

A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?

The participation of the community in the team of family health. How to establish a common project between health workers and users?

Maria Angélica Crevelim¹
Marina Peduzzi²

Abstract *The article presents the results of a qualitative research, whose objective is to determine the extent to which teamwork in family health fosters and the participation of the community in a health project, in light of the fact that health care is aimed at the population. Empirical material was obtained by means of a semi-structured interview with workers and advisors of a Health Unit in the Eastern zone of the Municipality of São Paulo, and from official documents from the Secretariat of Health of the Municipality of São Paulo, in the period of 2001 and 2002. The technique of content analysis and the following analytical categories were utilized: participation, social control, teamwork, and health-disease process. The interviews show three different dimensions about participation: the right to health and citizenship; the existence of assistencial services, and the need of capacitation of the members of the health councils. There are two notions for social control, i. e., auditing and partnership. Health workers emphasize teamwork as a means to make family health operational; however, they do not include the users in the dynamics of the teamwork and in the planning of actions. Advancements in the participation and in teamwork still do not guarantee the construction of a common health project, which should be the focus of the next step. Key words Community participation, Family Health Program, Teamwork, Health-disease process, Social Control Policies*

Resumo *O artigo apresenta os resultados de pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi conhecer o quanto o trabalho em equipe de saúde da família favorece a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial. Material empírico foi obtido por meio de entrevista semi-estruturada com trabalhadores e conselheiros de uma Unidade de Saúde da Zona Leste do Município de São Paulo, e documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2001 e 2002. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo e as categorias analíticas: participação, controle social, trabalho em equipe e processo saúde-doença. Os depoimentos evidenciam três dimensões distintas sobre participação: direito à saúde e cidadania, assistencialismo e necessidade de capacitação dos conselheiros, e duas noções para o controle social, fiscalização e parceria. Os trabalhadores destacam o trabalho em equipe para operacionalizar a saúde da família; no entanto, não incluem os usuários na dinâmica do grupo de trabalho e no planejamento das ações. Os avanços na participação e no trabalho em equipe não garantem ainda a construção de um projeto assistencial comum, o que deve constituir-se no próximo passo.*

Palavras-chave *Participação comunitária, Programa Saúde da Família, Trabalho em equipe, Processo saúde-doença, Políticas de controle social*

¹ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Cerqueira Cesar, 05403-000, São Paulo SP. marinape@usp.br

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional.

Introdução

Características peculiares do Programa Saúde da Família (PSF) parecem favorecer a integração entre comunidade e equipes de saúde da família, bem como a relação trabalhador-usuário. Neste sentido, destacam-se a introdução dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes, adscrição de clientela num território definido, atuação das equipes na ótica da Vigilância em Saúde e o trabalho em equipe composto por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

O Programa Saúde da Família decorre dos sucessos e dificuldades de outros modelos de organização da atenção básica, dentre estes os Distritos Sanitários, os Sistemas Locais de Saúde (Silos), o modelo Em Defesa da Vida (Silva Jr., 1998), a Ação Programática em Saúde (Nemes, 1990) e, no plano internacional, os modelos de saúde da família, particularmente, de Cuba e Canadá.

O PSF, implantado pelo Ministério da Saúde, em 1994, vem sendo adotado em nível nacional como estratégia de reorganização da atenção à saúde, partindo da mudança do modelo da atenção básica. Conta hoje com 18.706 equipes de saúde da família na maior parte dos municípios brasileiros (79,7%), atendendo 61.268.082 pessoas (35,1%); a meta até 2007 é ter 30.000 equipes e atender 100 milhões de pessoas (70%) (Brasil, 2003).

O Estado de São Paulo possui 2.047 equipes distribuídas na maioria dos municípios (67%), com cobertura de 18% da população paulista, num total de 6.863.353 pessoas atendidas pelo programa. (Brasil, 2003).

De acordo com a Coordenação de Integração e Regulação do Sistema (SMS, 2003), no município de São Paulo, dados de dezembro de 2003 apontam para a existência de 641 equipes de saúde da família, com mais de 6.000 profissionais envolvidos, atendendo à 2.211.450 pessoas, com cobertura de 22% da população local.

