



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Rolim, Barbara Celeste; Gonçalves Serra, Carlos
Participação popular em saúde: análise do trabalho desenvolvido por Equipes de Saúde
da Família no Município de Duque de Caxias/RJ
Saúde em Debate, vol. 34, núm. 87, outubro-diciembre, 2010, pp. 658-671
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341768008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

reDalyC.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Participação popular em saúde: análise do trabalho desenvolvido por Equipes de Saúde da Família no Município de Duque de Caxias/RJ

Popular participation in health: analysis of the paper developed by Family Health Teams in the municipality of Duque de Caxias, Rio de Janeiro

Barbara Celeste Rolim ¹

Carlos Gonçalves Serra ²

¹ Mestre em Saúde da Família;
Doutoranda em Política Social/UFF;
Professora da Universidade Severino
Sombra.
bcrolim@gmail.com

² Dentista; Doutor em Saúde Coletiva
IMS/UERJ; Professor do Mestrado
Profissional em Saúde da Família da
Universidade Estácio de Sá/RJ.
carlosgser@gmail.com

RESUMO O artigo apresenta um estudo qualitativo com finalidade exploratória, do tipo estudo de caso, acerca da possível contribuição do Programa Saúde da Família (PSF) para a participação popular. Discute a autodefinição de participação popular adotada pelos participantes, as ações desenvolvidas e os fatores que contribuem ou dificultam a efetivação deste princípio constitucional. Foram realizadas 39 entrevistas semiestruturadas com profissionais de 7 Equipes Saúde da Família do Município de Duque de Caxias/RJ. Embora as ações não sejam implementadas, identificou-se condições favoráveis para que as equipes as desenvolvam, com interação da comunidade, desde que capacitadas e instrumentalizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe Saúde da Família; Participação Popular; Políticas Públicas; Direitos Sociais; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This article presents a qualitative study with exploratory purposes, of the case study type, about the possible contribution of the Family Health Program to the effectiveness of popular participation. It discusses the self-definition of popular participation taken by the participants, the actions developed, and the factors that contribute or difficult the effectiveness of participation as a constitutional principle. Thirty-nine semi-structured interviews were carried out with professionals from seven Family Health teams in the municipality of Duque de Caxias, in Rio de Janeiro. Although the actions were not deployed, favorable conditions for the teams to develop were identified, with the community interaction, provided that they are skilled and have instrumentals.

KEYWORDS: Family Health Team; Popular Participation; Public Policies; Social Rights; Primary Health.

INTRODUÇÃO

O amplo movimento de 'Participação Popular na Assembleia 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 e de 1988 até a atualidade outras formas de participação popular foram acrescentadas ao extenso rol já existente como o orçamento participativo, os conselhos comunitários e conselhos gestores.

O conceito de participação popular adotado neste trabalho, cujo cenário é o Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Duque de Caxias/RJ, 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.

No Programa Saúde da Família, institucionalizado pelo Ministério da Saúde a partir de 1994 como uma estratégia estruturante do sistema de saúde, a participação popular é um dos pilares de sustentação.

Compete à Equipe Saúde da Família (EqSF) estabelecer com a comunidade e com suas representações ações intersetoriais que permitam a corresponsabilização e a coparticipação na gestão das ações do programa como uma das estratégias de qualificação e consolidação da política de saúde em âmbito local.

O presente estudo teve como objetivos identificar se as Equipes Saúde da Família (EqSF) das áreas estudadas se apropriaram do conceito de participação popular; 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 no desenvolvimento de ações que contribuam para melhorias locais ou preservação de direitos; e identificar a existência de fatores que contribuem e/ou dificultam o desenvolvimento de ações de participação popular em saúde pela EqSF.

A pesquisa de campo desenvolveu-se no período de maio de 2009 a junho de 2009. Iniciou-se após o cumprimento da exigência formal de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá conforme previsto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da aprovação do Secretário e da Coordenação Municipal do PSF de Duque de Caxias. Antes do início de cada entrevista foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o participante que se dispôs a integrar a pesquisa.

