



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Campos, Luciane; Wendhausen, Agueda

Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de
saúde da família

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 16, núm. 2, abril-junho, 2007, pp. 271-279

Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416209>

- ▶ 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 EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE TRABALHADORES DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PARTICIPATION IN HEALTH CARE: CONCEPTS AND PRACTICES OF WORKERS IN A FAMILY HEALTH CARE STRATEGY TEAM
PARTICIPACIÓN EN SALUD: CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE TRABAJADORES DE UN EQUIPO DE ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Luciane Campos¹, Agueda Wendhausen²

¹ Cirurgiã Dentista. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho - Área de Concentração: Saúde da Família. Docente da disciplina de Odontologia Social e Preventiva do curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Campus Itajaí.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora e Docente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI), Campus Itajaí.

PALAVRAS-CHAVE: **RESUMO:** A Estratégia de Saúde da Família propõe a reestruturação da atenção primária a partir da promoção da saúde. Participação comunitária. Saúde da família.

RESUMO: A Estratégia de Saúde da Família propõe a reestruturação da atenção primária a partir da comunidade assistida em seu contexto. Neste sentido, a participação social é imprescindível no diagnóstico, definição de prioridades, acompanhamento e avaliação do trabalho. O trabalhador de saúde tem papel fundamental para criar ambiente e condições favoráveis à participação. Os objetivos foram descrever as concepções/práticas de participação de uma equipe de Saúde da Família e implementar processo de reflexão sobre estas questões, utilizando metodologia problematizadora. Foram realizados seis encontros, que foram gravados, transcritos e analisados em seu conteúdo. Constatou-se que as concepções e práticas da equipe são atravessadas pela visão medicalizante, fator que consideramos limitante ao avanço da participação. A metodologia problematizadora permitiu identificar, com a equipe, a importância, os limites e possibilidades à prática da participação junto ao usuário, o que pode corroborar para o aumento da consciência acerca de seu papel mediador.

KEY WORDS: Health promotion. Consumer participation. Family health.

ABSTRACT: The Family Healthcare Strategy proposes a restructuring of primary healthcare, focusing on the community attended within its context. In this sense, social participation is essential for the diagnosis, definition of priorities, follow-up, and evaluation of the work. The health worker plays a fundamental role in creating a favorable environment and conditions for participation. The objective of this study was to describe the participation concepts and practices of a Family Healthcare team and implement a process of reflection on such issues. The investigative methodology was used, with a total of six meetings, which were recorded and transcribed, with their contents later analyzed. The concepts and practices of the team were observed to be pervaded by the medicalizing perspective, which we considered to be a limiting factor to promoting participation. The investigative methodology enabled us to identify in the team the importance, limits, and possibilities for the practice of participation among users, which could help to increase awareness of their role as mediators.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud. Participación comunitaria. Salud de la familia.

RESUMEN: La Estrategia de Salud de la Familia propone a partir de la comunidad, una reestructuración de la atención primaria asistida en su contexto. En ese sentido, la participación social es imprescindible en el diagnóstico, la definición de prioridades, el acompañamiento y la evaluación del trabajo. El trabajador de la Salud tiene un papel fundamental para crear ambientes y condiciones favorables a la participación. Los objetivos de este estudio fueron: describir las concepciones/prácticas de participación de un equipo de Salud de la Familia e implementar un proceso de reflexión acerca de estas cuestiones, utilizando la metodología problematizadora. Para ello, fueron realizados seis encuentros, los cuales fueron grabados, transcritos y analizados en su contenido. Se constató que las concepciones y las prácticas del equipo son influenciadas por la visión medicalizante, factor que consideramos limitante en el avance de la participación. La metodología problematizadora permitió identificar con el equipo, la importancia, los límites y las posibilidades de la práctica de participación junto al usuario, lo que puede contribuir al aumento de la conciencia acerca de su papel mediador.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem redesenhadado os contornos da atenção à saúde no País, redefinindo as responsabilidades e competências de cada nível do governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde. Neste contexto, a Participação em Saúde é uma importante estratégia para garantir princípios como a descentralização e municipalização da saúde.

