são muito de agir não - T. Enf. 2

(...) não, não tem nada e eu tenho uma dificuldade enorme de montar grupo. As pessoas se interessam, mas quando você marca as pessoas não vem.(...) Parceria aqui é muito difícil, não é uma comunidade fácil de trabalhar. As famílias são receptivas, mas difícil no aspecto de mobilizar. O trabalho de grupo é difícil - Enf. 1

(...) eles até aceitam, dão abertura quando a gente propõe mas eles se organizarem para isto ainda não vi nada - Méd 1

(...) são muito descansados só querem venha a nos vosso reino nada. Eles cobram muito - T. Enf 1

Na tentativa de justificar este comportamento, três entrevistados estabeleceram uma associação com a condição econômica de extrema pobreza onde esta situação parece ser capaz de contribuir, estimular a mobilização e participação das pessoas:

(...) (pessoas) tem mais ânimo, mais vontade de mudar, de sair da situação - Enf 1

(...) apesar da pressão psicológica causada pela violência as pessoas se motivavam mais, lá dava para a gente juntar o nosso conhecimento e ensiná-los a pescar, havia parceria - Enf 3

(...) a comunidade de lá é muito mais ativa do que daqui, não sei se é pela condição de vida. É uma população mais sofrida, que precisa mais de atenção, eles brigam mais pela atenção - ACS 2

Estudiosos da participação referem-se à presença de um “inimigo comum” (CARVALHO, 1998) - neste caso a pobreza extrema, como um elemento necessário para que haja aglutinação e mobilização dos grupos. Desta forma, a “percepção” dos entrevistados podem estar justificada por esta justificativa teórica.

Em pesquisa realizada por Bettiol (2006, p.127) situação semelhante é identificada, ou seja, os participantes relatam que os “cadastrados” de menor poder aquisitivo são os mais receptivos as atividades coletivas do PSF:

(...) “Participa, a nossa comunidade da microárea é de maioria com nível social mais elevado, e tem uma boa parte que é de um nível social mais baixo, menor poder aquisitivo, esse pessoal de menor poder aquisitivo freqüenta demais, toda dificuldade que tem eles procuram pela gente (...) Mas, normalmente aquele paciente de baixo poder aquisitivo, mas aquele paciente do centrão mesmo não participa, participa muito pouco. Normalmente a gente trabalha mais com pessoas de baixo poder aquisitivo. (Profissional 2B)”

O segundo aspecto decorre deste (econômico), mas, apresenta-se sob a forma de residirem em casas. Alguns entrevistados atribuíram a não participação a uma “melhor” situação econômica, em que as pessoas buscam individualmente melhores condições de vida para si próprio e para sua família, mas não se apercebem do que ocorrem no entorno. É como se o muro que separa as casas parece exercesse um papel de isolamento e individualismo “determinado que o problema do outro não me atinja” e, portanto, não seja capaz de mobilizar para ação:

(...) quando a gente propõe uma ação para tentar mudar uma situação prejudicial de um grupo ai eles se fecham, não se organizam, cada um se tranca na sua casa, na minha casa esta ok por que eu terei que saber de ajudar um grupo de adolescentes? - Enf 1

Este fenômeno precisa ser melhor estudado para que possa ser confirmado ou não como um elemento que interfere na possibilidade das pessoas de mobilizarem.

II - Tipo de Representação Presente na Comunidade

Nas comunidades selecionadas identificamos por meio das falas que o grande representante local executor de ações comunitárias são as igrejas tanto a católica quanto protestante. A instituição das Associações de Moradores não se constitui, nestas localidades, como uma representação local. Na maioria das vezes ela sequer existe ou quando existe é inoperante. Outra representação local bastante citada foram os vereadores das áreas. Em alguns casos citados a comunidade recorre a este representante para solução de algum problema. De acordo com nosso arcabouço jurídico-administrativo pode se dizer que este é o caminho correto na descentralização federativa do país que tem como princípio fortalecer o poder local facilitando a identificação de demandas e soluções no local mais perto de sua ocorrência (SANTIN, 2008; WANDERLEY, 1991). Sob esta organização o representante eleito do bairro, o vereador, configura-se como o instrumento legítimo para encaminhar o problema ate os canais competentes. Contudo, práticas como clientelismo e personalismo na prática da política brasileira (SANTIN, 2008) nos fazem refutar esta possibilidade como uma estratégia e ainda nos afastar dos espaços onde ocorrem para que não se misture o PSF com as “coisas da política”.