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

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

Para a realização do mesmo foram utilizados documentos oficiais sobre o PSF que possibilitaram identificar as diretrizes do programa, as atribuições e competências de cada membro da equipe e o processo de capacitação 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 no que se refere à diretriz da participação popular.

A leitura dos diversos artigos, prioritariamente das áreas de sociologia, direito constitucional e saúde, possibilitou categorizar a participação popular e a participação popular em saúde, 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.

O método escolhido para o desenvolvimento do estudo foi o método de análise de conteúdo de Bardin, definido 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. (BARDIN APUD MINAYO 1990, p. 199).

O processo de seleção dos participantes ocorreu de acordo com as sugestões do Núcleo de Apoio Técnico Operacional (NATO), instância técnica de supervisão, treinamento e acompanhamento das EqSF existente na gestão do PSF de Duque de Caxias.

Devido à realização do I Concurso para profissionais de saúde do PSF em 2007 em Duque de Caxias, as equipes existentes passaram a ter diferentes composi-

ções: algumas são formadas, majoritariamente, por funcionários recém-admitidos ou remanejados de outras equipes e por isso denominadas 'novas'. Outras são formadas tanto por antigos como por novos funcionários, denominadas 'mistas'; e outras com a maioria de funcionários antigos, denominadas 'antigas'. Diante destas diferentes configurações, a equipe do NATO avaliou ser melhor indicar as equipes participantes de forma a contemplar todos os 'arranjos organizacionais', o que poderia não ocorrer com a técnica de sorteio aleatório.

Outro aspecto sugerido pelo NATO refere-se à seleção dos distritos participantes no estudo. Segundo avaliação da equipe com base no perfil demográfico e nos indicadores sociais, o 1º e o 2º distritos, ambos em área urbana, muito se assemelham, em oposição ao 3º e 4º distritos que, apesar de rurais, não têm tantas semelhanças entre si. Desta forma, sugeriram excluir o 2º distrito do universo da pesquisa e manter os demais. Devido a dificuldades logísticas não foi possível, contudo, apesar de agendado, entrevistar a equipe do 4º distrito. A distribuição das equipes segundo distrito e classificação quanto ao arranjo organizacional pode ser vista no Quadro 1:

QUADRO 1 – Distribuição das Equipes Pesquisadas Segundo Localização e Característica das Equipes

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

Fonte: Elaboração própria.

O universo do estudo é composto por trinta e nove (39) profissionais de sete Equipes Saúde da Família (EqSF) do 1º e 3º distritos. Do total de equipes participantes somente em cinco foi possível entrevistar todos os componentes e em duas somente alguns componentes. A distribuição dos participantes segundo categoria profissional e status da equipe pode ser evidenciada no Quadro 2.

A análise das variáveis sexo e categoria profissional revela uma feminilização das equipes: 90% ou 35 de todos os participantes eram do sexo feminino. Apenas 10% dos participantes eram homens, sendo 2 médicos e 2 enfermeiros. A distribuição etária variou de 24 a 58 anos, com uma maior concentração nas faixas de 24 a 28 anos (28%) e 30 a 35 anos (25,6%). Quanto à escolaridade, identificou-se que apenas uma agente comunitária de saúde (ACS) tem somente o ensino fundamental. Todas as demais têm ensino médio completo. Entre as técnicas de enfermagem, três delas têm ensino superior incompleto.

Em relação à experiência anterior no PSF, 31% participantes já tinham atuado em outros Programas de Saúde da Família incluindo-se o interior do estado e Nordeste do país. O tempo de atuação nestas outras experiências variou de apenas 1 ano até mais de 10 anos, contudo a maioria concentrou-se entre 1

a 3 anos (41,6%). Em relação à atuação no PSF de Duque de Caxias, identificou-se que 28% dos participantes estão atuando no município entre 5 e 10 anos, o que fala a favor de uma consolidação da estratégia de âmbito local. Logo a seguir, temos 26% que atuam entre 1 e 3 anos e 23% que atuam entre 3 e 5 anos. Apesar da realização bastante recente do concurso, o número de participantes que têm até 1 ano de atuação em Duque de Caxias é de 18% ou apenas sete 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 às 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 caso do presente estudo, as falas dos participantes foram desagregadas em seis (6) eixos/temas de análise e categorizadas de acordo com os núcleos temáticos evidenciados (Quadro 3). A discussão dos resultados obtidos em cada eixo é apresentada a seguir.