No que concerne às propostas do SUS, o incentivo à auto-responsabilidade e à participação da comunidade no planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção primária à saúde são condições indispensáveis para que ocorra a otimização da atenção à saúde no Brasil.¹

Não se pode dizer que o modelo assistencial predominante no Brasil conteplane estas diretrizes. A grande maioria dos programas focaliza o atendimento individualizado e são voltados a práticas curativas e procedimentos de alto custo, de maneira vertical, excludente, com baixo impacto social e sem levar em conta o universo familiar e comunitário das pessoas ou considerar as dimensões sócio-econômico-culturais do processo saúde/doença.¹

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

Para tanto, o Programa de Saúde da Família (PSF), mais adiante considerado uma estratégia pelo Ministério da Saúde, Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção primária, a partir de atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho.² 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 em nível individual como coletivo.²

Acreditamos que a ESF tem o potencial de constituir-se em um estímulo à organização comuni-

tária e à autonomia das famílias, visto que o modelo assistencial proposto é o da promoção da saúde, que é baseada no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde (empoderamento).

O empoderamento significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à relações de opressão, discriminação e dominação social. Um dos aspectos fundamentais do empoderamento diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. O trabalho comunitário que busca o empoderamento contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que este promove, evidenciadas pelo caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais e essencialmente confere poder ao sujeito social envolvido.³

Em uma dimensão mais abrangente, levada às práticas de saúde, o conceito do empoderamento implica em que os indivíduos ampliem o controle sobre as próprias vidas através da participação, na busca de transformações em sua realidade social e política. Neste contexto, a participação em saúde relaciona-se intimamente com a promoção à saúde, pois se constitui em um instrumento de capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre suas vidas e consequentemente sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Para tanto, é necessário um novo modo de atuar saúde, cujas características seriam: 1) o estabelecimento de uma nova relação com o usuário, em que a comunicação passa a ser horizontal e privilegia o diálogo entre diferentes saberes; 2) respeito pelo outro e sua alteridade; 3) concepção positiva de saúde e acentuação de recursos ao invés de carências; 4) participação individual, grupal e coletiva dos usuários; 5) consideração de que a educação em saúde permeia toda e qualquer atividade assistencial.⁴

Muito se tem escrito sobre a participação em saúde, ratificando sua necessidade e importância. Atualmente, tais práticas podem acontecer de duas formas: a participação institucionalizada, que na área da saúde se expressa nos conselhos locais, municipais e estaduais e nas conferências de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacionais, onde atores participam como representantes de institui-

ções ou entidades; a forma não institucionalizada, que são as possibilidades de participação em toda em qualquer atividade de saúde, desde as mais individuais/assistenciais (p. ex., uma consulta) até as mais coletivas/educativas (p. ex, grupo educativo de portadores de Hipertensão Arterial). Assim, as práticas participativas podem ser parte da atividade de educação em saúde, na medida em que se constroem e se fortalecem na convivência cotidiana com o usuário, o que possibilita o compartilhamento do saber, gerando o empoderamento das pessoas, grupos e comunidades, ou em última análise, a possibilidade de serem cidadãos.⁴

A importância do trabalhador em saúde no processo de participação é fundamental, pois ele pode atuar como um mediador no momento em que a comunidade levanta seus problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades. Cabe a ele criar ambiente propício para que se levantem e defendam as idéias de modo participativo, submetendo-as à crítica da comunidade.⁵ Se, ao contrário, a Equipe de Saúde da Família não atuar de maneira a estimular a participação comunitária, corre-se o risco de manter a prática do modelo biomédico, centrado na doença, o qual tem se mostrado incapaz de atuar a partir da complexidade do processo saúde-doença, incluindo as várias dimensões (individual, social, econômica e cultural) que o permeiam.

Contudo, o que observamos na prática é que as dificuldades para a efetivação do princípio da participação nas diferentes realidades e contextos são inúmeras, o que acaba por reduzi-la a uma dimensão menor do que a que possui.

