

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Community participation in basic health care in the user's perspective

Participação comunitária no contexto da atenção básica em saúde na perspectiva de usuários

Participación comunitaria en el contexto de la atención básica en salud en la perspectiva de usuarios

Jael Maria de Aquino ¹, Estela Maria Leite Meirelles Monteiro ², Waldemar Brandão Neto ³, Andreza Cristina Velez Silva ⁴, Bruno Lima de Albuquerque ⁵, Rebeca Barroso Batista ⁶

ABSTRACT

Objective: To know from the perspective of the user, the contributions of community participation in health activities of a family health unit of Recife-PE, Brazil. **Method:** Qualitative study conducted with 65 users a basic health Unit in the months of November 2010 to January 2011. The interviews recorded, transcribed and analyzed by means of the collective subject discourse. **Results:** Two central ideas identified: - existing in the Community Leadership and participation of the population in the planning of health; - Suggestions for changes/improvements in health service offered by the basic unit. **Conclusion:** Evidenced that the question of community leadership needs to strengthen through a political action-ethics-shared citizen, where professionals and users are active in this process, recognizing themselves as allies within the complexity that involves health issues in the context of capitalism and private interests. **Descriptors:** Community involvement and family health, Access to health services, Social control policies, Community health nursing.

RESUMO

Objetivo: Conhecer, sob a ótica do usuário, as contribuições da participação da comunidade nas ações de saúde de uma Unidade de Saúde da Família da cidade do Recife-PE, Brasil. **Método:** Estudo qualitativo realizado com 65 usuários de uma Unidade Básica de Saúde nos meses de novembro de 2010 a janeiro de 2011. Os depoimentos foram gravados, transcritos e analisados mediante o Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Foram identificadas duas ideias centrais: - Lideranças existentes na comunidade e participação da população no planejamento das ações de saúde; - Sugestões para mudanças/melhorias no serviço de saúde ofertado pela Unidade Básica. **Conclusão:** Evidencia-se que a questão da liderança comunitária necessita ser fortalecida por meio de uma ação política-ética-cidadã compartilhada, onde profissionais e usuários sejam ativos neste processo, reconhecendo-se como aliados dentro da complexidade que envolve as questões de saúde no contexto do capitalismo e dos interesses privados. **Descritores:** Participação comunitária, Saúde da família, Acesso aos serviços de saúde, Políticas de controle social, Enfermagem em saúde comunitária.

RESUMEN

Objetivo: para conocer, desde la perspectiva del usuario, las contribuciones de la participación comunitaria en las actividades de salud de una unidad de salud de la familia de Recife-PE, Brasil. **Método:** estudio cualitativo había realizado con 65 usuarios una unidad de salud básica en los meses de noviembre de 2010 a enero de 2011. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante el discurso del sujeto colectivo. **Resultados:** se identificaron dos ideas centrales: - los líderes existentes en la comunidad y la participación de la población en la planificación de la salud; - Sugerencias de cambios/mejoras en el servicio de salud ofrecido por la unidad básica. **Conclusión:** se pone de manifiesto que la cuestión del liderazgo comunitario debe fortalecerse a través de un ciudadano político acción-ética-compartido, donde profesionales y usuarios están activos en este proceso, se reconoce como aliados dentro de la complejidad que implica problemas de salud en el contexto del capitalismo y los intereses privados. **Descriptor:** Participación comunitaria, Salud familiar, El acceso a los servicios de salud, Las políticas de control social, Enfermería de salud comunitaria.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP/USP. Docente do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem FENSG/UPE-UEPB (PAPGEnf). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas Enfermagem na Promoção à Saúde de Populações Vulneráveis (GEPEV-CNPq). E-mail: jaelquino@ig.com.br. ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFPE. E-mail: estelapf2003@yahoo.com.br. ³Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem FENSG/UPE-UEPB. Membro do GEPEV-CNPq. E-mail: brandaonetow@gmail.com. ⁴Acadêmica do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médias (FCM) - Universidade de Pernambuco. Bolsista do PET-saúde. E-mail: andreza.velez@gmail.com. ⁵Acadêmico do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médias (FCM) - Universidade de Pernambuco. Bolsista do PET-saúde. E-mail: brunolimada@hotmail.com. ⁶Enfermeira. Egressa da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FESNG) - Universidade de Pernambuco. E-mail: beka210588@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A participação comunitária é um movimento que vem sendo incentivado e valorizado como um caminho estratégico importante para o enfrentamento dos problemas de saúde, permitindo maior consciência política e compartilhamento das responsabilidades e de informações, na busca de melhor autonomia e qualidade de vida das pessoas com o exercício do controle social.¹