QUADRO 2 – Distribuição dos Integrantes da Pesquisa Segundo Categoria Profissional e status da equipe

Distrito	Equipe Saúde da Família	Categorias profissionais participantes da pesquisa	Status da equipe
1º Distrito	Equipe 1	Médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, ACS	completa
	Equipe 2	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS	completa
	Equipe 3	Médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, ACS	completa
	Equipe 4	Médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, ACS	completa
3º Distrito	Equipe 5	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS	completa
	Equipe 6	Enfermeiro, dentista, ACS	incompleta
	Equipe 7	Técnico de enfermagem, ACS	incompleta

Fonte: Elaboração própria.

QUADRO 3 – Eixos e Categorias utilizadas para Análise na Pesquisa

	Eixo 1	Eixo 2	Eixo 3	Eixo 4	Eixo 5	Eixo 6
Dimensão conceitual	Definição e experiência pessoal de participação popular (PP)	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	Profissionais participantes nas ações desenvolvidas	Tipo de ações desenvolvidas pela comunidade	Tipo de dificuldades apresentadas
	Experiência anterior de PP	Relação de ações desenvolvidas pela EqSF na comunidade	Presença do tema na educação permanente	Identificação de ações de responsabilidade pessoal	Tipo de ações desenvolvidas pelos parceiros citados	
		Tipo de modificações percebidas na comunidade a partir da ação da EqSF	Presença do tema na reunião semanal de equipe	Formas de registro e comunicação das ações desenvolvidas	Tipo de representação presente na comunidade	
		Parceiros citados nas ações desenvolvidas	Planejamento e avaliação das ações executadas		Receptividade e participação dos usuários nas ações desenvolvidas	

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS

Eixo 1 – Definição e Experiência Pessoal de Participação Popular (PP)

Neste eixo, observaram-se duas situações distintas. A primeira refere-se à situação predominante entre os entrevistados de todas as categorias profissionais, para os quais a definição de participação popular se assemelha à definição de educação e saúde entendida como uma ação normativa, ou seja, uma (...) “forma de fazer as pessoas do povo mudarem alguns comportamentos prejudiciais à saúde”. (VASCONCELOS, 1989, p. 20)

[...] é fazer as pessoas se sentirem mais responsáveis 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. Dentista – 1.

[...] Para mim a participação popular é isso a educação em saúde. Técnico de Enfermagem – 3.

Vasconcelos (1989) chama a atenção para o fato de 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. No presente estudo, não nos pareceu ser esta a intenção do grupo quando desenvolve as ações de educação em saúde. Desta forma, identificamos que há um afastamento da definição predominante do grupo e a definição adotada no âmbito deste trabalho – uma definição onde o usuário participa de ações que lhe permitirão assegurar seus direitos numa perspectiva de “Cidadania Ativa”. (BENEVIDES, 1994 apud LACERDA, 2007, p. 198)

Um dos entrevistados chama a atenção para a confusão conceitual que se faz entre participação popular e educação em saúde, reolocando o tema da participação popular no sentido do objeto de estudo deste trabalho:

[...] tem muita gente que confunde educação em saúde com participação popular. [...] teria que ser um trabalho de conscientização que deve começar desde lá de cima da supervisão e trazer este trabalho para o PSF. Felizmente, eu tenho esta visão porque já trabalhei em outro país, em organizações não governamentais e trago isto na minha formação, mas o médico que vem trabalhar no PSF 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 às 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 fica o resto do dia à toa sem fazer nada, ele poderia se envolver com outras atividades, mas ele não faz, até mesmo pela formação, pela vivência dele. Médico – 5.