Sendo assim, na realização da dissertação de mestrado, da qual trazemos um recorte, buscou-se além de compreender as concepções/práticas de participação em saúde trabalhadores de uma Equipe de Saúde da Família junto aos usuários, implementar um processo de discussão sobre a temática, utilizando uma metodologia problematizadora. A idéia era a de investigar e ao mesmo tempo intervir, de modo a promover o exercício de uma prática educativo-participativa, contribuindo na capacitação da equipe de saúde, a partir de suas necessidades, vivências e reflexões em torno da questão da participação em saúde.

METODOLOGIA

Dadas às características do objeto de pesquisa, optamos por um processo de pesquisa mais participativo baseado na metodologia problematizadora.⁶

Esta foi aplicada ao longo de seis encontros com uma Equipe de Saúde da Família em um município catarinense, composta por: um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Nestes encontros foram realizadas várias atividades, nas quais sempre se estimulou a participação dos trabalhadores.

As etapas utilizadas para a coleta e análise dos dados foram: observação da realidade, determinação dos pontos chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.⁶

Os seis(06) encontros foram operacionalizados da seguinte maneira: 1º Encontro: apresentação da proposta de trabalho e convite à participação; 2º Encontro: observação da realidade através de discussões em grupo acerca do tema participação em saúde na realidade local; 3º Encontro: dinâmica de grupo para a devolutiva dos dados do encontro anterior e eleição pelo grupo dos pontos chaves (porque participar, porque as pessoas não participam e como motivar a participação); 4º Encontro: teorização através de dinâmicas de grupo; 5º Encontro: teorização através de leituras de textos e discussões em grupo; 6º Encontro: fechamento das idéias, devolutiva dos resultados preliminares da pesquisa e avaliação do trabalho. Todos os encontros foram gravados e transcritos imediatamente após seu término e feitas anotações da pesquisadora em um diário de campo.

As etapas utilizadas para a coleta e análise dos dados foram: observação da realidade, determinação dos pontos chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.⁶

Para a análise e discussão dos dados optamos pela análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática.⁷ Neste tipo de análise, buscamos descobrir os núcleos de sentido que compuseram as falas dos participantes nos vários encontros, cuja presença ou ausência poderiam significar algo para a construção do conhecimento acerca do tema da pesquisa.

Tratando-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa, foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, tendo sido aprovado em 19 de fevereiro de 2004 através do parecer nº. 055/2004. Foi também oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a todos os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da coleta e análise dos dados, após cada encontro e ao final, foi possível construir ca-

tegorias e subcategorias que emergiram das falas dos participantes. As categorias foram cinco: concepções de participação, práticas participativas, importância da participação, fatores limitantes e fatores facilitadores da participação. Ao longo da discussão mencionaremos as subcategorias correspondentes.

Quanto às concepções de participação e práticas participativas constatamos que uma de suas principais concepções de participação é o comparecer às reuniões, atividades e programas propostos pela equipe. Quanto às práticas participativas da equipe, identificamos como prática mais freqüente o ato de convidar para reuniões e a realização de grupos, atividades educativas, físicas e recreativas.

A fala seguinte exemplifica a primeira concepção: *eu acho que participar é participar das reuniões (S1)*. A aceitação de programas oficiais ou a cooperação com o Estado também se constituem como formas de participação, sendo esta freqüentemente vista como condição para o trabalho conjunto entre a comunidade e os trabalhadores de saúde de modo a aumentar a resolutividade do serviço.⁸ A partir desta concepção de participação, a população deixa de ser alvo inerte de uma ação controladora e normativa no campo sanitário e passa a ser chamada a cumprir um papel minimamente ativo e consciente na busca do ideal saúde. Mantém-se o usuário como alvo de cuidados de saúde, porém com a agregação da idéia de que sem a colaboração ou compreensão das pessoas a efetividade das ações fica comprometida.⁷

Porém, um fenômeno complexo como a participação, não pode ser reduzido a um ato episódico com uma reunião, mesmo quando este aparentemente possa ter efeito decisório. A participação tem um caráter de processo coletivo transformador, as vezes contestatório, no qual os setores marginalizados incorporam-se à vida social por direito próprio, não como convidados, mas conquistando uma presença ativa e decisória nos processos de produção, distribuição, consumo, vida política e criação cultural.⁹