Um dos grandes marcos na história da saúde brasileira foi a garantia da participação dos cidadãos na cogestão pública em saúde, mediante a organização de espaços deliberativos de discussões e debates como o Movimento Nacional pela Reforma Sanitária. Este ideário teve por marcos de reafirmação e consolidação as 8ª e 9ª Conferências Nacionais, respectivamente, em 1986 e 1992, e também dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), os quais possuem composição, paridade e atribuições asseguradas por norma jurídica.²

A saúde, como direito dos cidadãos, deve ter serviços e ações providos de forma descentralizada e submetidos ao controle social. Dessa forma, a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se como a melhor doutrina de construção da cidadania.³ Partindo deste entendimento resgata-se a importância da cidadania como a construção de um espaço social de igualdade de direitos, implicando uma relação recíproca de respeito aos direitos e deveres entre os cidadãos e o Estado, visando à materialização dos desejos do sujeito, através de discussões sociopolíticas; onde a participação dos envolvidos nesse espaço pode significar a redistribuição dos direitos a todos.⁴

Desse modo, a participação cidadã caracteriza-se pela substituição da categoria comunidade ou povo pela sociedade como categoria central. Esse conceito está fundamentado na universalização dos direitos sociais, na adoção de um conceito ampliado de cidadania e uma nova compreensão do caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas com base em um debate público.⁵

Completado seus mais de 20 anos, o SUS, vem se consolidando como uma política de saúde de sucesso, pois seus princípios e fundamentos resgatam no sujeito social crenças e valores culturais alicerçados por uma nova visão de saúde. Dentro desta perspectiva, o SUS tem se focado na reorganização da atenção à saúde por meio do investimento na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF adota uma nova forma de organização do trabalho em saúde a ser produzido por uma equipe multiprofissional, tendo em vista o desenvolvimento de práticas de saúde mais integrais e resolutivas. Além disso, é notório pelas suas características peculiares que favorecem a integração entre comunidade e equipes de saúde da família, bem como a relação profissional-usuário.⁶

O trabalho em equipe, nas unidades de saúde da família, propicia o envolvimento e a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial comum, visto que a população de referência é a destinatária do trabalho desenvolvido, pressupondo um processo de democratização das instituições.¹

No entanto, a busca por essa tal participação, ainda parece tímida, pois estudo sobre a atenção básica aponta para a ausência do usuário como protagonista do seu próprio viver e da produção de seu cuidado, visto que a equipe ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito.⁷ Assim a participação e o controle social deixam de representar estratégias democráticas capazes de promover a ruptura com a tradição centralizadora do Estado brasileiro.⁸

Destaca-se, ainda, resultados de um recente estudo no contexto da saúde da família realizado no sul do Brasil, o qual verificou que a implantação do respectivo PSF investigado deu-se dissociada de uma discussão coletiva com os usuários e profissionais diretamente implicados, fato que compromete o entrelaçamento dos dispositivos técnicos e sociais necessários na prática cotidiana dos serviços de saúde.⁹

Assim, a realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de renovação de posturas e atitudes na práxis dos profissionais de saúde dentro do contexto do trabalho na atenção primária, reconhecendo as potencialidades do outro e os recursos comunitários para mudanças significativas na realidade de saúde em um movimento democrático-ético-político.

Estudar os elementos que permeiam no exercício real da participação comunitária, dentro da perspectiva do processo de trabalho na rede básica de saúde vem oferecer aos profissionais que nela atuam um arsenal de possibilidades para a compreensão dos complexos fenômenos que regem e interferem na dinâmica social do trabalho em saúde junto à comunidade. Permitindo trilhar um caminho onde ao ouvir a população com seus desejos e necessidades, quebra-se um pouco a rigidez com que os serviços de saúde hoje se organizam. A partir destas reflexões foi proposto o seguinte problema de pesquisa: como os usuários de serviços primários de saúde percebem a questão da participação popular no âmbito do planejamento das ações em saúde?

Na busca para melhor compreensão do fenômeno o estudo elaborou o seguinte objetivo: conhecer, sob a ótica do usuário, as contribuições da participação da comunidade nas ações de saúde de uma Unidade de Saúde da Família (USF) da cidade do Recife-PE, Brasil.

METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza descritiva, exploratória com enfoque de análise qualitativa, por trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.¹⁰

O estudo foi desenvolvido em uma USF da microrregião 3.2 do Distrito sanitário III, localizado a noroeste da cidade do Recife-PE que possui um total de 29 bairros, em uma área caracterizada por relevo bastante acidentado com existência de barreiras geográficas como morros, ladeiras e escadarias. A USF possui 2 equipes de profissionais de saúde, responsáveis em atender uma demanda de aproximadamente 70 indivíduos diariamente, que

vão desde recém-nascidos até idosos. Bem próximo a USF está localizada uma creche escolar e uma associação de moradores do bairro. A comunidade desfruta de lojas de roupas, de doces e de utilidades domésticas, pequenos mercados alimentícios, açougues, compondo um micro espaço social que se entrelaçam com as necessidades locais. No entanto, existem poucos espaços sociais para lazer e bem-estar.