A segunda refere-se à identificação de uma semelhança de definição entre participantes da mesma categoria profissional, possibilitando-nos inferir que a categoria profissional é uma variável que influencia na definição de participação popular. Assim, para os ACS a participação popular em saúde é definida 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”

[...] é o interesse da população de melhorar a qualidade de vida dela mesma. A gente procura a todo momento fazer isto. Já que eu falei que nós somos apoio, a gente tenta orientar a população a buscar seus direitos. Eles têm aprimorado neles esta capacidade de querer buscar, até mesmo para esculachar a gente. Se eles vêm aqui e acham que não foram bem atendidos, pegam o telefone para ligar e para reclamar. Acho que foi uma conquista nossa colocar neles a vontade de procurar o direito deles. ACS – 19.

Para alguns médicos e enfermeiros, a definição de participação é entendida como a participação dos usuários nas decisões do sistema de saúde e na gestão do PSF, citado no estudo como direito de ‘opinar’

[...] é o envolvimento da comunidade, da população na decisão de tudo o que é relacionado à saúde daquela comunidade, daquela população, levando em consideração onde a comunidade está inserida. É este poder que ela tem de estar opinando, estar decidindo, agindo em situações que possam influenciar a saúde dela. Enfermeiro – 1.

Entre os técnicos de enfermagem, a participação popular é entendida como o “direito do usuário de receber informações sobre o programa para utilizá-lo corretamente, entendendo seus limites e possibilidades”. Esta definição afasta-se da normatização do PSF e contraria a orientação de que os profissionais devem estabelecer vínculos com a população na perspectiva de um comportamento ativo e participativo “(...) 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).

[...] 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 entenderem mais o que é atendimento básico. A gente procura trabalhar mais prevenção da saúde e a orientação. Isto acontece quando a gente está trabalhando nas palestras. Técnico de Enfermagem – 6.

Dentre os entrevistados que apresentaram uma definição de participação popular distinta da definição de educação em saúde, identificou-se que influenciavam nesta definição experiências pessoais anteriores ou atuais em movimentos de participação popular. Isto foi comum para todas as categorias. Identificou-

se, contudo, uma distinção, segundo categoria profissional, quanto aos espaços citados como de desenvolvimento destas ações. Para os ACS, a forma mais frequente de desenvolver ações de participação popular é junto a igrejas, sejam elas católicas ou protestantes. Para os profissionais de nível superior, a participação está associada a experiências anteriores no próprio PSF, notadamente no interior do estado e no Nordeste. Nestes casos, os entrevistados relataram uma participação frequente junto a conselhos, associação de moradores e grupos comunitários, aproximando-se mais da definição de participação adotada neste estudo.

[...] 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. 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, teve a participação para afastar uma médica, uma agente. Dentista – 3.

Na análise das entrevistas, chamou-nos a atenção o reduzido número de participantes que associaram a definição de participação popular ao Conselho Municipal de Saúde como instância de participação. Apenas três entrevistados o citaram e de formas bastante distintas: um como uma vaga lembrança de algo que estudou durante a formação, sem que se perceba apli-

cabilidade na prática cotidiana. Outro de forma muito inconsistente, possibilitando a interpretação que falava do conselho, sem, contudo, citá-lo nominalmente. E um terceiro participante aponta o conselho como uma instância decisória, mas sem resolutividade. Esta situação diferencia o achado do presente estudo do que habitualmente se encontra na literatura, onde a participação popular é associada à participação nos espaços de controle social, notadamente nos conselhos. Destacamos que, nos documentos oficiais do PSF, identifica-se que compete à equipe 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.
(BRASIL, 2004, p. 75).

Eixo 2 – Contribuição do PSF para Participação Popular em Saúde

Neste eixo, identificou-se que os profissionais reconhecem que uma das formas do PSF contribuir para a participação popular é por meio do repasse de informações para os usuários. Contudo, identificou-se uma diferenciação, segundo categoria profissional, quanto à natureza da informação repassada. Para os ACS, a informação tem uma natureza mais política (direitos e deveres), e para profissionais de nível superior, tem uma natureza educativa (sobre o processo saúde-doença).