A institucionalização de iniciativas como grupos de auto-ajuda, associações de pacientes, dentre outras, pode levar a conversão destas em parte do catálogo de serviços ofertados à população pelas instituições de saúde, as quais limitariam a atuação destas iniciativas conforme interesses próprios.¹⁰ Além disso, a participação enquanto a aceitação de programas oficiais ou a cooperação com o Estado pode resultar em dependência e acomodação dos cidadãos às normas e estruturas estatais desencadeando o silêncio e a subordinação.¹⁰

Entendemos que a existência de espaços como grupos, atividades educativas, físicas ou recreativas é positiva, pois é dentro deles que podem ser construídas várias formas de participar, porém eles normalmente são usados de uma forma prescritiva, na qual o trabalhador de saúde determina previamente o que vai acontecer, antes de qualquer contato com a comunidade. Observamos que a equipe entende a importância destes espaços, mas acaba por desperdiçá-los como espaços educativos para a participação, pois não consegue ver sua potencialidade.

Outra concepção de participação dos trabalhadores da equipe, que está relacionada à anterior, foi a de participação como sendo participar do próprio tratamento de saúde e pode ser exemplificada na fala a seguir: *quando alguém diz que é função dos agentes de saúde levar agendados os exames de preventivo, eu respondo que não é a função deles. O usuário é que tem que vir aqui agendar. Afinal de contas eles têm que participar desse processo (S3)*.

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

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

Esta situação pode ser ilustrada no discurso de um dos trabalhadores: *eu atuo assim: o paciente voltou pra mim um mês depois da primeira consulta e eu pergunto – você parou de tomar leite?, – você parou de tomar líquidos na refeição?. – Eu não vou te prescrever remédio agora e você vai voltar o mês que vem até você entrar no eixo*. Esse é o jeito que você tem de, às vezes, de fazer a pessoa se tocar que é o responsável pela própria saúde. Eu ajudo dando um remedinho ou outro, mas logo eu vou tirar também (S4).

Esta fala manifesta o autoritarismo nas práticas da equipe, as quais têm a ver com a medicalização que absolutiza o saber médico e desvaloriza a fala e as razões dos usuários, expressando relações de

poder dessimétricas entre usuários e trabalhadores de saúde. Freqüentemente o trabalhador justifica sua conduta dizendo que as regras e normas que impõem “são para o bem do paciente”. Porém, esta forma de atuação contribui unicamente para tornar o usuário mais dócil e submisso às decisões dos trabalhadores de saúde e menos confiante em si. Estas relações assimétricas promovem não o “bem do paciente”, mas a perda da criticidade e autonomia para gerir sua vida. Submetido, desta forma, ao controle do trabalhador de saúde o usuário acomoda-se a uma posição, que de certa forma é também cômoda, tornando-se mais dependente de ações médicas e acreditando que somente por intermédio delas poderá obter saúde.

Contudo, sabemos que uma prática de saúde normativa, baseada em recomendações higiênicas do ponto de vista biologicista e higiênico-preventivista é insuficiente para dar total resolução à problemática com a qual o trabalhador se depara no exercício de sua prática. Urge então, a necessidade de mudanças e da humanização das práticas de saúde. Acreditamos que a promoção da saúde e, consequentemente, a participação e o empoderamento das pessoas e comunidades são caminhos concretos a serem seguidos na busca por essas mudanças. Isto somente será possível na medida em que as relações de poder entre trabalhadores de saúde e usuários se tornem menos normativas e mais simétricas.

É interessante notar que, apesar de adotarem práticas que perpetuam o modelo medicalizado, os trabalhadores da equipe têm consciência e se ressentem deste tipo de dominação. Esta situação pode ser ilustrada com a continuação da fala do participante citado anteriormente: *é mais fácil dominar uma população na medida em que ela é mais dependente. Então existe uma facilidade patrocinada pelos governos que parecem dizer: seja passivo, não é preciso fazer nada que nós damos o médico e a enfermeira que estão incumbidos de resolver seus problemas de saúde (S4).*