O Programa Saúde da Família está pautado, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação social/control social. Entende-se que ambas as diretrizes estão relacionadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho, bem como em um plano ainda mais microscópico, as relações entre trabalhadores e usuários. Ambas as propostas, de participação

social e do trabalho em equipe, supõem um processo de democratização das instituições.

Neste artigo, busca-se conhecer o quanto o trabalho em equipe da saúde da família favorece 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 pela equipe.

Referencial teórico-conceitual

A noção de trabalho em equipe utilizada nesta pesquisa vem precedida pela contribuição de Mendes-Gonçalves (1992) e outros pesquisadores que trazem para o campo da saúde o estudo do processo de trabalho. O autor citado desenvolve estudos sobre a divisão do trabalho em saúde para defender que a atenção à saúde planejada e executada de forma a atingir o que se propõe, compreende uma série diversificada de ações para as quais se torna necessário um elenco diversificado de trabalhadores.

Desta forma, é necessário conseguir o relacionamento consciente e coordenado de um certo número de profissionais para que o conjunto do trabalho executado, o serviço de atenção à saúde, constitua-se em um só movimento em direção a um só fim e não na justaposição alienada de certa quantidade de trabalhos desconexos.

Peduzzi (1998) desenvolve o conceito de trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo, em que se configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Com base na teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas, a autora destaca a dimensão da intersubjetividade do trabalho, quer entre profissionais e usuários, quer entre os próprios profissionais. Por meio da mediação simbólica da linguagem os trabalhadores que compõem a equipe podem efetivar sua interação, a articulação das ações e a integração dos saberes especializados e comuns no campo da saúde.

Assim, o trabalho em equipe pressupõe a interação entre as pessoas envolvidas, que se posicionam de acordo para coordenar seus planos de ação. Para Peduzzi (1998), a busca de consenso com base na prática comunicativa, isto é, na comunicação orientada para o entendimento, permite a construção de um projeto assistencial comum mais adequado às necessidades de saúde dos usuários, ao invés de apenas reiterar o projeto técnico dado *a priori*.

A prática de trabalho em equipe com a integração entre os profissionais e as intervenções executadas, em substituição à mera justaposição das ações e agrupamento dos agentes, pode ser reconhecida apoiada nos critérios apontados por Peduzzi (2001): a comunicação entre os agentes do trabalho, a articulação das ações, o reconhecimento das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, o questionamento das desigualdades estabelecidas entre os diversos trabalhos e o reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional. À medida que a equipe configura o trabalho cotidiano nesta direção, tende a construir um projeto comum que se torna o eixo em torno do qual os diferentes agentes executam seu trabalho especializado e integrado aos demais.

As pesquisas e as intervenções sobre a equipe de saúde abordam a dinâmica entre os profissionais, visto que a noção de equipe, etimologicamente, está associada à realização de uma tarefa ou de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos, que têm nessa tarefa ou trabalho um objetivo comum a alcançar (Peduzzi, 1998).

No entanto, na perspectiva da atenção integral à saúde e da democratização das relações de trabalho e de interação trabalhador e usuário, a população, os grupos sociais e os usuários são concebidos como partícipes dos processos e faz-se necessário aprofundar a compreensão sobre sua participação.

Estudo recente sobre o PSF aponta a ausência do usuário como protagonista de seu próprio viver e da produção de seu cuidado com o trabalhador e a equipe, visto que ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito (Matumoto, 2003).

Em uma proposta para a atuação da equipe de saúde da família com foco na organização do cuidado com base nos problemas, que vêm sendo veiculados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde, também, aparece com destaque a relação da equipe com a comunidade. O documento assinala que esta relação introduz novas questões de poder, concentradas tanto nos membros da equipe como em algumas pessoas da própria comunidade que se transformam em interlocutores privilegiados da equipe. A presença desses mediadores comunitários pode ser entendida como uma maneira de facilitar a relação da equipe com a comunidade; por outro lado, ela cria uma nova estrutura de poder que inibe a participação dos demais que ficaram fora do círculo decisório (Oliveira, 2000).