[...] estimular as pessoas a conhecerem seus direitos e deveres porque isto ajuda muito, porque as pessoas, conhecendo o que elas têm direito, quais são os deveres, participam mais. Até das ações de saúde podemos estar informando, con-

versando. Às vezes as pessoas têm dificuldade de vir à unidade. Uma coisa que já deu bom resultado é ir até eles onde eles moram, seja na visita, no encontro, no trabalho, na igreja, isto dá bom resultado, eles percebem a importância do que é direito. ACS – 10.

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

No que se refere ao elenco de ações que os profissionais identificam como capazes de contribuir para a participação popular, constatamos que todas as categorias citaram o mesmo tipo de ações: as ações de práticas educativas. Estas ações têm sido desenvolvidas com alguns atores locais, como creches, escolas, igrejas.

[...] 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. Enfermeiro – 2.

Vasconcelos (1989) e Lacerda (2007) apontam o desenvolvimento destas atividades como uma estratégia para se alavancar até a discussão da participação popular. Lacerda chama a atenção para a necessidade de capacitação da equipe em metodologias que sensi-

bilizem e estimulem a participação popular. Desta forma, ainda que atualmente as ações desenvolvidas não contribuam diretamente para a participação popular nas áreas estudadas, pode-se afirmar que o desenvolvimento de ações regulares de educação e saúde representa uma condição facilitadora para a ampliação do foco das ações educativas para ações de mobilização e estímulo à participação popular.

A partir das ações desenvolvidas, buscou-se identificar que tipo de modificações a EqSF percebia na comunidade. Novamente identificamos uma variação segundo categoria profissional. Para os ACS e técnicos de Enfermagem, o PSF contribuiu para gerar mudanças em âmbito local e relacionam estas mudanças ao componente biológico da saúde, como: ampliação da cobertura vacinal; regularidade do usuário ao tratamento de hipertensão, diabetes; ações de autocuidado em saúde em geral; busca precoce por atendimento/orientação em face de problemas de saúde.

[...] muita coisa mudou com o trabalho do PSF – os cartões de vacinas das crianças agora estão em dia, muitas casas não tinham filtro, agora têm. Mudou muito a visão do povo, as pessoas têm mais discernimento. ACS – 15.

Para os demais profissionais, 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 dita. Um fato curioso observado é que esta postura foi quase majoritária entre os dentistas: dos três participantes, 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 a outros grupos comu-

nitários; outro aspecto é o menor tempo de atuação comparativamente destes profissionais ao restante da equipe.

[...] eu acho que é uma coisa bem no início-zinho. Por mais que a gente procure fazer com que a população participe da sua própria saúde, eles ainda têm a mentalidade de que é obrigação do profissional cuidar da saúde deles. Dentista – 1.

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

Para este eixo, a característica da equipe – nova, mista ou antiga – revelou-se um fator diferencial: os profissionais com mais tempo de atuação informaram ter realizado o introdutório logo após a admissão e com uma extensa carga horária. Somente este grupo de profissionais ('antigos'), ainda que em reduzido número, citou a presença do tema participação popular. O tema não foi citado por nenhum integrante do grupo das equipes mais novas cujo introdutório foi bastante diferente do primeiro grupo. Nenhum participante das três modalidades de equipe apontou o tema participação popular como um tema abordado na educação permanente.

[...] eu conheci sobre este tema (participação popular) no introdutório, antes nem conhecia. Enfermeiro – 1.

[...] tive sim, em quase todos os encontros a gente falava sobre a educação em saúde, como introduzir a população nas nossas palestras, trazer a comunidade para as atividades. Técnico de Enfermagem – 3.

Quando perguntados sobre a discussão do tema nas reuniões de equipe, os entrevistados citaram o 'planejamento para execução das ações' e não uma discussão conceitual do tema como uma estratégia de educação em serviço.