Os participantes foram selecionados de forma aleatória, sendo organizado com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o sorteio de 8 residências para cada uma das 8 micro áreas existentes na equipe 2 de saúde da respectiva unidade investigada. Como em uma das micro áreas, 1 usuário procurou os pesquisadores com a intenção livre de ser entrevistado, o estudo totalizou a participação de 65 usuários.

Vale ressaltar, que o sorteio teve por base o dia da visita domiciliar, realizada pelo ACS para cada família residente na micro área, naquele dia da presença dos pesquisadores no local. Ao chegar na casa das famílias os pesquisadores foram apresentados as mesmas pelo ACS, e, mediante aceite de um dos membros familiar presentes na casa para participar da pesquisa, a entrevista foi realizada após a atividade do ACS.

Os critérios de inclusão para os usuários foram: idade igual ou maior de 18 anos; de ambos os sexos; ter moradia fixa na comunidade onde está inserida a USF, foco desta pesquisa, e ainda ser usuário da mesma; bem como apresentarem condições físicas e psíquicas; e aceitarem participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro de 2010 a janeiro de 2011, mediante a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado previamente testado. Foi utilizada a técnica de gravação com MP3 para o registro dos depoimentos abordando as seguintes questões: caracterização do grupo participante (dados socioeconômicos e situação familiar) e perguntas referentes a participação social e o conhecimento das lideranças da comunidade, assim como sugestões para melhorias/mudanças nos serviços de saúde oferecidos pela Unidade Básica.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade de Pernambuco (UPE) com registro de nº 096/10 e CAAE: 6030.0.000.250-10. Aos participantes foram explicados os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios, bem como foi garantida a preservação de suas identidades. Todos os participantes expressaram o desejo de serem inseridos na pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O material empírico foi analisado por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, cujos depoimentos são sua matéria prima. O DSC é construído na primeira pessoa do singular, portanto, o pensamento de um grupo é colocado como se fosse um discurso individual. Trata-se de uma sugestão explícita de reconstituição de um ser, ou até mesmo de uma entidade empírica coletiva, que expõe sua opinião em forma de um sujeito de discurso emitido como se fosse um único sujeito que fala.¹¹

Assim, ao utilizar esta técnica, foi selecionada de cada resposta individual os trechos mais significativos destas respostas, que são as Expressões-chave. A estas expressões correspondem Ideias Centrais que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões-chaves. Portanto, a partir dessas Ideias Centrais os discursos-sínteses são construídos.¹²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Dos 65 usuários incluídos na pesquisa, houve um predomínio de 89 % (58) do sexo feminino e 11% (7) do sexo masculino, apresentando faixa etária de 18 até 80 anos. Tal situação também foi encontrada em outros estudos, notadamente devido ao papel social historicamente assumido pela mulher como cuidadora da família, sendo mais facilmente encontrada no domicílio.¹³

Em relação à situação de trabalho, 37% (25) dos entrevistados trabalham, e os outros 63% (41) não trabalham. Os tipos de ocupação mais citados foram os seguintes, 8% (2) autônomos, 16% (4) são domésticas, 12% (3) comerciantes, 8% (2) costureiras e 56% (14) tem outras ocupações que requerem pouco estudo e baixa remuneração.

Quanto a escolarização os usuários apresentavam diferentes níveis de escolaridade, tendo 1% (1) não alfabetizados, 11% (7) alfabetizados, 43% (28) com ensino fundamental incompleto, 8% (5) com ensino fundamental completo, 11% (7) com ensino médio incompleto, 25% (16) com ensino médio completo, e 1% (1) com ensino superior completo.

Em relação a situação conjugal, 60% (39) estão com parceiros, e 40% (26) sem parceiros. Neste aspecto, observa-se como ainda é comum a figura da mulher mantenedora do lar. Ao considerar o quantitativo de filhos, observou-se que 14% (9) não têm filhos, 60% (39) têm de 1 a 3 filhos, 12% (8) têm de 4 a 6 filhos e 14% (9) têm acima de 6 filhos.

Quanto ao número de pessoas que moram na residência, foi identificado que 5% (3) moram com 1 pessoa, 72% (47) moram com 2 a 4 pessoas, 20% (13) moram com 5 a 7 pessoas, 3% (2) moram com mais de 7 pessoas. Relacionado com este aspecto observou-se que os indivíduos residem com um grande número de pessoas, porém suas casas apresentam cômodos limitados, sendo 3% (2) que moram em casa com 2 cômodos, e 97% (63) que moram em casa com 3 ou mais cômodos.