Quanto aos conceitos de participação e controle social, Carvalho *apud* Neder (2001) ressalta os distintos contextos socioeconômico-culturais em que emergem, pois essas definições ou conceitos correspondem a uma variedade de enfoques político e ideológicos e envolvem diversas formas de compreensão da relação Estado e Sociedade e das maneiras de intervir nele.

O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação, deixando o estado de ser o árbitro infalível do interesse coletivo, do bem-comum (Santos & Carvalho, 1992).

Uma das formas de manifestação do controle social exercida pelo usuário, cidadão e administração diz respeito aos Conselhos de Saúde em suas várias modalidades de organização, os Conselhos Gestores de Unidade, os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

Os Conselhos Gestores são canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos, são agentes de inovação e espaços de negociação de conflitos (Gohn, 2003). Além disso, os Conselhos representam uma das formas de constituição de sujeitos democráticos.

Mas, só é possível compreender o teor das ações dos conselhos, inserindo-os no quadro de desenvolvimento histórico de algumas formas de participação da sociedade civil em passado recente. Para Gohn (2003), na atualidade, é preciso entender o lugar atribuído às novas formas de participação institucionalizadas, nos marcos das distintas formas de relações governo-sociedade civil como o programa do Orçamento Participativo, os fóruns e as plenárias de participação popular.

A possibilidade de elaboração de políticas de inclusão dos setores excluídos social e economicamente da realidade brasileira, em processos de deliberações e decisões dos destinos das políticas governamentais, recoloca o tema da participação na esfera pública, assim como repõe a constituição dos sujeitos para a construção de projetos democráticos.

O tema da participação é uma lente que possibilita um olhar ampliado para a História. O resgate dos processos de participação leva às lutas da sociedade por acesso aos direitos so-

o controle sobre a própria situação e o próprio projeto de vida (ator social), mediante a intervenção em decisões, iniciativas e gestões, que afetam o entorno vital onde tal situação e projeto se desenvolvem.

Baseada neste conceito, a participação configurou-se de dois modos distintos: por um lado como movimento de base, ou seja, atuação por meio da ação popular organizada pela identificação com os pobres, pela participação em seus sofrimentos e, também, em suas lutas, buscando educá-los para sair dos velhos valores que o opressor lhes tinha imposto, construindo a “pedagogia do oprimido” (Freire *apud* Briceño-León, 1998), pois garantindo a conscientização da população, permite-se, também, sua participação. Por outro lado, como promoção popular, especialmente, inspirada nos governos de orientação democrata cristã, cuja versão fundamental está ligada à idéia de participação como uma resposta cidadã que permitiria a “terceira via” nem capitalismo, nem comunismo.

No Brasil, no final dos anos 80 do século vinte, vários representantes da oposição à classe dominante ganham eleições municipais e estaduais. Nesse contexto, a temática da participação ganha outras dimensões, que dizem respeito ao aprofundamento da democracia e à construção de novas relações sociais que se colocam entre o público e o privado, originando o público não-estatal. Assim, ocorre uma resignificação das noções de Participação Comunitária e Participação Popular para as quais são sugeridos, respectivamente, os termos participação cidadã e participação social.

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

A principal característica desse tipo de participação é a tendência à institucionalização entendida como inclusão no arcabouço jurídico do Estado, com base nas estruturas de representação compostas por representantes eleitos

diretamente pela sociedade de onde provêm. Os Conselhos Gestores, maior exemplo desta modalidade de participação, compõem um sistema de co-gestão e controle social tripartite (Estado, profissionais e usuários) das políticas de saúde, articulando desde os Conselhos Gestores de equipamentos básicos de saúde até o Conselho Nacional, regido pela Conferência Nacional de Saúde (Gohn, 2003).

Por outro lado, a mobilização passa a consistir na canalização de energias para objetivos comuns focalizados, em detrimento da aglutinação de pessoas para fins de protesto, tal como vinha ocorrendo nos anos 60 e 70 do século 20.

Segundo Gohn (2003) observa-se completo esvaziamento do conteúdo político de mobilização e sua transfiguração em processos para atingir resultados. O novo conceito de mobilização passa a ser uma das diretrizes preconizadas nos programas de gestão participativa por Organizações Não-Governamentais (ONGs) do Terceiro Setor.