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

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.

No entanto, ainda que não majoritariamente, alguns ACS e enfermeiros atribuem a si maior participação na condução das atividades coletivas. De igual forma, outros profissionais dão um maior destaque para a atuação dos ACS:

[...] acho que as ACS têm uma maior mobilidade porque elas falam o tempo todo, mas também é importante o médico, o enfermeiro. Médico – 1.

[...] como agente de saúde e moradora do bairro, este papel cabe mais a mim enquanto profissional de saúde estar 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.

[...] todo mundo deveria se mobilizar, acaba que quem fica mais próximo mesmo são os ACS. Até por que moram aqui e não se desligam do trabalho nunca. Dentista – 3.

No que se refere ao tipo de ações de responsabilidade pessoal, evidenciamos diferenciações segundo categorias profissionais. Os profissionais de nível superior identificam que lhes compete a responsabilidade de realizar atividades informativas/educativas atreladas ao componente de educação e saúde. 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.

[...] minha responsabilidade é o que eu já faço: de estar orientando esta família a buscar uma qualidade de vida melhor. Isto envolve outros aspectos, não só a orientação, porque 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. Aí entraria tudo: os grupos junto com as associações de moradores. A gente é um instrumento. Enfermeiro – 4.

[...] 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. Médico – 4.

Quanto ao registro, os profissionais informaram que não descrevem com maiores detalhes as atividades realizadas. Destacamos duas implicações para este tipo de procedimento: sob o aspecto gerencial do programa esta forma de registro torna a atividade pouco conhecida – uma ‘ação invisível’ sendo inadequada para avaliar extensão, necessidade de material, de apoio, impacto, tempo demandado.

[...] não, isto nem aparece. O SIAB é muito pobre. A não ser quando a secretaria manda algum documento à parte ou nos pede quando fazemos algo diferente – por exemplo a ação de Tuberculose. Enfermeiro – 2.

[...] aparecem as ações que são feitas aqui dentro, assim quando a gente faz palestra sobre hanseníase, diabetes, sobre o PSF, aí tudo que tem a ver a respeito a gente preenche e quem veio assina o BDA. Aquelas com as parcerias e outras feitas fora daqui não. Eles não perguntam isso no relatório, isto nem aparece. ACS – 7.

Outro aspecto refere-se ao papel secundário que tem sido destinado às ações de promoção e prevenção, sugerindo uma eterna competição/predileção das ações curativas em detrimento destas. BETTIOL (2006, p.117) chama a atenção para o papel secundário que tem sido destinado a estas ações:

[...] 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.

Eixo 5 – Motivação dos Usuários para a Participação Popular

Este eixo (5) bem como o eixo 6 foram eixos que não foram pensados *a priori*, mas que emergiram da análise das falas dos participantes e por isso incluídos no estudo.

Na análise das entrevistas identificamos uma referência bastante frequente quanto à ‘desmobilização’

e à falta de participação dos usuários nas atividades coletivas relatado por todos os participantes sem distinção de categoria profissional. Este resultado se assemelha ao estudo realizado por Lacerda (2007, p. 203) em que a participação dos usuários é descrita como ‘tímida, lenta’.

[...] não, não tem nada e eu tenho uma dificuldade enorme de montar grupo. As pessoas se interessam, mas quando você marca as pessoas não vêm. [...] Parceria aqui é muito difícil, não é uma comunidade fácil de trabalhar. As famílias são receptivas, mas difíceis no aspecto de mobilizar. O trabalho de grupo é difícil. Enfermeiro – 1.

A forma mais citada de participação da comunidade está relacionada às ações desenvolvidas pelas igrejas tanto católica quanto protestante. As ações desenvolvidas pelas igrejas protestantes têm um caráter fortemente assistencialista. Sob este aspecto, o pesquisador Marcelo Néri chama a atenção sobre o papel que as igrejas ligadas ao movimento neopentecostal têm exercido nas comunidades mais pobres: “elas ocupam o lugar do Estado, prestando assistência à comunidade”. (Revista O Globo, 16 de agosto de 2009). Quando ligadas à igreja católica, as ações citadas referem-se àquelas desenvolvidas pelas pastorais da criança e da saúde que têm um componente de atenção à saúde. Em ambos os casos, pode-se afirmar que as ações citadas como sendo de participação popular em muito se afastam da definição adotada neste estudo.