Seria importante que os participantes atentessem para a ambigüidade de sua postura. Ao mesmo tempo em que perpetuam uma atitude medicalizada (portanto, autoritária) nas relações trabalhador de saúde/usuário, esperam que o cliente se liberte das rédeas impostas por um Estado medicalizado. A possibilidade de que os indivíduos tomem o controle de sua própria vida e avaliem os serviços de saúde aos quais recorrem, fica restrita quando estes estão sujeitos a uma série de normas que os disciplinam e que os tornam dependentes em todo momento de algum tipo de intervenção profissional.¹¹

Outro aspecto da postura da equipe com relação à concepção de participação como sendo participar de seu tratamento de saúde, pode ser ilustrado a partir da fala deste trabalhador: *se a saúde da pessoa não está legal é porque é culpa dela, não é culpa minha. Então ela é a primeira a ter que reverter isso (S4).*

Esta é uma atitude encontrada comumente nos serviços de saúde: a de culpabilizar o usuário por sua condição de vítima. Desta forma, o doente é único objeto e sujeito de ação, ao qual se atribui um compromisso individual, desconsiderando as condições (sociais, culturais e econômicas) que atuam como determinantes de sua doença/sofrimento. A ‘culpabilização da vítima’ é um dos efeitos mais perniciosos do mau funcionamento dos serviços públicos no Brasil, e demonstra a falta de compromisso dos governos (e mau entendimento dos trabalhadores) que delegam unicamente às pessoas a responsabilidade por estarem doentes.¹²

No decorrer dos encontros com a equipe, buscamos despertar a criticidade de seus integrantes no sentido de perceberem a incongruência destas concepções e, consequentemente, de suas práticas com relação à participação em saúde. Assim, nos últimos encontros, constatamos uma mudança positiva nas práticas dos profissionais, como atesta uma das falas no último encontro: *a gente ta planejando com o presidente do conselho que vai trazer o modelo do convite a participação que eles estão elaborando lá; e a gente também está bem motivado pra fazer isso por causa das nossas discussões aqui... e a gente, e cada conselheiro vai convidar 10 pessoas, cada um para conhecer o conselho (S3).*

Mais do que induzir determinados comportamentos, verificamos através desta fala, que a equipe passou a apoiar as pessoas para que estas tomem suas próprias decisões. Isso promove o desenvolvimento de uma consciência crítica, o que pode potencializar a capacidade de intervenção sobre a realidade de uma comunidade. A estratégia de utilizar o conselho local, como base para fomentar a participação dos usuários representa a criação de possibilidades de emergência de novos atores que venham a atuar contribuindo positivamente para a integração e interação entre a equipe e a população criando verdadeiras condições para a efetivação da participação em saúde na comunidade.

Quanto aos fatores limitantes da participação (dos usuários), inicialmente emergiram as subcategorias comodismo e apatia das pessoas e a pouca cultura de participação na comunidade como os mais importantes. De acordo com o

grupo, o comodismo e apatia das pessoas, que se revela através da pouca cultura de participação na comunidade, faz com que os indivíduos esperem que os trabalhadores de saúde ou o poder público encontrem soluções para todos os problemas da comunidade sem a necessidade de sua participação. Estas percepções do grupo podem ser exemplificadas a partir da fala: *eles querem que se resolva o problema, mas não participam pra ajudar a resolver (S5).*

Uma questão a ser superada pelos trabalhadores que atuam em comunidades carentes é relacionada à diferença de interpretação que têm da realidade em relação aos usuários, em geral de camadas menos favorecidas. A própria idéia de prevenção com a qual o trabalhador de saúde opera implica em um olhar para o futuro. Ao contrário, nas populações carentes, a lembrança das dificuldades de sobrevivência já enfrentadas faz com que as pessoas preocupem-se em prover o dia de hoje e por isso conduzem suas vidas com a categoria principal de provisão e não de previsão. Assim, ao serem convocadas pela equipe de saúde para participarem de uma maneira mais ativa no dia a dia da unidade, as pessoas não mostram interesse, pois não percebem em que esta participação pode contribuir para a provisão em suas vidas.¹¹

É importante que os trabalhadores da equipe de saúde compreendam que não se pode interpretar uma comunidade desorganizada como comodista. Na verdade, trata-se de um processo histórico e cultural de opressão que domesticou as pessoas, de modo a tornar o assistencialismo uma necessidade vital. Assim, o indivíduo não decidiu pelo parasitismo, mas foi levado a ele pela estrutura de dominação imposta, fazendo com que se acostume a esta situação como um modo de vida.⁵