Muitos dos programas de saúde têm sido desenhados e executados para a população, quando o mais adequado para garantir a participação seria que fossem elaborados e aplicados com a população, quer dizer, entre os trabalhadores dos setores públicos em nível hierarquizado e a população. Este há de ser um processo de diálogo e negociação, cuja situação deve ir mudando com propostas de programas desenhados pela população e executados com o Estado.

Para a democracia, este tipo de participação tem como fundamento aumentar a confiança das pessoas nelas mesmas. Nesse processo, a participação, também, deve aumentar o sentido de responsabilidade que toda democracia impõe, responsabilidade que significa consciência e cumprimento de deveres e direitos (Briceño-León, 1998).

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa que foi desenvolvida em dois momentos sucessivos de aproximação, análise documental e entrevista semi-estruturada.

Para a análise documental, foram levantados documentos oficiais da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo sobre o Programa Saúde da Família e da participação da comunidade e ou controle social no período compreendido entre janeiro de 2001 a dezembro de 2002.

A busca por tais documentos procurou identificar o projeto assistencial proposto para as equipes do PSF, assim como a percepção dos gestores sobre o controle social. Os documentos localizados constituíram-se de seis publicações no *Diário Oficial do Município* (D.O.M.) e 34 atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, no período citado.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Optou-se por realizar o estudo em uma Coordenadoria de Saúde (denominação dos Distritos de Saúde a partir da criação das Subprefeituras) da zona leste de São Paulo, por sua tradição em movimento popular de saúde, por ter sido o primeiro local a implantar o PSF no município, bem como por ser a região onde a pesquisadora iniciou, em 1999, suas atividades profissionais na capital, como gerente de uma Unidade de Saúde com três equipes de Saúde da Família.

Após várias consultas, foi localizada uma Unidade que atendia aos requisitos definidos, a saber:, possuir Conselho Popular de Saúde ou Conselho Gestor de Unidade e ter equipe de PSF constituída há, pelo menos, um ano. A Unidade selecionada atua exclusivamente com o Programa Saúde da Família e possui três equipes.

Os sujeitos da pesquisa são trabalhadores de uma equipe de Saúde da Família que atuam na Unidade de Saúde escolhida, o gerente da Unidade e representantes do Conselho Gestor de Unidade e do Conselho Popular de Saúde.

Para a realização das entrevistas, inicialmente, foi aplicado um questionário de identificação do entrevistado para caracterizar: sexo, idade escolaridade, ocupação e profissão, tempo de formado, tempo de atuação na ocupação e ou profissão e o tempo de trabalho no serviço atual.

O roteiro de entrevista utilizado foi composto por três grupos de questões: quanto o entrevistado conhece e atua sobre os processos de participação (existência dos Conselhos, tempo, composição eleição, cronograma, atas, interesse em participar e capacitação para participação); as representações sobre controle social e participação e as relações do trabalho em equipe de saúde da família com a participação e ou controle social.

Foram realizadas 14 entrevistas, dez com trabalhadores da Unidade e quatro com conse-

lheiros, que totalizaram 12 horas de gravação, com média de 50 minutos de duração para cada entrevista, variando de 30 minutos a 2 horas.

Na análise documental do material obtido, procedeu-se a reiteradas leituras, visando localizar as categorias de análise propostas: participação, controle social, trabalho em equipe, processo saúde-doença.

Quanto ao material das entrevistas, após a transcrição e a conferência de sua fidelidade, iniciou-se a leitura flutuante, uma das etapas do processo de análise do material empírico na pesquisa qualitativa (Bardin, 1977). A leitura flutuante inicia o que se denomina de técnica de impregnação, isto é, a leitura em profundidade de cada um dos relatos até dominar o todo de um mesmo depoimento (Schraiber, 1995).

Desse modo, é possível detectar os elementos que enunciam a lógica subjacente à fala do sujeito, e elaborar um esquema provisório de interpretação (uma síntese de cada depoimento) à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa e das categorias empíricas ou núcleos temáticos que emergem ou são identificados com base na leitura reiterada das entrevistas (Minayo, 1992).