Com os DSC's mediante as entrevistas foram obtidos 2 ideias centrais (IC): - Lideranças existentes na comunidade e participação da população no planejamento das ações de saúde; - Sugestões para mudanças/melhorias no serviço de saúde ofertado pela Unidade Básica.

Ideia Central I - Lideranças existentes na comunidade e participação da população no planejamento das ações de saúde

Tema A: Identificam as lideranças e tímida participação da comunidade

Discurso do sujeito coletivo: *Conheço, é gente boa [...] é o líder da comunidade [...] agora ele é vereador [...] ele era delegado [...] esse posto aqui mesmo, ele foi o único que lutou [...] ele faz reunião do posto, faz reunião dos médicos, faz reunião sobre ônibus [...] ajuda na falta de água [...] já teve reunião aí no posto várias vezes, mas não adianta [...] o povo é muito acomodado.*

Tema B: Não identificam as lideranças e apresentam resistência quanto a participação comunitária

Discurso do sujeito coletivo: *Não sei, não [...] se tem, eu estou por fora [...] tem um negócio aí da comunidade de eleger “fulano” ou “cicrano”, mas eu nunca me interessei não, porque eles não fazem nada [...] eu não me envolvo muito [...] não temos participação de nada e nem tão pouco nos planejamentos de ações de saúde.*

Foi evidenciado nos discursos acima que a população necessita de um líder que possa servir como um mediador da comunidade, buscando sempre os interesses da população, lutando principalmente pela participação da mesma na resolução dos problemas de saúde da comunidade. A participação da comunidade junto com a equipe de saúde na construção do planejamento das ações de saúde favorece uma assistência voltada as reais necessidades da população.

Muitos programas de saúde têm sido executados para a população, quando o melhor seria que fossem executados com a população na elaboração de propostas capazes de promover o bem-estar na saúde e a conquista da cidadania.⁵ Assim, torna-se um desafio para o profissional da equipe de saúde mobilizar a comunidade, acreditando nas suas potencialidades e poder de mudança de uma realidade posta. A partir da superação da ideia incipiente de que a comunidade está acomodada e não aceita mudança. É preciso oportunizar arenas de debates e discussões conjuntas nos processos decisórios com vistas à resolução dos problemas de saúde existentes.

Identifica-se um discurso reclamatório de indignação individual, mas não um de participação coletiva, na detecção, priorização e solução dos problemas cotidianos e da organização dos serviços de saúde. Percebe-se, por outro lado, no interior dos serviços de saúde, o entrave para a participação popular (mesmo com todo o aparato legal). Isso porque abrir a porta e o interior dos serviços de saúde significa e implica compartilhar saberes e poderes.²

Faz-se necessário o entendimento dos usuários como sujeitos autônomos, protagonistas de suas histórias de vida e, portanto, participantes ativos na identificação e priorização dos problemas da coletividade e de propostas para resolução.

Em relação aos discursos dos usuários que não identificam as lideranças, foi percebido que estas necessitam integrar-se com os outros membros da comunidade, compartilhando ideais, sonhos e objetivos que venham atender a política comunitária, para não correr o risco de cair na centralização do enfrentamento dos problemas, com decisões e estratégias próprias. É preciso assumir a liderança com sensibilidade, responsabilidade e acima de tudo representatividade de uma classe que almeja transformações, que muitas vezes pode incomodar aqueles que defendem propostas hegemônicas de viver e atuar em sociedade.

Assim, assumir uma postura de líder, que não seja o chefe ou aquele que manda, requer um trabalho valorativo, comunicativo, identificando limites e possibilidades dos recursos e ferramentas gerenciais. Deve-se reconhecer o exercício da liderança como fator fundamental para enfrentar as dificuldades de implementação de processos de mudança nas organizações públicas de saúde, incluindo aspectos relativos à organização da assistência,

sua humanização e a busca de maiores níveis de responsabilidade institucional para com os seus resultados.¹⁴

O fato de algumas pessoas não quererem se envolver com a escolha de um líder que dê voz e poder de decisão ao povo, identificado nos discursos, revela que estas figuras centrais de representação comunitária necessitam dar visibilidade a sua atuação junto a população, mostrando interesse por conquistas e ideais construídos politicamente com todos e que possam contribuir com transformações significativas na realidade de saúde. Ter uma postura política no exercício da liderança é necessariamente ter uma postura ética, imbuída de respeito, humanidade, solidariedade, diante da grande corrupção que toma conta de nosso País, levando a uma imensa descrença por parte da população de que a prática política é apenas para ascensão de poder e riquezas.