Os oprimidos, enquanto adaptados à situação que os opõe, sofrem uma dualidade segundo a qual buscam a liberdade e ao mesmo tempo a temem, enquanto não se sentem capazes de correr o risco de assumi-la. Em meio a este medo da liberdade e aparente conformismo negam-se, muitas vezes, a escutar o apelo que se faça a eles ou que tenham feito a si mesmos para libertarem-se das amarras que os prendem a uma realidade de dominação. Assim, sofrem a ambigüidade entre a alienação ou o exercício da cidadania, entre seguirem as prescrições ou terem opções, entre serem espectadores ou atores, entre silenciar ou falar. A superação desta contradição é um processo doloroso que exige a liberação de uma estabilidade cômoda, na medida em que impõe o enfrentamento do desconhecido.¹³

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

Nesta perspectiva o grupo de trabalhadores percebeu que o grande desafio que se impõe é encontrar maneiras de capacitar e motivar a comunidade (e manter esta motivação) para que esta conheça, enfrente e supere seus medos em busca de uma participação cidadã, através da qual os indivíduos passam de objeto de manipulação a sujeitos conscientes de sua cidadania.

Para tanto, os participantes elegeram subcategoria educação em saúde como o mais importante fator facilitador da participação. *O que se precisa é educação. Nada mais do que isso (S2).*

Para os trabalhadores da equipe, a educação em saúde se apresenta como importante estratégia da qual podem lançar mão, de modo a promover a descoberta de uma consciência crítica nas pessoas, com respeito às suas condições de vida, a qual se materialize em estratégias concretas de enfrentamento da realidade, emergentes do conhecimento adquirido.

A valorização da educação em saúde como importante fator facilitador da participação dos usuários representa por si só um avanço do grupo em sua reflexão. Porém, observamos em determinadas falas que alguns participantes concebem a educação em saúde principalmente como uma maneira de passar orientações para a comunidade e não como uma interativa troca de saberes. A fala a seguir mostra esta situação: *mas assim, com o tempo vai ter que ser tomado novas medidas porque você precisa alcançar a população, dar educação pra essa comunidade e até orientar como funciona o posto (S4).*

Outro aspecto observado com relação ao entendimento de alguns participantes sobre educação em saúde é que estes a compreendem principalmente como a educação formal, esquecendo ou até desconhecendo outras faces e formas de realiza-la. *O problema da pouca participação das pessoas é um problema educacional. É lá na escola que se deve aprender (S2).*

É indispensável entender que a educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas está em toda a ação sanitária. Não se pode negar que a educação pode ocorrer de uma maneira formal, mas esta também ocorre informalmente em quaisquer de nossas ações de saúde. Existe uma dimensão educativa não intencional em todas as ações dos trabalhadores de saúde. Este modo informal de educar representa uma possibilidade de comunicar as mais diversas mensagens nas mais variadas situações.¹⁴

Esta dimensão educativa de nossas ações é um dos fatores que faz com que a postura dos trabalhadores de saúde seja um fator importante a ser considerado para a participação em saúde. Isto porque dependendo de suas posturas os trabalhadores podem fomentar ou desestimular a participação. Este fator foi também identificado pela equipe como um fator limitante e, ao mesmo tempo, como um fator facilitador da participação. Assim, acreditamos ser importante que os trabalhadores da equipe tenham um perfil voltado à prática da promoção da saúde, estejam realmente comprometidos e com a comunidade e acreditem no diálogo e na participação como estratégias na busca do crescimento e desenvolvimento da comunidade com a qual trabalham. Do contrário, a equipe corre o risco de perpetuar um modelo autoritário, medicalizado e excludente que promove não o empoderamento da comunidade, mas sim o comodismo, a apatia e o individualismo das pessoas.