Após este procedimento, no qual a atenção está voltada, particularmente, à singularidade de cada entrevista, procede-se à leitura horizontal do conjunto dos relatos, que permite estabelecer as relações entre os depoimentos, pois é esse sistema de relações que torna possível as interpretações a respeito das representações sociais.

O processo de leitura vertical e horizontal permitiu identificar os seguintes núcleos temáticos: o interesse pela participação; capacitação para participação; o direito à participação e à saúde; e três dimensões da participação, ou seja, como fiscalização, como parceria e como assistencialismo.

Resultados e discussão

O desenvolvimento da pesquisa permitiu identificar, nas diretrizes oficiais da Secretaria Municipal de São Paulo, a opção pela estratégia Saúde da Família como possibilidade de reorganizar o modelo assistencial do Município, com destaque para a participação da comunidade na elaboração do plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença e na elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território. Da mesma forma, os documentos oficiais preconizam

a ampla implementação de Conselhos Gestores em todos os equipamentos públicos de saúde, na perspectiva de estimular a participação da comunidade nas políticas públicas, como estratégia para a conquista de qualidade de vida e cidadania.

Portanto, a análise documental mostra que a participação da comunidade está prevista tanto no diagnóstico da situação de saúde e planejamento das atividades da equipe de saúde da família, como nos Conselhos Gestores e Populares.

A análise das representações sobre participação, que emerge das entrevistas, revela três dimensões: a participação como direito de cidadania e pelo direito à saúde, a necessidade de capacitação para participação e participação como assistencialismo. Na primeira dimensão, os depoimentos tratam da idéia de participação como força da população em busca de melhorias de vida e como conscientização do direito à cidadania para requisitar atenção à saúde com qualidade.

Quanto à capacitação para a participação, os relatos mostram a constatação da necessidade de cursos e de repasse de informações para que um maior número de pessoas envolva-se nessas questões e tome consciência de que o Estado tem o dever de garantir as condições adequadas para obtenção de melhorias nas condições de vida.

No entanto, é interessante observar que nenhum dos entrevistados abordou a necessidade de capacitação para os trabalhadores da saúde quanto à participação, que é vista, pela maioria, como uma questão da comunidade.

A terceira dimensão, a participação como assistencialismo, mostra-se bastante presente entre os entrevistados e está relacionada à forte presença de um grupo da Terceira Idade, surgido de uma atividade de caminhada proposta pela Unidade de Saúde. Este grupo desempenha a função de ajudar aos necessitados com cestas básicas, equipamentos hospitalares e outros. Constatou-se que esta modalidade de participação pode pouco contribuir para a emancipação e autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, mas revela-se, ao mesmo tempo, necessária e complementar em áreas de maior exclusão social, realidade comum nas áreas de inserção do PSF. Apesar do bairro onde se situa a unidade de estudo, possuir uma condição de vida superior à média da região e da cidade, os relatos apontam para a existência de acentuados bolsões de pobreza.

A unidade do estudo possui Conselho Gestor de Unidade e Conselho Popular de Saúde e, por meio dos depoimentos, percebe-se uma diferenciação clara entre ambas as instâncias, pois o Conselho Gestor está voltado às questões da Unidade de Saúde e o Conselho Popular direcionado às questões da comunidade, dentre elas, as da saúde. Os conselheiros populares, ligados ao Movimento de Saúde da Zona Leste demonstram uma visão mais crítica da política de saúde e, ao mesmo tempo, mais ampla quanto às causas pelas quais lutar, tal como o encaminhamento de um abaixo-assinado contra a ALCA (Área de Livre Comércio das Américas).

Quanto ao controle social, aos olhos dos trabalhadores, este possui forte conotação de fiscalização, visto ter prevalecido a idéia de que os conselheiros procuram o erro, com críticas negativas, além da busca por privilégios, o que gera tensão no ambiente de trabalho. Tal percepção não é compartilhada pelos usuários-conselheiros que reconhecem a função fiscalizatória, como uma atribuição dos conselhos por referência à defesa do interesse público. Contudo, os depoimentos, por vezes, apresentam a concepção de fiscalização como um fim em si mesma.