A Associação de Moradores não se constituiu como uma representação local. Na maioria das vezes, os participantes informaram que ela sequer existe ou quando existe é inoperante. Por outro lado, uma representação local bastante citada foram os vereadores

das áreas. 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 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 até os canais competentes. Contudo, as conhecidas práticas de clientelismo e personalismo na política brasileira (SANTIN, 2008) fazem as equipes refutarem a possibilidade de aproximação a fim de evitar que o PSF se 'misture com as coisas da política'.

Eixo 6 – Condições de Desenvolvimento das Ações de Participação Popular

Segundo os entrevistados, dois aspectos dificultam o desenvolvimento das atividades coletivas: o primeiro refere-se à falta de recursos financeiros e materiais para a confecção de materiais visuais/educativos. O segundo refere-se à inadequação da estrutura física das unidades. Em ambos os casos, o resultado é a desmobilização para a ação. Este resultado coincide com estudo realizado por Lacerda (2007, p.203) em que os profissionais avaliaram a falta de material e infraestrutura como fatores que interferem na execução de práticas educativas.

CONCLUSÃO

A participação popular é um fenômeno determinado socialmente, historicamente e economicamente. No âmbito deste estudo, buscou-se identificar se o PSF,

por atuar diretamente junto às 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 se características pessoais e profissionais interferem sobre o comportamento dos entrevistados frente ao tema estudado. Com os resultados obtidos, foi possível identificar que as variáveis idade e sexo não exercem influência frente ao tema estudado, mas que as variáveis categoria profissional e história anterior de engajamento em ações de participação popular, seja na vida pessoal ou na vida profissional, determinam distintas concepções e posicionamento frente ao tema.

A partir da análise das falas dos participantes, foi possível inferir que o PSF até 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. O mesmo não foi observado quanto ao desenvolvimento de ações que contribuam para uma maior mobilização e participação comunitária nas áreas. No entanto, identificamos que, ainda que não desenvolvessem este tipo de ação, as equipes reconhecem que deveriam fazê-lo e mostraram-se sensíveis a esta possibilidade. Outro ponto favorável é a motivação do grupo em ampliar o escopo das ações desenvolvidas, diversificando-as para além do atendimento à 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 um processo de modificação da metodologia e do foco atualmente adotados. Neste sentido, as ações de prá-

ticas educativas poderiam transformar-se em um espaço democrático, intersetorial e de maior amplitude na identificação e busca de soluções para 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.

REFERÊNCIAS

- BETTIOL, L.M. *Saúde e participação popular em questão*. São Paulo: 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 à 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.
- _____. Participação Social e controle social. In: _____. *Capacitação para conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.
- BRASIL. 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 Introductório*. 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>.
- CARVALHO, A.I. Participação e controle social em saúde: recapitulando ideias 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.
- COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8 (Supl. 1), p. 9-18, 2003.
- 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.
- _____. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 2007.
- _____. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.
- 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.
- IYDA, M. *Cem anos de saúde pública*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.
- 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: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.
- _____. *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- MONNERAT, G.L.; SENNA, M.M. A seguridade social brasileira: dilemas e desafios. In: MOROSINI, M.V.G.C. (org.). *Sociedade, Estado e Direito à 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 à 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. IN: Congresso Nacional do CONPEDI, 17. Brasília, 2008. *Anais...* Brasília: CONPEDI, 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: Autêntica, 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.

WANDERLEY, L.E. Participação Popular – poder local e conselhos. *São Paulo em Perspectiva*, v. 5 (Supl. 2), p. 23-30, abr./jun. 1991.

Recebido: Outubro/2009

Aceito: Agosto/2010