Além disso, o grupo fez alusão ao individualismo das pessoas como um importante fator limitante para a participação. A fala a seguir ilustra esta afirmação: *a questão do controle social, ela virou um controle umbilical. Então eu vou cuidar do meu; se eu conseguir ter o meu, livrar o meu, ajeitar o meu, beleza. As pessoas não pensam mais em sociedade participativa, em trabalhar junto (S3).*

Na medida em que a exclusão social agrava-se, isto se reflete em problemas como o desemprego, desconfiança e desencanto com a política e insegurança dos cidadãos com relação a seu futuro. Estes aspectos são consequência da fragmentação da sociedade, descaracterizando identidades coletivas tradicionais como famílias e grupos comunitários e não propiciando a formação de novas identidades coletivas. Ao mesmo tempo estes aspectos favorecem o estabelecimento de relações sociais pautadas pelo individualismo, pela fragmentação social, por uma insatisfação crônica com a ordem das coisas e pelo surgimento de associações à margem da sociedade.¹⁵ Os desafios imediatos relacionados a

essa problemática dizem respeito a como criar ou reconstituir ambientes que estimulem participação e a como motivar os cidadãos a participar em um contexto de fragmentação e crescente desigualdade social. Para deter o processo de fragmentação da sociedade é necessário fortalecer a ação coletiva. Três componentes são essenciais para alcançar esse objetivo: confiança; desenvolvimento de redes sociais e fomento ao engajamento cívico¹⁴.

Se por um lado, o individualismo e a ausência de um sentimento de pertencer a uma comunidade são fatores limitantes para a participação, por outro, a equipe percebe que a identificação cultural com a comunidade pode promover um comprometimento da população com o coletivo e assim representar um importante fator facilitador da participação. *Eu acho que a pessoa aprende a participar também quando ela acredita que é parte daquilo... quando se identifica com a comunidade (S1).* Ao longo do processo de trabalho com o grupo, este percebeu que a descaracterização cultural é um expediente importante para reduzir a capacidade organizativa da comunidade, reduzindo-os a conglomerados humanos. Por conseguinte os participantes se deram conta que a cultura de uma comunidade representa um importante processo de identificação e pode influenciar positivamente na diminuição do *Individualismo* das pessoas. A identificação cultural apresenta talvez a motivação mais imediata para a participação. A comunidade somente reconhecerá como seu o projeto que mesmo tendo vindo de fora é capaz de revestir-se de traços culturais do grupo.⁵

Outro importante fator limitante para a participação identificado pela equipe é a cultura da medicalização. Certamente a cultura na medicalização contribui para tornar a comunidade cada vez mais dependente e acomodada e consequentemente menos participativa. Contudo, é importante lembrar que em suas concepções de participação a equipe mostrou que suas práticas também são medicalizadas. Deparamo-nos então com uma contradição na qual uma equipe medicalizada só vê no outro (o usuário) este problema e não consegue identificá-lo em sua própria prática.

Acreditamos que a cultura da medicalização influencia negativamente, tanto na organização das práticas, como nas demandas sociais por saúde. Por este motivo é importante que a equipe perceba que esta cultura é também resultado de sua própria atitude, que acaba por reforçar este comportamento nas pessoas. Da mesma maneira o trabalhador de saúde deve entender que uma parceria com a comu-

nidade, valorizando o saber popular e o diálogo não acarretará na diluição do seu poder. Ao contrário, contribuirá para a potencialização do poder de trabalhadores de saúde e usuários, porém levando-os a uma nova forma de exercê-lo, não mais autoritária/submissa, mais crítica, reflexiva e dialógica, o que pode ser a base para a concretização de uma mudança que antes parecia utópica.

No decorrer do trabalho, a equipe compreendeu a importância da participação, no sentido de promover uma melhora na relação/interação com a comunidade, bem como potencializar a cidadania/poder de uma comunidade. Este fato é positivo em nossa avaliação, pois acreditamos que embora as desigualdades sociais sejam imensas a participação representa uma possibilidade real de superação de diferenças sócio-econômico-culturais que dificultam o mútuo entendimento entre trabalhadores de saúde e usuários, bem como de democratização das relações e superação da assimetria nas relações de poder que predomina entre estes dois grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que observamos ao longo dos mais de dez anos de implantação da ESF é que a incorporação da participação em saúde não é uma tarefa simples, pois depende da interação de fatores histórico-políticos e sócio-econômico-culturais, relacionados aos gestores, comunidade e trabalhadores de saúde.