Para estes conselheiros, sua função prioritária é contribuir na administração dos serviços e somar esforços nos mecanismos de reivindicação, revelando outras instâncias legais a serem acionadas, dentre elas, o Orçamento Participativo, o Ministério Público e o próprio Conselho Municipal de Saúde, evidenciando a noção de controle social como parceria. Ao mesmo tempo, seus depoimentos mostram que a participação institucionalizada por meio do Conselho Gestor traz em si a possibilidade da relação entre gestor e usuários correr o risco de perder a necessária clareza de papéis, pois ao analisar os problemas “por dentro” da instituição os conselheiros e usuários tendem a cair em um círculo vicioso, no qual tudo é explicado, tudo é compreendido e não há avanços como, por exemplo, a formalização de denúncias à Promotoria Pública, além disso, pode ocorrer o afastamento da população da qual são representantes.

Quanto ao trabalho em equipe no PSF, está relacionado a uma ampla série de aspectos, particularmente, entre os trabalhadores que citam o trabalho em equipe como fundamental para a operacionalização da saúde da família. Resultado semelhante foi encontrado em dois estudos recentes sobre o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família (Bastos, 2003; Silva, 2004),

embora os autores apresentem algumas indagações e assinalem a necessidade de avanços para a consolidação e maior integração da equipe de saúde da família. Para Bastos (2003), a concepção de equipe aparece de forma desigual entre as categorias profissionais e a hierarquia entre profissionais e não-profissionais está mantida, apesar do discurso igualitário e da ênfase na comunicação entre os componentes da equipe. Silva (2004) observa que, embora ocorra um expressivo investimento dos distintos profissionais na articulação das ações que executam, estes ainda não conseguem, efetivamente, construir um projeto comum.

Na presente pesquisa, a equipe emerge dos depoimentos como divisão do trabalho, como espaço para dividir e buscar soluções para os problemas de colaboração recíproca, como necessidade de conhecimento entre seus componentes e reconhecimento das diferentes personalidades e valores de seus membros.

A noção de trabalho em equipe está associada à interação entre os agentes, integralidade da atenção à saúde, co-responsabilidade e planejamento compartilhado pelo diálogo entre os trabalhadores integrantes da equipe.

Se, por um lado, a noção de trabalho em equipe não inclui o usuário na dinâmica do grupo de trabalho, por outro lado, observa-se que está relacionada a uma concepção ampliada de saúde e ao desenvolvimento de um grande rol de ações, que buscam estimular a participação da comunidade, inclusive, pelas diversas parcerias com grupos populacionais e voluntários.

A análise das entrevistas mostrou que, entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos Conselhos de Saúde locais, existe uma noção ampliada sobre os determinantes do processo saúde-doença como conquista de qualidade de vida, embora ainda persista a concepção biomédica. No entanto, as principais pautas das reuniões do Conselho Gestor giraram em torno da falta de recursos como: medicamentos, referências para exames, consultas especializadas, internação hospitalar, além da insuficiência de profissionais médicos nos serviços de saúde. Esta contradição permite duas interpretações, a primeira, que é referida ao papel do Conselho Gestor como espaço de discussão das questões da Unidade de Saúde, sobretudo, de sua dinâmica de organização e a segunda, à força da concepção biomédica de saúde que expressa a reprodução do instituído.

As mudanças das concepções sobre o processo saúde-doença, ampliando as dimensões

contempladas, para além do biopsicossocial, tendendo à positividade da saúde na perspectiva da qualidade de vida, processam-se de forma conflitante e contraditória. Isto pode ser percebido nos depoimentos que, ao se referirem ao processo saúde-doença, ora tendem a excluir a abordagem clínica, ora à exclusão do enfoque educativo e da promoção da saúde.

Embora seja identificada uma tensão no processo que engendra uma concepção ampliada de saúde, observa-se que os entrevistados, inclusive, os trabalhadores da equipe de saúde da família, associam seu trabalho cotidiano às representações referidas anteriormente sobre participação, como direito de cidadania e pelo direito à saúde.