Não emergiu nas falas nenhuma referencia a lideranças locais, apenas uma associação de mulheres foi informada por uma equipe.

III - Tipo de Ações desenvolvidas

No que se refere ao desenvolvimento das ações o predomínio é daquelas desenvolvidas pelas igrejas que tem um caráter fortemente assistencialista, como dito anteriormente ao discutir a experiências anteriores de participação popular. Sob este aspecto, o pesquisador Marcelo Néri chama atenção sobre o papel que as igrejas ligadas ao movimento neopentecostais tem exercido nas comunidades mais pobres : “elas ocupam o lugar do Estado, prestando assistência à comunidade”. (Revista O Globo, 16 de agosto de 2009)

Outro grupo de ações citadas refere se aquelas desenvolvidas pelas pastorais da criança e da saúde que tem um componente de atenção a saúde. Alguns parceiros desenvolvem ações de educação como os programas governamentais Portal do Saber, Escola Aberta.

Duas equipes, por meio da falas das ACS, informaram ações, ainda que antigas, de participação popular que gerou efetivas melhorias para as comunidades: Em uma experiência a comunidade obteve a instalação do PSF e da creche e na outra pavimentação:

(...) já tivemos mais hoje basicamente só as igrejas fazem isto, mas já tivemos uma ONG de um vereador (fechou) que ajudava muito. Nesta população o trabalho deste PSF, as obras de baixada viva, a creche foram feitas pelo pedido da população. Havia um grupo que se reuniu teve a participação da população para esquematizar estas obras depois que terminaram as obras o grupo foi dissolvido e as pessoas disseram “agora a creche o PSF se viram sozinhos” e agente sente falta disso **por que a população que cobra os seus direitos é uma população que tem uma qualidade de vida melhor por que o governo parece que se importa mas já que ela sabe e reconhece seus direitos e deveres ela tem recursos maiores** - ACS 10

(...) aqui não tinha escola, a comunidade conseguiu, não tinha asfalto, foi a comunidade. O que eu acho que foi com a associação de moradores, o povo com a associação de moradores, por que a associação de moradores buscava bastante melhoria para o bairro, só que você sabe que é muito difícil, nem sempre a gente consegue o que quer no momento tem que ser com muita garra e vontade. Já tem 4-5 anos que botou o asfalto e uns 10 anos que fez a escola - ACS 19

Considerando o prazo de aproximadamente dez anos que ambas as ações foram realizadas, identificamos que nos aproximamos das décadas de 80 e 90, época que o movimento popular se fazia bastante presente, sobretudo, junto a comunidades de menor poder aquisitivo. De 90 em diante percebe-se um arrefecimento neste tipo de ação e uma ascensão das ações mais “técnicas e burocratizadas revestidas de aspecto de assessoria desenvolvidas junto a órgãos públicos, nos conselhos”. (CARVALHO, 1998)

Eixo 6 - condições de desenvolvimento das ações de Participação Popular

Uma fala espontânea que surgiu durante o contato com as equipes foi acerca das condições de desenvolvimento das ações de participação popular. Por força da repetição identificamos se necessário incluir esta fala como um eixo de análise em respeito aos participantes.