Entendemos que a compreensão das conceções de participação e práticas participativas de uma equipe, bem como dos fatores limitantes e potencializadores da participação foi importante para entender como a questão da participação em saúde é operacionalizada no dia a dia de uma Unidade de Saúde da Família.

A metodologia utilizada na pesquisa/intervenção contribuiu para que a realidade do cotidiano dos trabalhadores da equipe fosse problematizada, possibilitando aos membros da equipe um novo olhar com relação à sua prática diária e o relacionamento com a comunidade.⁵ Em nossa avaliação, esta metodologia constitui-se em um valioso instrumento de capacitação para a participação, pois tem o potencial de estimular o desenvolvimento de atitudes críticas no indivíduo. Além disso, representa um modo de trabalhar de uma maneira participativa, o que por si só já representa um avanço, na medida em que consideramos que a educação não se dá apenas a partir de aspectos cognitivos, mas

por intermédio de nossas ações e atitudes. Assim, acreditamos que ao educar participativamente estamos contribuindo para a formação de profissionais participativos em suas ações.

No decorrer do processo de trabalho com o grupo, alguns participantes conseguiram resgatar a importância da participação em saúde no dia a dia de seu trabalho. Na medida em que a equipe de saúde comprehende a importância da participação, deixa de considerá-la apenas como mais uma dentre as tantas outras atribuições que tem, sentindo-se cada vez mais motivada em buscá-la como um dos objetivos de seu trabalho. Isto pode representar o início de um processo de avaliação crítica de suas práticas, com o potencial de deflagrar a busca sistematizada de melhor compreensão do que realmente seja a participação em saúde e sobre como promovê-la.

Por fim, acreditamos ser importante novamente ressaltar o papel estratégico das relações estabelecidas no cotidiano das Unidades de Saúde para o processo de mudança social e empoderamento das pessoas. Assim, não basta que o Ministério da Saúde proponha estratégias como, por exemplo, a ESF, se não investir na formação de gestores e trabalhadores sob a lógica da integralidade das ações de saúde, aptos para compreender a realidade de vida da população, criar vínculos e trabalhar em equipe, priorizando a educação em saúde de maneira dialógica, crítica e reflexiva.

Neste sentido, é premente a necessidade de desenvolver e/ou incrementar programas de educação permanente de modo a capacitar os trabalhadores de saúde, não somente no nível teórico, mas na prática, para o trabalho com a comunidade de maneira participativa. Além disso, é importante se firmar uma política de mudança nos cursos de graduação na área da saúde que induzam as universidades a cumprirem seu papel social de modo a formar profissionais integralmente aptos, não somente do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista social.

REFERÊNCIAS

- 1 Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Públ. 1998 Abr-Jun; 14 (2): 429-35.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília (DF): O Departamento; 2001.

- 3 Vasconcelos E. O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro (RJ): Paulus; 2004.
- 4 Wendhausen A, Saupe R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2003 Jan-Mar; 12 (1): 17-26.
- 5 Demo P. Participação é conquista. 3a ed. São Paulo (SP): Cortez; 1999.
- 6 Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino e aprendizagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 1982.
- 7 Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 6a ed. São Paulo (SP)/Rio de Janeiro (RJ): Hucitec/Abrasco; 1999.
- 8 Carvalho AI. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro (RJ): Fase/Ibam; 1995.
- 9 Bordenave, JD. O que é participação. 5a ed. São Paulo (SP): Brasiliense; 1987.
- 10 Kleba E. Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó (SC): Argos, 2005.
- 11 Wendhausen A. O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí (SC): UNIVALI; 2002.
- 12 Valla VV. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. Cad Saúde Públ. 1998; 14 (Sup. 2): 7-18.
- 13 Freire P. Pedagogia do oprimido. 9a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1981.
- 14 Briceño-Léon R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria Cad. Saúde Públ. 1986 Jan-Mar; 12 (1): 7-30.
- 15 Baquero M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. Rev. Sociol. Política Nov 2003; (21): 83-108.