Nesse sentido, observa-se que trabalhadores e conselheiros estão empenhados em realizar ações que promovam a qualidade de vida da população; no entanto, executam-nas pautados em avaliações e planejamentos não compartilhados entre si e tampouco com os usuários do serviço que, na sua maioria, não estão presentes no Conselho Gestor e/ou Popular. Ressalta-se que os Conselhos são “o espaço de conflito”, entre os segmentos que o compõem e que esta constatação merece ser considerada para que haja o estabelecimento de relações claras nas negociações pela busca de consenso.

A função deliberativa do Conselho Gestor é bastante importante porque traduz um caráter político desses espaços como poder que, pouco aparece nas entrevistas, bem como a composição tripartite. Note-se que tripartite significa usuários, trabalhadores de saúde e administração, ou seja, os Conselhos são a representação da comunidade no espaço deliberativo de gestão, constituindo uma política compartilhada.

Embora os Conselhos concorram com o risco de reproduzir relações clientelistas, são espaços propícios para a construção do sujeito sociopolítico, porque a institucionalização da participação os favorece. Os sujeitos sociopolíticos são os usuários, trabalhadores da saúde e administração, que compartilhando saberes e construindo um novo saber que articule o saber técnico e o saber popular, podem criar condições propícias para estabelecer um projeto assistencial comum, visto que este emerge de concepções sobre o processo saúde-doença e os saberes compartilhados.

No entanto observa-se que, no espaço não institucionalizado da participação da população no interior da equipe, ou seja, na relação direta e cotidiana do usuário e serviço e do usuário e

trabalhador, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão. Ou seja, no plano assistencial e da construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está “para dentro” da equipe. Nesse sentido, reproduz-se o modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário e a população.

Nisto parece residir o grande conflito entre trabalhadores e conselhos, pois a população é chamada a participar, sobretudo para legitimar decisões técnicas já tomadas pela equipe. Ou ainda, há situações em que usuários e usuários-conselheiros apresentam críticas ou sugestões para a organização do trabalho da equipe, que são percebidas pelos trabalhadores e trabalhador-conselheiros como fiscalização estrita, sem relação com o controle social e a participação.

Quanto às atividades da equipe de saúde da família, que podem contribuir para a participação da comunidade, apenas duas agentes comunitárias, além dos usuários, apontam a necessidade de capacitar a população para participação e controle sociais, com maior divulgação das atividades dos conselhos entre a comunidade. Isto remete às representações sobre participação social identificadas nesta pesquisa, nas quais apenas os usuários necessitam de capacitação para participação.

Os trabalhadores, ao serem questionados sobre este tópico, citam atividades desenvolvidas pelas equipes da unidade, várias delas em parceria com voluntários ou outros profissionais, como grupos educativos, passeios, trabalhos manuais (artesanato), caminhada, teatro nas escolas, trabalho nas escolas, horta, Lian Gong, Yoga, Reiki, dentre tantos outros, o que reproduz o conceito de saúde como qualidade de vida, adotado pelo PSF e assinalado anteriormente. Os mesmos trabalhadores reconhecem a visita domiciliar como um espaço importante de sensibilização e mobilização da comunidade para a participação e controle social.

Apenas uma das ACS entrevistadas abordou a necessidade de adequar a linguagem utilizada com a população, de modo a assegurar a troca de conhecimento entre trabalhadores e usuários e, com isso a maior integração e participação da comunidade no serviço e, especialmente, no próprio cuidado. Por outro lado, alguns depoimentos apontam o aspecto de institucionalização do agente comunitário, como possível comprometedor do vínculo do agente com a população de sua área de abrangência e, conseqüentemente, das potencialidades desse vínculo

no estímulo à participação. Esse conflito, agente comunitário e ou agente institucional também foi identificado e analisado em pesquisa desenvolvida por Silva & Dalmaso (2002).