Identificamos como categoria de análise - tipo de dificuldade apresentada e utilizamos como subcategorias:

- Falta de material
- Inadequação da estrutura física
- Normas administrativas

Subcategoria “Falta de Material”

Ao referirem-se as condições de desenvolvimento das ações coletivas, uma fala bastante recorrente em quase todas as entrevistas foi a necessidade de “investimentos pessoais” para a confecção de materiais visuais, educativos para serem utilizados nas atividades de coletivas, ou seja, a própria equipe precisa arcar com os custos financeiros para preparação de material de apoio para usarem em atividades coletivas. Percebe-se que durante muito tempo as equipes concordaram com esta condição, mas atualmente não referem a mesma disponibilidade. É público que os investimentos municipais nem sempre contemplam todas as áreas do executivo, sendo necessário definir um plano de investimentos priorizando onde será feita a alocação dos recursos. Contudo, não fazer investimentos em material para o desenvolvimento de ações coletivas, pode nos sugerir a pouca valorização desta atividade quando comparada a outras ou mesmo o desconhecimento deste tipo de atividade no PSF. Este resultado não difere do estudo realizado por Lacerda (2007, p.203) em que os profissionais avaliaram a falta de material e infra-estrutura como fatores que interferem na execução de práticas educativas.

Subcategoria “Inadequação da Estrutura Física”

Outro aspecto identificado nas falas refere-se a inadequação da estrutura física das unidades para a realização de atividades coletivas. Os profissionais queixam-se da ausência de salas adequadas para o desenvolvimento de atividades de grupo. Este aspecto pode ter uma dupla significação: de um lado, um fator complicador e também desmotivador como referido nas falas. Por outro lado pode representar uma condição favorável para contribuir com a busca local de parcerias e com a “saída da unidade na direção do território”.

Subcategoria “Normas Administrativas”

Dentro deste eixo um aspecto bastante sério e que merece ser objeto de reflexão pela equipe gestora municipal é quanto a prioridade que muitos profissionais citaram textualmente da cobrança dos indicadores numéricos referente a consultas e procedimentos, ou seja, a produtividade mensal em procedimentos individuais voltados para o componente biológico em detrimento das atividades coletivas:

(...) nós somos cobrados da meta, do nº de consultas, se você não bate a meta, aí vem a supervisão para saber o que esta acontecendo – esta cumprindo carga horária, não esta vindo, não esta atendendo? Na verdade você ate tem no seu relatório atividade comunitária você pode apresentar isto mas a população também cobra é a velha historia a população que ainda não se apercebeu do que é o trabalho do PSF, eles ainda vem isto aqui como uma UBS e cobram a consulta Médica, que vai passar uma receita e acabar a historia. Eles ainda não perceberam que o PSF pode fazer muito mais - Méd
5

A análise desta subcategoria e da subcategoria “registro e comunicação” nos faz inferir, por meio das falas, que no município as ações coletivas sejam de educação e saúde ou de mobilização e participação popular não tem recebido a devida importância pela equipe gestora. Este aspecto vá de encontro a normatização do programa no que se refere ao papel da participação como uma estratégia de qualificação deste modelo.

BETTIOL (2006, p.117) chama atenção para o papel secundário que tem sido destinado as ações de prevenção e a capacitação dos profissionais frente a situação de morbi-mortalidade que aflige as comunidades:

(...) “Este é o maior desafio do programa: ao mesmo tempo aumentar a cobertura dos serviços de saúde, estimular a descentralização do sistema, implementar a participação social e introduzir mudanças no modelo de atenção”.

Considerações Finais

A participação popular é um fenômeno determinado socialmente, historicamente e economicamente. No âmbito deste estudo utilizando a definição de participação popular como toda e qualquer forma, individual ou coletiva de envolvimento do cidadão em ações que busquem assegurar, ampliar, consolidar os direitos civis, políticos, sociais instituídos, melhorar a condição de vida, ter acesso a informações essenciais, fazer-se representar e estar presente nos mais diversos espaços públicos de decisão do Estado, enfim a participação popular entendida como o próprio exercício da cidadania buscou-se identificar se o PSF, por atuar diretamente junto as comunidades, as famílias e por ter uma maior vinculação profissional de saúde-usuário, tem contribuído para a efetivação da participação popular enquanto direito assegurado na Constituição Federal e no próprio SUS

Buscou-se identificar nos territórios onde as equipes estão localizadas se ocorre o desenvolvimento de ações que resultem melhores condições de vida, de

atendimento em saúde, que assegurem garantia de direitos sociais e participação da população na gestão das ações de saúde, contribuindo para a qualificação e legitimação do PSF e da política pública de saúde.