Ideia Central II - Sugestões para mudanças/melhorias no serviço de saúde ofertado pela Unidade Básica

Quanto às sugestões de melhorias e mudanças no serviço de saúde da Unidade Básica, foi evidenciado nos discursos dos usuários inúmeros problemas, com destaque para a questão da humanização dos profissionais da saúde:

Tema A: Humanização dos profissionais

Discurso do sujeito coletivo: *Um atendimento melhor, porque você tem um problema de saúde, você já entra ali já apreensivo, aí se você encontra uma pessoa que te dá a mão, te dá uma palavra amiga, eu acho que isso aí é tudo, você já pega confiança [...] às vezes é uma besteira, um probleminha, mas pelo fato de você ser tratado mal, isso já provoca uma reação diferente, porque o médico tem que ser amigo do paciente, porque um precisa do outro, paciente precisa do médico e o médico precisa do paciente [...] melhorar as visitas dos médicos nas casas [...] educar melhor os funcionários do posto [...] era bom trocar a maioria dos funcionários porque não tem educação [...] eu queria que mudasse todas as agentes de saúde daí, que viessem agentes de saúde de fora trabalhar aqui, porque ia dar mais valor [...] vindo de fora, a responsabilidade é outra [...] a gestão, que está péssima [...] fiscalização dos horários também [...] que venha um diretor bom, para fazer o povo trabalhar direito, tratar as pessoas bem.*

Como pôde ser observado nos depoimentos a falta de humanização é apontada como um entrave para quem procura o serviço de saúde com o intuito de receber uma resolução para seu estado de saúde ou mesmo orientações de cuidado à saúde, além de estabelecer um distanciamento entre o profissional e o sujeito. Desse modo, os caminhos que se conectam a promoção do cuidado humano em sua plenitude, deixam de ser trilhado conjuntamente, pois o profissional, usuários/família/comunidade que deveriam reconhecer-se como aliados no trabalho em saúde, deixam de atuar co-responsavelmente pela produção de saúde.

Diante desse contexto é primordial prezar pela afetividade entre equipe-comunidade, alimentando sonhos, inspirando o futuro, e juntos buscarem a resolução dos

problemas e necessidades sanitárias, construindo uma cultura de solidariedade, baseada no bem comum e no amor coletivo.¹⁵

Para uma efetivação da humanização da assistência, é essencial que haja a devida disponibilidade do profissional, o que demanda uma certa condição corporal e mental. É importante, notadamente, tanto os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços existentes nas instituições, quanto os próprios profissionais serem corresponsáveis pela busca e adoção de medidas que favoreçam a promoção do bem-estar físico e emocional de si mesmos e da equipe de profissionais, assim como do ambiente de trabalho.¹⁶

Quanto a questão da visita domiciliar revelada nos discursos dos usuários, entende-se que esta prática pode constituir-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, com a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento,¹⁷ além de configurar-se como uma importante estratégia de promoção à saúde. No entanto, muitas vezes, o profissional médico apresenta certa resistência neste tipo de atividade, seja pela falta de preparo profissional, predisposição pessoal, ou seja, pela disponibilidade de tempo, pois sabe-se da grande demanda de serviços e burocracia que a atenção básica exige.

Foi relatado, ainda, pelos usuários em seus discursos denúncias no que se refere às questões de relacionamento com os profissionais da equipe de saúde e demais funcionários da unidade, demonstrando o desejo de mudanças de tais profissionais e pessoas da gestão que ali trabalham e atuam.

Diante destas questões, faz-se necessário um maior investimento também nos recursos humanos, por meio de aperfeiçoamento e/ou capacitação de pessoal, extrapolando dimensões apenas do fazer técnico e introduzindo mudanças nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde e nas relações estabelecidas, no trabalho, para a atenção à clientela.¹⁸ Esta é uma realidade que pode configurar-se como estratégia contributiva para o melhor atendimento e satisfação do usuário com o serviço.

Antes de direcionar preocupação com as queixas e problemas de saúde que o cliente venha a nos apresentar, todos os profissionais da saúde que compõem a equipe de saúde da família, necessitam estarem atentos a um bom acolhimento, aberto a ouvir as dúvidas, dor e sofrimento, e as expectativas do sujeito que procura o serviço, demonstrando comprometimento, carinho e educação. Esta é uma postura que pode e muito diminuir as tensões relacionais que tanto fragilizam o trabalho em saúde na busca pela construção de um projeto assistencial comum que atenda às necessidades de cuidado dos membros da comunidade.

A partir deste entendimento;

Enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento das práticas assistenciais em saúde coloca-nos um desafio maior, o de desconstruir as matrizes sobre as quais nós, trabalhadores de saúde, fomos e ainda somos formados.^{19:2005}

Para tanto, investir em um novo movimento de ação na saúde nos permite trilhar um processo contínuo de construção, desconstrução e reconstrução de saberes e práticas, construção de uma grupalidade na equipe e de um projeto coletivo, com o propósito de deslocar a atenção da equipe, da produção de procedimentos para a produção de cuidado.