Os relatos do gerente e da enfermeira apontam para um avanço na dimensão do trabalho com a comunidade na perspectiva de uma integração e um envolvimento maior. Ambos tratam da necessidade de organizar do serviço em função das necessidades da comunidade, ou seja, na lógica do usuário e não das tarefas ou procedimentos a serem cumpridos, dada uma rotina preestabelecida, em parte, dissociada das necessidades de saúde (Franco & Merhy; 1999). No entanto, mostram uma tensão entre a proposta de democratização das relações trabalhadores-usuários e a tendência inercial de reprodução das relações de poder entre o saber técnico e o saber popular, visto que a população da área de abrangência e os usuários estão ausentes das discussões da equipe sobre as necessidades de saúde e o planejamento das ações.

Considerações finais

A análise do material empírico permite observar que as representações sobre participação não estão diretamente associadas àquelas que se referem ao trabalho em equipe, todavia alguns paralelos foram possíveis, particularmente, no que se refere à participação como direito e cidadania e a necessidade de capacitação para o exercício do controle social.

Se por um lado, a noção de equipe revela-se bastante consolidada e legitimada entre os entrevistados, particularmente, entre os trabalhadores, o que representa importante conquista nas relações de trabalho, usualmente tão desiguais e assimétricas; por outro lado, essa integração está para dentro da própria equipe.

Esta constatação sugere que o próximo passo e o maior desafio das equipes de saúde da família estejam justamente em construir possibilidades efetivas de uma prática, na qual usuário e a população sejam partícipes do trabalho em equipe, ou seja, integrem-se no processo de construção de um projeto assistencial comum. Da mesma forma, a equipe pode deixar-se alcançar pela comunidade, sobretudo por reconhecer-se, ela própria, como comunidade, usuário, cidadão, na busca de condições de vida e de convivência melhores, mais saudáveis e mais integradas.

Referências bibliográficas

- Bardin L 1977. *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lisboa.
- Bastos LGC 2003. *Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Brasil 2003. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários da Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação*. Brasília (DF). Disponível em <www.saude.gov.br>
- Briceño-León R 1998. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública* 14(supl. 2):141-147.
- Carvalho MCAA 2003. *Participação social no Brasil hoje*. Pólis-Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, São Paulo. Disponível em <www.polis.org.br/publicações/paper>.
- Franco TB & Merhy EE 1999. *PSF: contradições de um programa destinado à mudança de modelo assistencial*. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. (Mimeo).
- Gohn MG 2003. *Conselhos gestores e participação socio-política*. (2ª ed.). Cortez, São Paulo. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 84).
- Matumoto S 2003. *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento*. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Mendes-Gonçalves RB 1992. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo. (Cadernos CEFOR, 1).
- Minayo MCS 1992. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec, São Paulo.
- Neder CAP 2001. *Participação e gestão pública: a experiência dos Movimentos Populares de Saúde no Município de São Paulo*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Nemes MIB 1990. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação, pp. 65-116. In LB Schraiber (org.). *Programação em saúde hoje*. Hucitec, São Paulo.
- Oliveira VC 2000. Comunicação, informação e ação social, pp. 65-74. In JP Santana (org.). *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família*. Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, Brasília.
- Peduzzi M 1998. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Peduzzi M 2001. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública* 35(1):103-109.
- Rodríguez CG 1994. Democracia y participación ciudadana: en busca de la equidad o de nuevos recursos? *Revista Mexicana de Sociología* 3:192-204.
- Santos L & Carvalho GI 1992. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. *Saúde em Debate* (34):60-66.
- Secretaria Municipal da Saúde 2002. *Atas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde nos anos de 2001 e 2002*. São Paulo.
- Secretaria Municipal da Saúde, 2003. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Dados Epidemiológicos. *Boletim Informativo CEInfo*. São Paulo.
- Schraiber LB 1995. A pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública* 29(1):63-74.
- Silva IZQJ 2004. *Equipe de saúde da família: problematizando a articulação técnica e a interação entre os profissionais*. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Silva JA & Dalmaso ASW 2002. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Silva Júnior AG 1998. *Modelos technoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. Saúde em Debate – Série Didática. pp. 72-89. Hucitec, São Paulo.

Artigo apresentado em 28/10/2004

Aprovado em 8/12/2004

Versão final apresentada em 8/12/2004