Para o desenvolvimento deste trabalho, estabelecemos como objetivos identificar: a definição de participação popular adotada pelas EqSF; ações desenvolvidas que contribuem para a participação popular em saúde no âmbito local; a distribuição da responsabilidade de desenvolver ações dentro da equipe; os fatores que contribuem e/ou dificultam o desenvolvimento de ações de participação popular em saúde pela EqSF; além de buscar identificar a existência de outras práticas ou ações desenvolvidas que estejam contribuindo para o fortalecimento da participação da comunidade na elaboração de políticas e controle dos serviços de saúde nas áreas estudadas.

Durante o estudo buscamos identificar se características pessoais e profissionais interferem sobre o comportamento dos entrevistados frente ao tema estudado.

A seleção das equipes foi realizada levando se em consideração a característica da equipe quanto a tempo de atuação no PSF (equipes novas, antigas ou mistas)⁷ a fim de identificar se este fator influenciaria frente ao tema estudado.

Dos resultados obtidos identificamos que as variáveis idade e sexo não exercem influência frente ao tema estudado.

De igual forma a característica da equipe parece não exercer nenhuma influencia quanto a motivação para o desenvolvimento das ações de participação popular. Assim como identificamos profissionais recém admitidos bastante motivados, identificamos profissionais com 10 anos ou mais de atuação no PSF que ainda insistem na participação popular como instrumento para a consolidação do PSF e do SUS enquanto propostas democráticas. Em ambos os casos a variável determinante estava associada a participação anterior ou atual em ações sociais.

Durante o estudo, foi possível reconhecer duas características que interferem na definição e no reconhecimento da participação como um princípio constitucional e uma diretriz do programa são elas: a categoria profissional e, sobretudo, a história anterior de engajamento em ações de participação popular seja na vida pessoal ou na vida profissional.

⁷ Ver definição deste atributo na página 37.

Pelos relatos foi possível fazer uma inferência quanto à associação categoria profissional-história de participação popular evidenciando diferentes entendimentos quanto à participação popular.

Os ACS que relatam experiência de participação popular referem-se a esta como um “direito” do usuário e um “instrumento” de cidadania. Para os profissionais de nível superior com experiência em ações de participação popular a definição tem um caráter de participação no setor saúde e na gestão do PSF. Destaca-se que a maioria destes profissionais relatou experiências associadas ao PSF sugerindo que esta definição pode estar “influenciada” pela capacitação recebida para a atuação no programa. Outras experiências envolvem estágios da graduação e atuação com uma ONG. Neste último caso a definição assemelha-se a dos ACS, ou seja, participação enquanto instrumento de cidadania, de democracia.

Para os técnicos de enfermagem a associação categoria profissional-experiência anterior parece confirmar-se. Dos seis técnicos entrevistados, somente uma teve experiência anterior de participação popular e atuou por mais de 10 anos como agente de saúde da Pastoral da saúde. A definição adotada por este grupamento profissional foi a que mais se distanciou da definição adotada neste trabalho atribuindo ao usuário um papel de receptor de informações sobre o PSF.

A grande maioria, contudo, não relatou experiência de participação popular e neste caso a definição predominante é aquela onde se observa uma confusão conceitual com educação e saúde. Dessa maneira, os profissionais assumem um papel prescritivo/normativo de condutas e a temática do grupo gira em torno do processo de saúde – doença.

Sob este aspecto, levando em conta as falas dos participantes, podemos inferir que o determinante é a visão que se tem das classes subalternas ainda que inconscientemente. Nesta situação as classes “dominantes” ensinam as classes “dominadas” como devem se portar para obter um melhor nível de saúde, pois estas (dominadas) são ignorantes (...) (tem) escolaridade muito baixa, não tem esclarecimento daquilo que é importante, por mais que você fale, eles não valorizam - Enf 6. VASCONCELOS (1989, p. 28) refere-se que este tipo de prática carrega para a população uma conotação de culpa individual pela ocorrência das doenças e apresenta para o profissional uma visão reducionista dos determinantes do processo saúde doença.