Quanto à escolha dos ACS integrantes da unidade, os quais são residentes do próprio bairro de atuação da equipe de saúde da família, parte do pressuposto de que o compartilhamento de significados e do uso da linguagem cotidiana da população facilita a realização

das mediações entre o saber técnico-científico e o popular.²⁰ No entanto, o que se percebe nos discursos dos usuários é um grande desconforto com a atuação do ACS de sua comunidade, expressando a necessidade de um maior engajamento destes atores sociais.

É importante reconhecer a atuação do ACS dentro da equipe, tendo um olhar crítico quanto aos desafios e perspectivas no exercício de seu agir junto à comunidade, que funciona mais do que um elo, o ACS dá voz para a comunidade ou é a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde. Dentro do atual contexto das macro políticas de saúde, deve-se atentar para questões a nível gerencial que poderiam viabilizar o trabalho do ACS com propostas pautadas na identificação e responsabilidade pelo trabalho, maior sintonia com a equipe de saúde, treinamento para melhor manejo das situações que emergem da realidade comunitária no cotidiano.

Dentre os elementos inovadores que o PSF introduz, destaca-se a inclusão do ACS na equipe de saúde, que possui um papel estratégico para a consolidação do SUS, uma vez que facilita o acesso da população às ações e serviços de saúde e representa o elo entre as equipes e a comunidade.²¹

A presença da gestão responsável pela organização e operacionalizado dos serviços e ações oferecidas pela Unidade de Saúde também foi apontada como um fator decisivo para uma melhoria do atendimento à população. A questão da gestão engloba ainda a necessidade de uma ação integrada entre os diversos setores que compõe a rede de organização do serviço primário de saúde, além da urgente necessita de se repensar uma articulação entre o modelo de gestão e o modelo da atenção.

Um fato importante que necessita ser observado e que extrapola o conteúdo expresso nos discursos é a questão de indicações por terceiros para ascender ao cargo de gerente. Quando o processo de gerenciamento de uma Unidade Básica de Saúde pauta-se numa gestão participativa, acolhedora, mobilizadora, resolutiva, que venha propiciar a construção de vínculos, as mudanças aparecem como fruto de um trabalho de cogestão, onde a própria comunidade tonar-se protagonista de um contexto social que busca resoluções de seus problemas e necessidades sanitárias.

Assim, a base da ascensão deveria ser a competência política, humana e técnica e um verdadeiro espírito de liderança, que possibilitaria superar com disputas por micro poderes dentro do território sanitário inframunicipal, devendo sua seleção obedecer a sólidos critérios, tendo por base um perfil estabelecido a partir do proposto pelas macro políticas sanitárias municipais e pelas demandas administrativas.¹⁵

Foi evidenciado em alguns depoimentos uma preocupação com aspectos relacionados a infraestrutura, organização e funcionamento da Unidade de Saúde, por reconhecer estas questões também como de fundamental importância quando se considera um bom atendimento de saúde:

Tema B - Melhoria na infraestrutura, organização e funcionamento da Unidade de Saúde

Discurso do sujeito coletivo: [...] *as repartições são mal divididas aqui, entendeu. [...] as salas, o tumultueiro de gente aí nesse corredor [...] informatizar, né, que era bem melhor, as coisas informatizadas. [...] recepção ser mais informativa, ter alguns quadros de avisos, informações sobre horários, médicos, quais são os serviços e os dias da semana*

que aquele serviço vai ser oferecido para a gente. [...] que tipo de serviço é oferecido, eu não iria exigir uma coisa que não é oferecida [...] reuniões com a população sobre o serviço de saúde [...] ampliar o atendimento desse posto [...] eu acho que deveria atender dia de sábado também.

Os aspectos ligados à infraestrutura da USF comprometem a forma como os usuários percebem o potencial da unidade, bem como a inflexibilidade e regras de funcionamento da unidade de saúde e a ausência de informações que poderiam ser visualizadas por meio de quadros de aviso relacionadas a demanda do atendimento, serviços disponibilizados e seus horários, e outras ações realizadas pela equipe de saúde, dificultam o acesso, a resolutividade e o bom funcionamento do serviço.

A existência de uma estrutura apropriada pode influenciar positivamente as práticas dos profissionais de saúde, favorecendo melhor qualidade da assistência à saúde do usuário. Além disso, pesquisas evidenciam que o impacto dessa estrutura do serviço gera para o profissional comprometimento de sua autonomia, insatisfações, desgastes e improvisações, conflitos com os usuários, dificuldade para planejar recursos e atingir metas, interrupções na oferta de ações.²²

Os depoimentos enfatizam, ainda, que determinadas ações que poderiam facilitar e ampliar o atendimento foram apontadas pelos usuários, como o investimento em tecnologias de informática por contribuir com a reorganização do espaço e ambiente de trabalho, permitindo otimizar e qualificar as atividades de atenção à saúde com formulação de estratégias e tomada de decisão.