Desta forma, evidenciamos que, para a maioria do grupo de entrevistados, a definição pessoal de participação popular se afasta da definição adotada neste trabalho.

(...) tem muita gente que confunde educação em saúde com participação popular - Méd 5

Durante o estudo foi possível evidenciar que unanimemente todos os entrevistados reconhecem que compete (responsabilidade) ao programa e a eles próprios desenvolverem ações que não estejam voltadas apenas para o componente biológico/individual da atenção, mas que devem desenvolver também ações coletivas. Desta forma, atuar no PSF parece ser um fator que diferencia o comportamento dos profissionais tornando-os mais receptivos ao desenvolvimento de ações coletivas.

Contudo, identificamos haver uma diferença quanto ao foco da abordagem na responsabilidade segundo categoria profissional. Os profissionais de nível superior identificam que a responsabilidade esta atrelada ao componente de educação e saúde representado pela subcategoria “repasse de informação ao usuário” e realizar atividades informativas/educativas. Diferentemente, para o grupo de ACS a responsabilidade tem um caráter de mobilização comunitária na perspectiva de tornar o morador conhecedor de seus direitos e deveres, apontando para o empoderamento deste usuário.

No que se refere ao elenco de ações desenvolvidas constatamos que, a fala de todas as categorias se iguala quanto à tipologia de ações citadas: estas são representadas pelas ações de práticas educativas. No entanto, vale destacar que o desenvolvimento destas ações pode contribuir para a participação, a organização e a mobilização de acordo com a forma e conteúdos abordados. VASCONCELOS (1989) e LACERDA (2007) apontam o desenvolvimento de atividades coletivas de educação e saúde como uma estratégia para se alavancar a discussão da participação popular.

Desta forma ainda que atualmente as ações desenvolvidas não contribuam para a consolidação da participação popular pode se afirmar que existem condicionantes bastante favoráveis e propiciadoras para o desenvolvimento: de um lado o reconhecimento da auto responsabilidade e do programa frente as ações coletivas aliado a sensibilização para estas atividades. Outro componente bastante

favorável é o desenvolvimento de ações regulares de educação e saúde que podem ter seu foco ampliado para ações de mobilização e participação popular.

Outro objetivo do estudo foi identificar fatores que contribuem ou dificultam o desenvolvimento de ações de participação popular. Como fatores que contribuem relacionamos os descritos anteriormente.

Com relação aos fatores que dificultam, categorizamos estes em três naturezas distintas associados a:

- formação geral e específica em PSF dos profissionais de saúde;
- modelo de gestão municipal;
- participação e representatividade da população.

Na formação geral ainda é reduzido o aporte teórico que os profissionais recebem sobre o tema participação popular. Não faz parte do rol de discussão das atribuições e competências dos profissionais durante a graduação e, menos ainda, durante a especialização a inclusão desta temática conforme se evidencia nas falas abaixo:

(...) não, nunca tive esta oportunidade. Eu conheci sobre este tema no introdutório, antes não conhecia, nem sabia ate como eu poderia trabalhar - Enf 1

(...) não, não está e ele (o Médico) não incorpora. Na minha área de formação na graduação e na especialização eu nunca vi isto. E não é por que chegou no PSF que vai começar a fazer, ele não foi formado para isto - Méd 5

Ao chegarem no PSF esta ausência pode ser minimizada ou potencializada pela formação específica recebida para o programa seja no introdutório ou na educação permanente. A normatização do programa aponta a diretriz que deve nortear a formulação da ementa do introdutório e da educação permanente (MS, 2000). Contudo a decisão final do que será e como será abordado é da gestão municipal.

A partir das falas dos entrevistados, depreende-se que a abordagem do tema participação popular e correlatos (cidadania, políticas públicas, direitos sociais) deve receber uma menor priorização na elaboração da ementa da capacitação introdutória. Esta inferência foi feita tomando como referência o reduzido número de profissionais que citaram a discussão deste tema. De igual forma, poucos citaram a presença deste tema nos encontros de educação permanente. Não se pode negar que o componente político-institucional adotado na elaboração de cursos reflete uma

intencionalidade e valorização dos conteúdos incorporados aos processos de formação e aprimoramento.