É importante que se considere também que a necessidade de ampliação e flexibilização do horário de funcionamento da unidade de saúde, expressa pelos usuários ao optar pelos dias de sábado, pode estar indicando a necessidade de adequação dos serviços ao atendimento à população trabalhadora, ampliando as possibilidades de acesso.¹⁸

Outros discursos perpassaram pelo desejo da existência de mais especialidades médicas a ser oferecidas pela Unidade de Saúde:

Tema C - Modelo Biomédico

Discurso do sujeito coletivo: [...] também era para ter mais médicos, né! [...] porque não é o povo só daqui que vem, vem muita gente de outras comunidades [...] Pelo menos uma vez por mês ter cardiologista aí [...] eu acho que assim, devia ter psicólogo, psiquiatra [...]

Evidencia-se nos discursos como a população lança uma expectativa de atendimento centrada nas especialidades médicas, características dos antigos Centros de Saúde. Esta realidade refere-se ao fato de muitas Unidades Básicas de Saúde estarem estruturadas e funcionando onde antes existiam as chamadas policlínicas de nível secundário de atenção à saúde, sem que esta mudança tenha ocorrido com informações e/ou adequações para aquela realidade comunitária. Assim, fica evidente como o modelo médico-curativista, dependendo de interesses econômicos, políticos e culturais, ainda se mantém hegemônico em algumas regiões e países.

Um fato importante é que a concepção biomédica da formação dos profissionais tanto está presente na compreensão da comunidade assistida como também se reproduz no

interior da própria equipe de saúde. Pesquisas evidenciam que a presença dessas concepções na equipe talvez ainda esteja atrelada à formação biomédica dos profissionais. Outra evidência constatada para a manutenção dessa concepção no imaginário social coletivo da sociedade se deve talvez às poucas transformações que ocorreram até o momento no contexto da formação dos profissionais e que, por sua vez, influenciam o contexto sociocultural da sociedade.⁹

O modelo da clínica é uma estratégia de ação que necessita ser melhor repensada na atenção básica, com a preocupação em fazer uma clínica diferente da hospitalar, atenta às dimensões subjetivas e sociais do processo saúde/doença/cuidado e do processo de trabalho que ele desencadeia e demanda diante das diferentes realidades. Isso significa construir itinerários terapêuticos pactuados entre o usuário e o profissional.²³

Algumas falas chamaram a atenção para a necessidade de um olhar mais sensível e crítico, por parte dos profissionais, para com a comunidade, revelando, ainda, a falta de espaços de troca de informações, por meio da realização de atividades educativas grupais, principalmente com os adolescentes e jovens da comunidade:

Tema D - Ações de educação em saúde

Discurso do sujeito coletivo: [...] *precisa ter um olhar diferenciado para a nossa comunidade, os nossos adolescentes precisam de uma orientação sexual [...] precisam surgir oficinas livres de trabalhos, né! [...] queria fechar o posto e fazer uma creche.*

Percebem-se como os usuários preocupam-se com o fato da existência de atividades diferenciadas e renovadas em saúde, de modo que proporcione momentos de prazer, reflexão e aprendizado, onde a preocupação com o cuidado à saúde e a qualidade de vida da comunidade passam a ser uma prioridade e um direito.

Particularmente, foi apontado nas falas, um maior engajamento com os adolescentes por ser um grupo etário marcado por características e transformações de vida peculiares, além do convívio com situações de vulnerabilidade, como a violência, o mundo das drogas e do tráfico, iniciação sexual precoce e desprotegida, DST's, falta de oportunidades de trabalho. São situações que demandam estratégias inovadoras nos cenários de ensinar e aprender, reinventando práticas educativas que oportunizem resgatar nestes jovens as suas potencialidades e habilidades enquanto sujeitos ativos dentro do processo de transformação social.

É por meio do trabalho dialógico e participativo que as ações educativas em saúde se renovam, dando palco para um cuidar-educar embasado na compreensão, hábito, interação, cultura e valores referentes à vida das pessoas. Para tanto, na superação de práticas pontuais e lineares de cuidado, é primordial que o profissional adote o processo educativo em saúde, como uma atitude alegre diante da vida, inquietando-se e fazendo inquietar-se, mergulhando na cultura e no mundo de quem cuidamos, propiciando uma leitura crítica da realidade com o desvelamento de situações que requerem mudanças e intervenções.²⁴

CONCLUSÃO

Para realização do presente trabalho, elegeu-se como objetivo conhecer sob o olhar dos usuários do serviço de saúde as contribuições da participação social no planejamento das ações em saúde. Para tanto, como se trata de uma investigação qualitativa, foi estabelecida relações entre os sujeitos: pesquisadores, comunidade e profissionais da equipe de saúde, por meio da inserção dos autores no campo durante o exercício investigativo, participando do cotidiano no atendimento pela Unidade de Saúde, visitando ruas e os diversos estabelecimentos da comunidade com vistas a observar sua dinâmica social.