Associando-se a falta de experiência anterior em participação popular à falta de capacitação e motivação específica para o tema na formação introdutória e na educação permanente é possível inferir o motivo da confusão conceitual entre educação e saúde e participação popular e ainda a ausência de realização de atividades que contribuam para uma efetiva mobilização e participação popular nos territórios

O segundo conjunto de fatores identificados como dificultadores refere-se ao modelo de gestão municipal quanto aos aspectos de provisão de recursos materiais e normas administrativas.

A falta de material pode demonstrar uma tendência da gestão local na eleição de prioridades para alocação de recursos ou apontar para dificuldades logísticas quanto a compra e distribuição de insumos. Em uma ou outra situação, contudo, o resultado reflete-se sobre a qualidade e até a quantidade de ações coletivas desenvolvidas.

Quanto as normas administrativas limitamos-nos ao aspecto do registro de informações e da utilização destas para o planejamento da equipe local e o reflexo desta situação em âmbito municipal. O reduzido registro da informação sobre ações coletivas sugere uma não incorporação/valorização desta atividade como capaz de gerar mudanças no contexto local se refletindo sobre a saúde individual e coletiva. Sugere também uma não apropriação da definição de participação popular como um princípio constitucional e que como tal deve ser perseguido por todos até tornar-se efetivo. No campo da atuação das equipes, contudo, é onde se percebe mais de imediato esta lacuna. A falta de registro não propicia que as equipes tornem esta informação útil para o diagnóstico local e o planejamento das ações.

Esta conduta confere um caráter de “invisibilidade” as ações que efetivamente são desenvolvidas além de desestimular as equipes na continuidade de execução deste tipo de atividade.

Esta ausência de registro pode ainda nos sugerir a eterna competição/predileção das ações curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção, o que importa são os procedimentos que efetivamente podem ser contabilizados e podem gerar retorno financeiro.

(...) infelizmente quando a gente trabalha no serviço público a gente tem limitações, te digo por ser funcionário público, e a dinâmica do serviço público, a supervisão ainda não estarem voltados para isto. Então isto as vezes é um limitador a gente tenta fazer outras coisas mas, a gente tem o compromisso de bater meta e não dá para deixar uma coisa em função da outra
- Méd 5

O terceiro grupo de fatores que interfere significativamente na realização de atividades coletivas é a reduzida participação e representatividade da população citada pelos entrevistados. Sob este aspecto encontramos concordância com o estudo de LACERDA (2007, p.202) que evidenciou (...) “dificuldade em estabelecer canais de interlocução e articulação com os comunitários (...)”. Fatores diversos podem estar influenciando esta reduzida participação (local, hora, tipo de atividade, tema, metodologia adotada). Contudo, um aspecto a ser destacado é a ausência de participação do usuário na formulação e avaliação das ações do programa o que poderia contribuir para reverter o quadro atual de participação. Os profissionais citaram este aspecto como um fator que os desestimula:

(...) eles tem que ter o interesse, não pode é eu fazer tudo sozinha, eles tem que se disponibilizar e a gente se juntar e tentar resolver o problema - ACS 1

Quanto a representatividade, identificamos que a associação de moradores é uma instituição ausente ou de pouca representatividade e não citaram outras lideranças comunitárias. Algumas falas, notadamente dos ACS, apontam esta lacuna como um dificultador:

(...) ai gente motiva, eles olham para a gente e perguntam para onde a gente vai? A associação de moradores não faz nada - ACS 32

Esta situação nos faz refletir sobre o papel que as associações de moradores tem desempenhado atualmente junto as comunidades muitas vezes representando interesses partidários ou mesmo cooptadas pelo tráfico de drogas, não sendo, portanto reconhecidas pelos moradores locais como uma instancia de representação local. Esta lacuna vem a cada dia mais sendo preenchidas pelas igrejas que tem desenvolvido um papel assistencialista, sobretudo nas camadas mais pobres.

Concluindo este estudo, podemos inferir, a partir da análise das falas dos participantes, que o PSF ate o presente momento, no âmbito da área de atuação das equipes entrevistadas, confirmou-se como uma importante estratégia para gerar

modificações no componente biológico da saúde. Contudo, apesar das equipes não desenvolverem ações que tenham tido como resultado direto a ocorrência de ações populares que contribuam para a melhoria das condições de vida e de atenção a saúde, pode se afirmar que, identificar que as mesmas reconhecem como responsabilidade do programa e delas próprias o desenvolvimento deste tipo de ações é um aspecto bastante oportuno e favorável. Outro ponto favorável é a motivação do grupo em ampliar o escopo das ações desenvolvidas diversificando-as para além do atendimento a saúde conforme identificação de algumas iniciativas citadas como: formar multiplicadores entre adolescentes, capacitar mulheres, reunir idosos, fazer grupos de discussão de outras demandas. Um passo inicial para otimizar o potencial das equipes e contribuir para a efetivação da atribuição de planejar e desenvolver ações junto com a comunidade pode ser iniciar-se um processo de modificação da metodologia e do foco atualmente adotados na direção da transformação destas práticas em um espaço democrático, intersetorial e de maior amplitude na identificação e busca de soluções para os problemas da comunidade e não apenas voltado para o processo saúde-doença. Como pré-requisito impõe-se que os profissionais sejam capacitados e instrumentalizados em metodologias capazes de estimular a participação e a mobilização comunitária.

Talvez estas sejam alternativas para transformar o PSF de fato num programa diferenciado das UBS:

(...) é um modelo que tem algumas inovações, ousadas mas ainda esta numa roupa velha. Quando você vivencia a história você vê que é possível, é outra historia - Méd 5

(...) eu creio que o trabalho do PSF da certo, traz mudança e não é mudança superficial mas, de base temos trabalhado com as crianças conscientizando nossos próprios que filhos que já entendem o que é o PSF. Isto podia ser melhor se o governo de fato acreditasse no PSF como forma de estilo de vida ACS
10

REFERÊNCIAS

- BETTIOL, L.M. **Saúde e participação popular em questão**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.
- BRAGA, I.F. A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI. In: MOROSINI, M.V.G.C.(Org.). **Sociedade, Estado e Direito a Saúde**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.
- BRAVO, M.I.S. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: _____ **Capacitação para conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.
- BRAVO, M.I.S. Participação Social e controle social. In: _____ **Capacitação para conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.
- CARVALHO, A.I. Participação e controle social em saúde: recapitulando idéias e práticas. In: _____ **Conselhos de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- CARVALHO, M.C.A. **Participação Cidadã no Brasil Hoje**. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – UNICAMP, São Paulo, 1997, p.1-32.
- DIAS, S.G. **Reflexões Acerca da Participação Popular**. Integração, v. 48, p. 45-53, 2007.
- DEMO, P.. **Avaliação Qualitativa**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.
- _____, P.. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2007.
- _____, P.. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.
- COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, supl. 1, p. 9-18, 2003.
- FACEIRA, L.. **Assistência Social: uma política pública**. In: Introdução à gestão de unidades asilares. Rio de Janeiro: CIEDS, 2004.
- FAZENDA, I.. **Metodologia da Pesquisa Educacional**. São Paulo: Cortez, 1991.
- GADOTTI, M.. **Concepção Dialética da Educação: um estudo introdutório**. São Paulo: Cortez, 2006.

IYDA, M.. **Cem anos de saúde pública**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

KONDER, L.. **O que é dialética**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.
LACERDA, W.. **A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande Paraíba**. Revista Katalogo Florianópolis, v. 10, supl. 2, p. 197-205, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

_____, M.C.S. **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2000.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Treinamento Introdutório**. Brasília, 2000.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/guia_psf.pdf>.

MONNERAT, G.L.; SENNA, M.M. A seguridade social brasileira: dilemas e desafios. In: MOROSINI, M.V.G.C.(Org.). **Sociedade, Estado e Direito a Saúde**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

REIS, J.R.F. Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: MOROSINI, M.V.G.C.(Org.). **Sociedade, Estado e Direito a Saúde**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

RUDIO, F.V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. Petrópolis: Vozes, 1986.