Um ponto forte evidenciado pelos discursos foi a questão da liderança comunitária, está necessita ser fortalecida por meio de uma ação política-ética-cidadã compartilhada, em que profissionais e usuários sejam ativos neste processo, reconhecendo-se como aliados dentro da complexidade que envolve as questões de saúde no contexto do capitalismo e dos interesses privados.

Assim, faz-se necessário que o povo mantenha-se vigilante quanto a intencionalidade e os verdadeiros objetivos das políticas públicas dentro dos dilemas e desafios que transpassam pelo SUS, participando como co-gestor que necessita ser ouvido e opinar nas decisões que visem mudanças significativas na realidade de saúde.

Dentro de um sistema rígido, normativo e produtivo, muitas vezes, prevalecendo valores desconectados do coletivo, em defesa dos poderes hegemônicos e não de um povo com acesso aos serviços e ações de saúde humanizadas, requer que o profissional da saúde rompa com posturas de conformismo e submissão percebendo o usuário enquanto membro de uma comunidade, como líder de um povo que necessita ser ouvido ativamente, e, mais, propor e cobrar ações efetivas e eficazes. A fim de comprometer-se com ações que extrapolem o simples assistencialismo, percebendo dentro de seu contexto social os limites e possibilidades para um cuidado em saúde que contemple o indivíduo em sua integralidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento ao Ministério da Saúde pelo financiamento através das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), realizadas durante o ano de 2010 na Universidade de Pernambuco, e toda equipe de profissionais da USF, a Prefeitura e a Secretaria Estadual de Saúde da cidade do Recife-PE pelo apoio no desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Marin MJS, Oliveira LR, Ilias M, Higa EFR. As contribuições da comunidade para o trabalho da equipe de um PSF. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007 dec; 15 (6): 1065-71.
2. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2010; 20 (4): 1227-43.
3. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR, Silveira RS. Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010 oct; 18 (5): 1013-19.
4. Soares NV, Lunardi VL. Os direitos do cliente como uma questão ética. *Rev bras enferm*. 2002 jan/fev; 55 (1): 64-9.
5. Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. *Ciênc saúde coletiva*. 2005 abr/jun; 10 (2): 323-31.
6. Pessoa-Júnior J, Miranda F, Silva M. The family health strategy in a small Northeastern City. *R pesq: cuid fundam online*. [periódico on line]. 2011; [citado 2012 set 10]; 3(Ed.Supl.): [aprox. 9 telas]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1936>
7. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2003. 186 p.
8. Coelho MO, Jorge MSB, Guimarães JMX. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev APS [periódico on line]*. 2009; [citado 2012 abr 10]; 12(4): [aprox. 9 telas]. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/282>
9. Noronha MGRCS, Lima-Filho DL. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16 (3): 1745-54.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
11. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília (DF): Líber Livro Editora; 2005.
12. Lefevre AMC, Crestana MF, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU". *Saúde Soc*. 2003; 12 (2): 68-75.
13. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2006 jul/set; 11 (3): 683-703.
14. Azevedo CS. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2002; 7 (2): 349-61.

15. Ximenes-Neto FRG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev bras enferm.* 2008 jan/feb; 61 (1): 36-45.
16. Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev esc enferm USP.* 2004; 38 (1): 13-20.
17. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saude* 2008; 7 (2): 241-47.
18. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. A assis-tência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010 mai/jun; 18 (3): 148-156.
19. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005; 9 (16): 9-24.
20. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 (6): 1304-13.
21. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa de Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc.* 2009; 18 (4): 744-55.
22. Pedrosa ICF, Corrêa ÁCP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Cienc Cuid Saude.* 2011 Jan/Mar; 10 (1): 58-65.
23. Junges JR, Selli L, Soares NÁ, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Rev esc enferm USP.* 2009 dec; 43 (4): 937-44.
24. Brandão-Neto W, Silva ARS, Monteiro EMLM, Freitas CMSM, França ISX, Medeiros CCM. Educação em saúde como ferramenta do cuidado na enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev enferm UFPE on line.* [periódico on line]. 2011 jun; [citado 2012 ago 1]; 5(6): [aprox. 8 telas]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1682>

Recebido em: 24/11/2012
Revisão requerida: Não
Aprovado em: 03/10/2013
Publicado em: 01/01/2014

Endereço do autor correspondente:
Waldemar Brandão Neto
Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife-PE.
CEP: 50100-130. Fone (81) 3183-3600.