SANTIN, J.R. **A Noção Histórica do Poder Local no Brasil e o Princípio da Participação**. Anais do XVII Congresso nacional do CONPEDI, Brasília, 2008.

STRALEN, C.J.V. *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, supl. 3, p. 621-632, 2006.

TORO, J.B.; WERNECK, N.M.D. **Mobilização Social**: um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: Autentica, 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VASCOCELOS, E.M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1989.

VALLA, V.V. **Participação Popular e os Serviços de Saúde:** o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: PARES, 1993.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Participação Popular e Saúde.** Petrópolis: CCDH/CEPEL, 1989.

VIEGAS, W. **Cidadania e participação popular.** Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4199>>.

WANDERLEY, L.E. **Participação Popular - poder local e conselhos.** São Paulo em Perspectiva, v. 5, supl. 2, p. 23-30, abril/junho, 1991.

ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação: O PSF e o fortalecimento da participação popular em saúde: análise do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família no município de Duque de Caxias

Entrevista Semi Estruturada

Parte I – Identificação Pessoal

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: F () M ()

Escolaridade:

() fundamental completo () fundamental incompleto () médio completo
() médio incompleto () superior completo () superior incompleto

Formação Profissional:

() Médico () Enfermeiro () Tec. Enfermagem () ACS Outro _____

Parte II – Experiência em PSF

Tempo de atuação neste PSF:

() até 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 +

Tempo de atuação nesta Equipe:

() até 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 +

Experiências anteriores em PSF: SIM () NÃO ()

Se Sim, durante quanto tempo? _____

Tempo de atuação anterior em PSF:

() até 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 +

Parte III – Sua opinião

1. O que significa para você participação popular em saúde?

2. Fale de sua experiência com o desenvolvimento/participação em atividades de participação popular em saúde.

3. Na ESF quais são, na sua opinião, a sua responsabilidade com a participação popular em saúde?

4. De que forma o PSF pode contribuir para a participação popular em saúde?

5. Que ações desenvolvidas aqui na comunidade você classificaria como ações de participação popular em saúde?

6. Nesta comunidade, o PSF já contribuiu para a participação popular em saúde? Como?

7. Durante a sua capacitação o tema participação popular em saúde foi abordado? De que forma?

8. Nos encontros de supervisão são discutidas ações de participação popular? De que forma?

9. Você se utiliza das informações relativas à organização social no território constantes na ficha A do SIAB?

Parte IV – Competências para lidar com o Tema

Em relação ao tema Participação Popular em saúde, informe:

Este tema esteve presente na sua capacitação introdutória: () Sim () Não

Se sim, quantas horas foram dedicadas ao tema:

() 4 horas () mais que 4 horas () menos que 4 horas

Este tema esta presente na educação permanente: () Sim () Não

Se sim, com que frequência:

() mensalmente () bimestralmente () anualmente () semestralmente

() nunca () raramente

Este tema esta presente nos encontros de supervisão: () Sim () Não

Se sim, com que frequência:

() mensalmente () bimestralmente () anualmente () semestralmente

() nunca () raramente

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Unidade que trabalha: _____

Município: _____

Telefone para contato: _____ RG: _____

Dissertação: O PSF e o fortalecimento da participação popular em saúde: análise do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família no município de Duque de Caxias

Responsável: Bárbara Celeste Rolim

RG: 44.950 COREN-RJ

Eu, _____, abaixo assinado, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito e estar de pleno conhecimento do que se segue:

1. **Objetivo da Pesquisa:** Analisar a contribuição do PSF, por meio das ações desenvolvidas pelas ESF, para a efetivação do princípio constitucional de participação popular em saúde no âmbito local nos municípios de Niterói e Duque de Caxias.
2. Benefícios que possam ser obtidos: aprimoramento de conhecimentos.
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com a pesquisadora pelo telefone (21) 9420 - 9770.

Niterói - RJ, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

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](#)